



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

RÉGION
AUVERGNE-RHÔNE-ALPE
S

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°84-2018-070

PUBLIÉ LE 14 JUIN 2018

Sommaire

84_ARS_Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

84-2018-05-28-027 - Arrêté N° 2018-1921 du 28 mai 2018 portant sur l'adoption du cadre d'orientation stratégique 2018-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 (57 pages)	Page 3
84-2018-05-28-028 - Arrêté N° 2018-1922 du 28 mai 2018 portant sur l'adoption du schéma régional de santé 2018-2023 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 (311 pages)	Page 60
84-2018-05-28-030 - Arrêté N° 2018-1924 du 28 mai 2018 portant sur l'adoption du document cadre du suivi et de l'évaluation du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 (24 pages)	Page 371
84-2018-05-28-029 - Arrêté N°2018-1923 du 28 mai 2018 portant sur l'adoption du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 (35 pages)	Page 395

Arrêté n°2018-1921

Portant sur l'adoption du cadre d'orientation stratégique 2018-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L.1434-3 ; L. 1434-6 ; L. 1434-9 à L. 1434-11 ; R. 1434-1 à R. 1434-9 et R. 1434-11 ;

Vu l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'arrêté n° 2017-8170 en date du 11 janvier 2018 du directeur de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes relatif à la définition des zones d'activités de soins et équipements matériels lourds ;

Vu l'arrêté n° 2018-0327 du 29 janvier 2018 portant sur l'avis de consultation du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 29 janvier 2018 ;

Vu l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie Auvergne-Rhône-Alpes en date du 26 avril 2018 ;

Vu l'avis du préfet de la région Auvergne-Rhône-Alpes en date du 27 avril 2018 ;

Vu l'avis du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes en date du 27 avril 2018 ;

Vu l'avis des conseils départementaux de l'Ain en date du 09 avril 2018, de l'Allier en date du 23 avril 2018, de l'Ardèche en date du 09 avril 2018, du Cantal en date du 23 mars 2018, de la Drôme en date du 23 avril 2018, de la Haute-Loire en date du 09 avril 2018, de la Haute-Savoie en date du 03 avril 2018, de l'Isère en date du 30 mars 2018, de la Loire en date du 09 avril 2018, du Rhône en date du 23 mars 2018, de la Savoie en date du 23 mars 2018 ;

Vu l'avis des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de l'Ain en date du 25 avril 2018, de l'Allier en date du 29 mars 2018, de l'Ardèche en date du 26 avril 2018, du Cantal en date du 16 mars 2018, de la Drôme en date du 05 avril 2018, de l'Isère en date du 11 avril 2018, de la Loire en date du 05 avril 2018, de la Savoie en date du 27 mars 2018 ;

Vu l'avis des collectivités locales de la région Auvergne-Rhône-Alpes dont les conseils ont pris valablement une délibération ;

ARRETE

Article 1 :

Le cadre d'orientation stratégique 2018-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de 10 ans.

Article 2 :

Le cadre d'orientation stratégique 2018-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 peut être consulté sur le site Internet de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes à l'adresse suivante : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- a) A la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes, 106 rue Pierre Corneille 69003 Lyon.
- b) Au siège de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, 241 rue Garibaldi, 69003.
- c) Ainsi que dans ses délégations départementales :
 - délégation départementale de l'Ain, 9 rue de la Grenouillère, 01000 Bourg-en-Bresse,
 - délégation départementale de l'Allier, 20 rue Aristide Briand, 03400 Yzeure,
 - délégation départementale de l'Ardèche, avenue Moulin de Madame, 07000 Privas,
 - délégation départementale du Cantal, 13 place de la Paix, 15000 Aurillac,
 - délégation départementale de la Drôme, 13 avenue Maurice Faure, 26000 Valence,
 - délégation départementale de l'Isère, 17-19 rue Commandant l'Herminier, 38000 Grenoble,
 - délégation départementale de la Loire, 4 rue des Trois Meules, 42000 Saint-Etienne,
 - délégation départementale de la Haute-Loire, 8 rue de Vienne, 43000 Le Puy-en-Velay,
 - délégation départementale du Puy-de-Dôme, 60 avenue de l'Union Soviétique, 63000 Clermont-Ferrand,
 - délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon, 241 rue Garibaldi, 69003 Lyon,
 - délégation départementale de la Savoie, 94 boulevard de Bellevue, 73000 Chambéry,
 - délégation départementale de la Haute-Savoie, Cité administrative, 7 rue Dupanloup, 74000 Annecy.

Article 3 :

Le directeur de la stratégie et des parcours de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 28 mai 2018

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Docteur Jean-Yves GRALL

*Cadre
d'orientation
stratégique*
2018-2028

ars
Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes



Publication : Juin 2018
Création : ARS Auvergne-Rhône-Alpes
Crédits photos : Fotolia – Adobe Stock - Pixabay

Préambule

Le projet régional de santé (PRS) est un document de référence en matière de santé pour l'agence et pour l'ensemble de la région. Il permet de prendre en compte les principaux enjeux de notre système de santé :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Répondre aux besoins des personnes par une approche décroisée.
- Associer les professionnels et les usagers à l'élaboration et au suivi des actions.
- Gérer de manière efficiente les ressources mises à disposition.

et d'apporter des réponses.

Il est élaboré, mis en œuvre et suivi par l'ARS mais implique nombre d'acteurs :

- les autres administrations de l'Etat (Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale – DRDJSCS, Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement – DREAL, Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIRECCTE, Education nationale, Service de santé des armées notamment),
- les collectivités territoriales, et en particulier les Conseils départementaux et la Métropole de Lyon,
- les fédérations représentatives des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux,
- les professionnels de santé, du médico-social et du social, et de la prévention,
- les usagers
- les instances de démocratie sanitaire.

C'est pourquoi, le projet du présent PRS a été soumis à une large consultation, ouverte du 30 janvier 2018 au 29 avril 2018, et à l'issue de laquelle des évolutions notables ont été apportées.

Ce premier PRS, à l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes, est élaboré selon une approche assez différente des deux précédents puisque son point d'entrée est populationnel.

L'enjeu est d'apporter des réponses aux besoins de santé non couverts des personnes âgées, des malades chroniques, des personnes en situation de handicap, des personnes en souffrance psychique, des personnes en situation de précarité mais également des nouveaux nés, des enfants et des jeunes.

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 et le décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 dans le chapitre relatif à la « Territorialisation de la politique de santé » définissent réglementairement le PRS. Il est désormais simplifié avec seulement trois documents qui renvoient à une mise en œuvre opérationnelle au sein des territoires :

- le cadre d'orientation stratégique (COS), ce présent document,
- le schéma régional de santé (SRS),
- le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

De plus, un document spécifique définira les enjeux de l'évaluation du PRS Auvergne-Rhône-Alpes.



Le cadre d'orientation stratégique détermine « les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, et pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social ».

Ces objectifs portent notamment sur :

- l'organisation des parcours de santé,
- le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficacité des prises en charge et des accompagnements,
- l'action sur les déterminants de santé,
- le respect et la promotion des droits des usagers.

Il s'inscrit, enfin, dans la perspective d'une amélioration de la coordination avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Sa dimension la plus novatrice est sans doute celle de la prospective qui oblige à projeter et à anticiper les grandes tendances d'évolution des besoins et des réponses apportés par le système de santé dans un cadre qui restera contraint.

Le COS comprend deux grandes parties :

La première consiste, dans un premier temps, à présenter les problématiques de santé de la région Auvergne Rhône Alpes.

En effet, l'action des agences régionales de santé s'inscrit pleinement dans le cadre d'une politique de santé qui est arrêtée au niveau national. Pour autant, à l'intérieur de ce cadre, chaque région présente des problématiques

spécifiques, et le PRS constitue l'instrument privilégié qui permet d'adapter la mise en œuvre de la politique nationale de santé aux caractéristiques de la région.

Il convient donc, avant d'élaborer des objectifs généraux pour la région à dix ans, de bien comprendre les spécificités et problématiques particulières de santé ; d'autant que la région est nouvellement constituée de deux ex-régions aux caractéristiques relativement éloignées.

Les caractéristiques de la région, sa taille, sa diversité, les disparités territoriales sont des éléments importants. Il convient donc de les prendre en compte, mais aussi de tenter de se projeter sur leur évolution à dix ans.

La situation de l'offre, les besoins et leur évolution, sont une donnée importante pour la définition des objectifs généraux, cette dimension étant ensuite reprise de manière plus spécifique dans les annexes opposables du schéma.

Enfin les attentes des citoyens à l'égard du système de santé et les innovations technologiques et organisationnelles qui, en même temps, les suscitent et permettent d'y répondre, constituent les derniers éléments de compréhension des problématiques de la région.

La seconde partie définira les orientations dans lesquelles devra s'inscrire l'élaboration du schéma.

SOMMAIRE

Comprendre le contexte, dessiner les enjeux 7

COMPRENDRE LA RÉGION AUVERGNE-RHONE-ALPES 7

LES FONDAMENTAUX SPÉCIFIQUES DE LA RÉGION 19

COMPRENDRE LES ENJEUX ET PROBLÉMATIQUES ACTUELS :
LES ÉVOLUTIONS DEPUIS LE PREMIER PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ..... 23

SE PROJETER À 10 ANS 27

Les orientations stratégiques du COS35

RENFORCER, EN LIEN AVEC LES AUTRES PORTEURS DE POLITIQUES,
LA PLACE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ, DE LA PRÉVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE..... 37

FAVORISER L'ACCÈS À LA SANTÉ 39

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ
PAR UNE ORGANISATION EN PARCOURS REPOSANT PRIORITAIREMENT
SUR L'AMBULATOIRE ET PAR LE SOUTIEN À DOMICILE 41

RENFORCER LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ À FAIRE FACE AUX SITUATIONS
EXCEPTIONNELLES 46

RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET LES RELATIONS PARTENARIALES ENTRE
PROFESSIONNELS ET USAGERS..... 48

ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ EN S'APPUYANT SUR LES INNOVATIONS51

Comprendre le contexte, dessiner les enjeux

COMPRENDRE LA RÉGION AUVERGNE-RHONE-ALPES

Pour avoir une analyse plus détaillée conférer le document « Données de santé » en ligne sur le site Internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

La région se caractérise principalement par sa taille, son étendue et sa diversité.

Elle compte en effet aujourd'hui près de 8 millions d'habitants, soit 12 % de la population française et 13 % du territoire national avec 70 000 km². C'est la deuxième région la plus peuplée de France, après l'Île-de-France (11,9 millions) et devant les Hauts de France (5,79 millions).

Elle bénéficie d'une forte attraction qui explique sa croissance démographique.

C'est une région marquée par de fortes disparités. Elle conjugue de vastes espaces urbains à la densité élevée avec des zones rurales et montagneuses peu denses.

Plus âgée et en situation plus précaire à l'ouest et au sud de la région, la population connaît généralement un état de santé moins favorable dans ces territoires tandis que la natalité des territoires urbains et du Grand Lyon emporte des résultats de prévalence de certaines pathologies ou de déficiences qui peuvent créer une situation de saturation des dispositifs de prise en charge.

Tableau. 1 - Caractéristiques de la population régionale par département

	POPULATION	TAUX BRUT DE NATALITE (‰)	INDICE DE VIEILLESSEMENT
	Au 1 ^{er} janvier 2016	Au 1 ^{er} janvier 2015, pour 1000 habitants	Au 1 ^{er} janvier 2014, pour 100 jeunes de moins de 20 ans
Ain	640 400	11,0	61,5
Allier	343 000	8,7	118,0
Ardèche	325 400	10,0	98,7
Cantal	145 800	7,7	134,0
Drôme	506 200	11,4	81,0
Isère	1 261 000	11,9	64,6
Loire	762 100	11,9	85,0
Haute-Loire	227 400	9,6	93,9
Puy-de-Dôme	649 800	10,2	88,7
Rhône	1 840 800	14,5	61,8
Savoie	431 800	10,8	78,0
Haute-Savoie	807 200	12,5	60,7
Auvergne-Rhône-Alpes	7 941 000	11,9	74,1

Sources : Insee, État civil, Estimations de population - Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2016) – Insee, Recensement de la population 2014

● POPULATION : CONTRASTE ET MONTAGNE

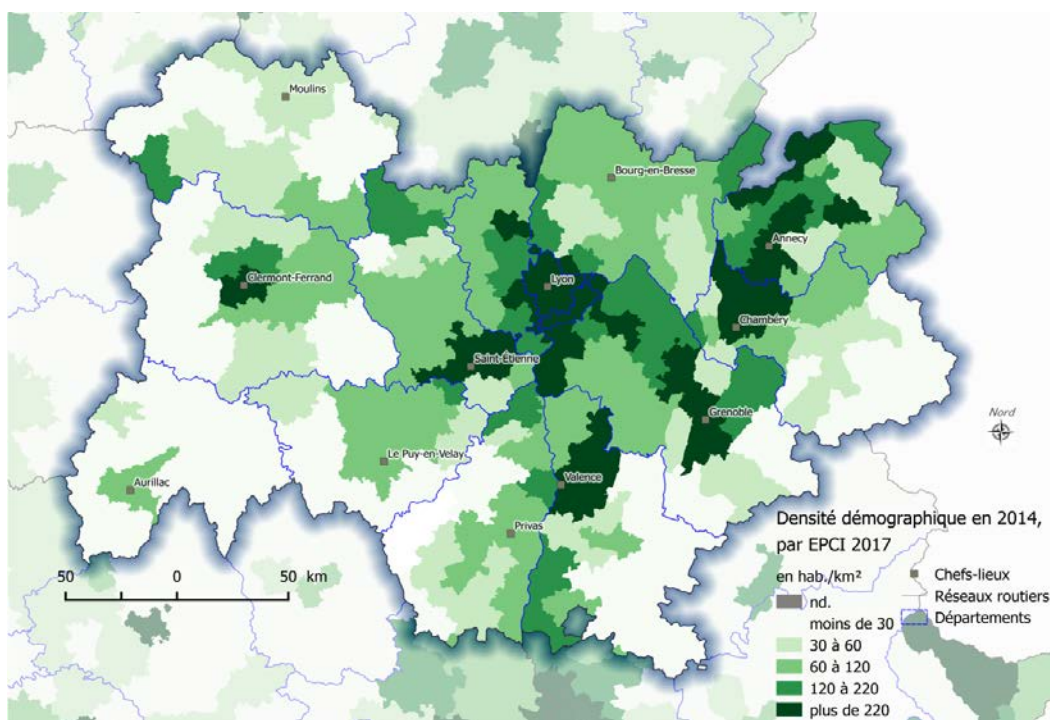
Auvergne-Rhône-Alpes est une terre de contrastes.

Les écarts de densité de population sont importants ; la densité est très forte dans les départements qui comptent une grande métropole (Rhône, Isère, Loire) ou bénéficient d'une attraction transfrontalière (Haute-Savoie, partie de l'Ain). L'Ain connaît une progression démographique similaire à la Haute-Savoie (+ 1,3 %, et + 3 % pour le seul pays de Gex).

A l'inverse, les départements ruraux de l'Allier, du Cantal et de la Haute-Loire ont des densités très faibles et leur population se concentre dans les aires urbaines. Les problématiques d'isolement et de mobilité sont plus fortes dans les secteurs ruraux et complexifient l'accès à l'offre.

La région est par ailleurs une région de montagne : 42 % des Auvergnats résident dans une commune classée en zone de montagne et 35 % des rhônalpins. Seule la Corse connaît un taux plus élevé, toutes les autres régions sont en dessous de 20 %.

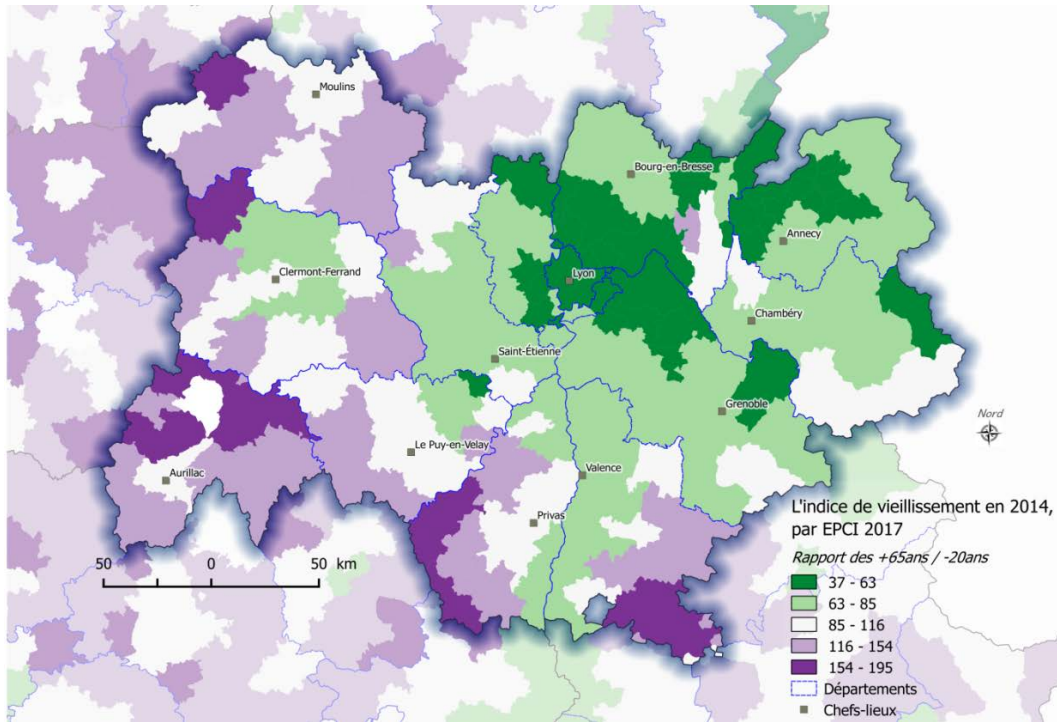
Carte 1 - Densité démographique en 2014, par EPCI, Auvergne-Rhône-Alpes



Sources : ATLASANTE, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, INSEE RP 2014

S'agissant de la structure par âge, celle-ci est très proche de celle de la France métropolitaine, mais avec des différences marquées en infra-régional, ce qui renvoie à un des enjeux du PRS Auvergne 2012-2017.

Carte 2 - Indice de vieillissement en 2014, par EPCI, Auvergne-Rhône-Alpes



Source : INSEE RP 2014

● REVENU ET PRÉCARITÉ : DES DISPARITÉS

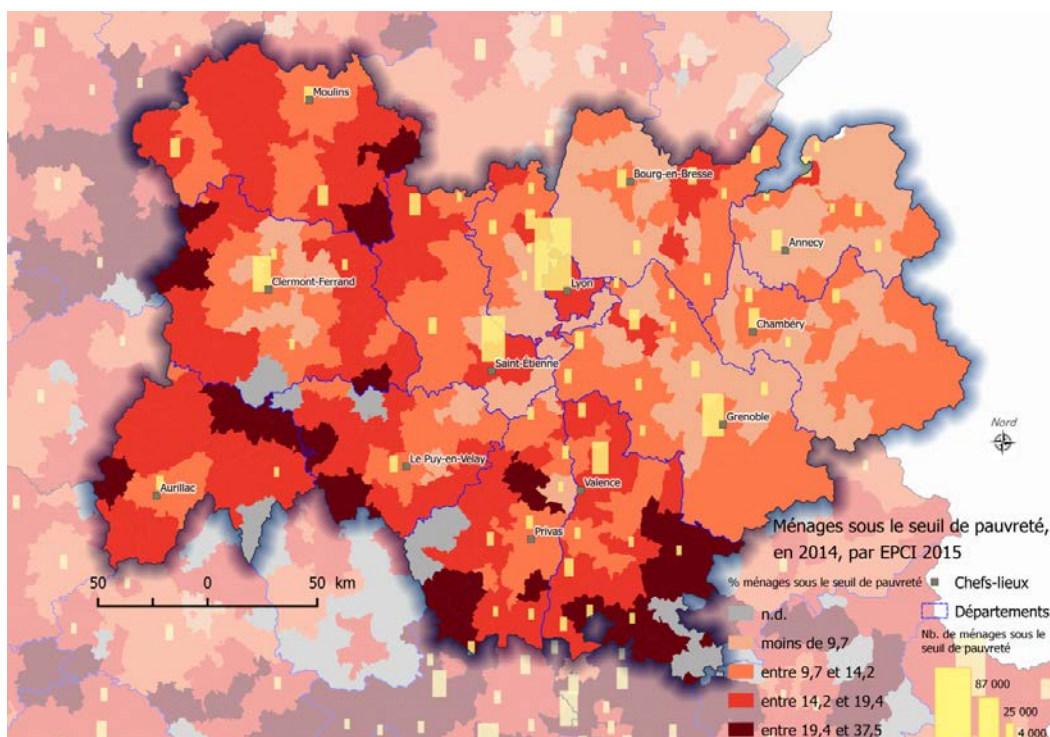
Malgré un revenu disponible médian de 20 340 € par unité de consommation en 2012, revenu le plus élevé des régions après l'Île de France, 12,3 % des habitants de la région sont en situation de pauvreté, percevant des revenus inférieurs à 987 € par mois.

C'est donc encore le contraste qui prédomine, avec une différence territoriale marquée où le taux de pauvreté va croissant lorsqu'on se déplace d'est en ouest de la région.

On observe ainsi un nombre de foyers fiscaux non imposés supérieur à la moyenne métropolitaine dans cinq départements : Loire, Drôme, Ardèche, Allier et Cantal.

L'Auvergne est à la moyenne pour le taux de pauvreté, alors que Rhône-Alpes est deux points en dessous, tiré vers le haut par les deux Savoie, l'Ain, l'Isère et le Rhône.

Carte 3 - Ménages sous le seuil de pauvreté en 2014, par EPCI, Auvergne-Rhône-Alpes



Sources : ATLASANTE, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, INSEE, DGFiP FILOSOFI 2014

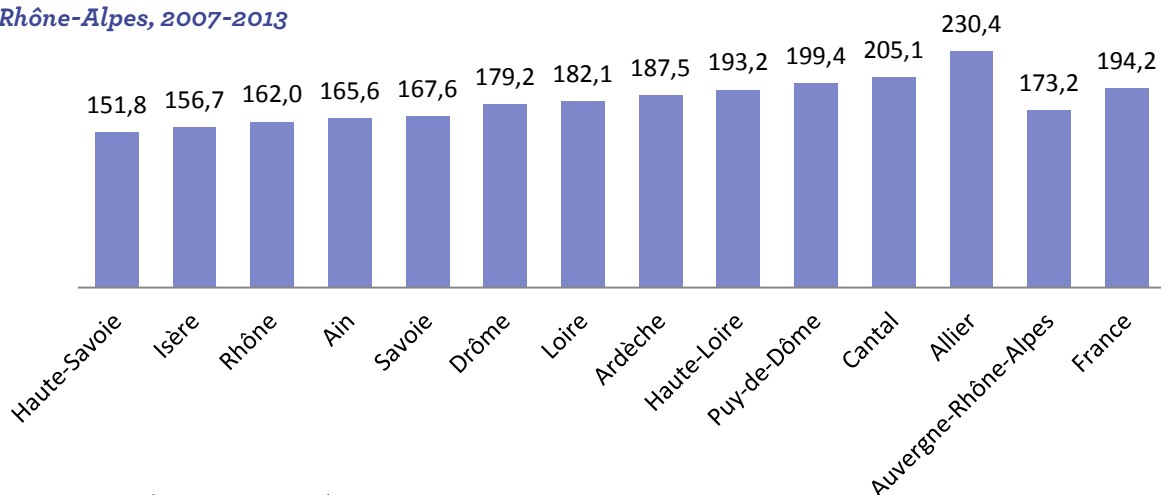
● ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION : GLOBALEMENT SATISFAISANT MAIS AVEC DES EXCEPTIONS

L'état de santé de la population dans cette nouvelle région apparaît globalement satisfaisant avec des taux de mortalité générale, de mortalité prématurée, par cancers et par maladies cardio-vasculaires inférieurs aux taux nationaux. Mais ce constat global masque des disparités territoriales amplifiées aujourd'hui eu égard au nouveau périmètre géogra-

phique de la région. L'exemple des maladies cardio-vasculaires, un des enjeux des deux PRS 2012-2017, illustre ce constat.

Alors que les zones urbaines connaissent des taux de mortalité très faibles, l'ouest de la région concentre des taux plus élevés que la moyenne nationale.

Graphique 1 - Taux standardisés annuels de mortalité prématurée par département, Auvergne-Rhône-Alpes, 2007-2013

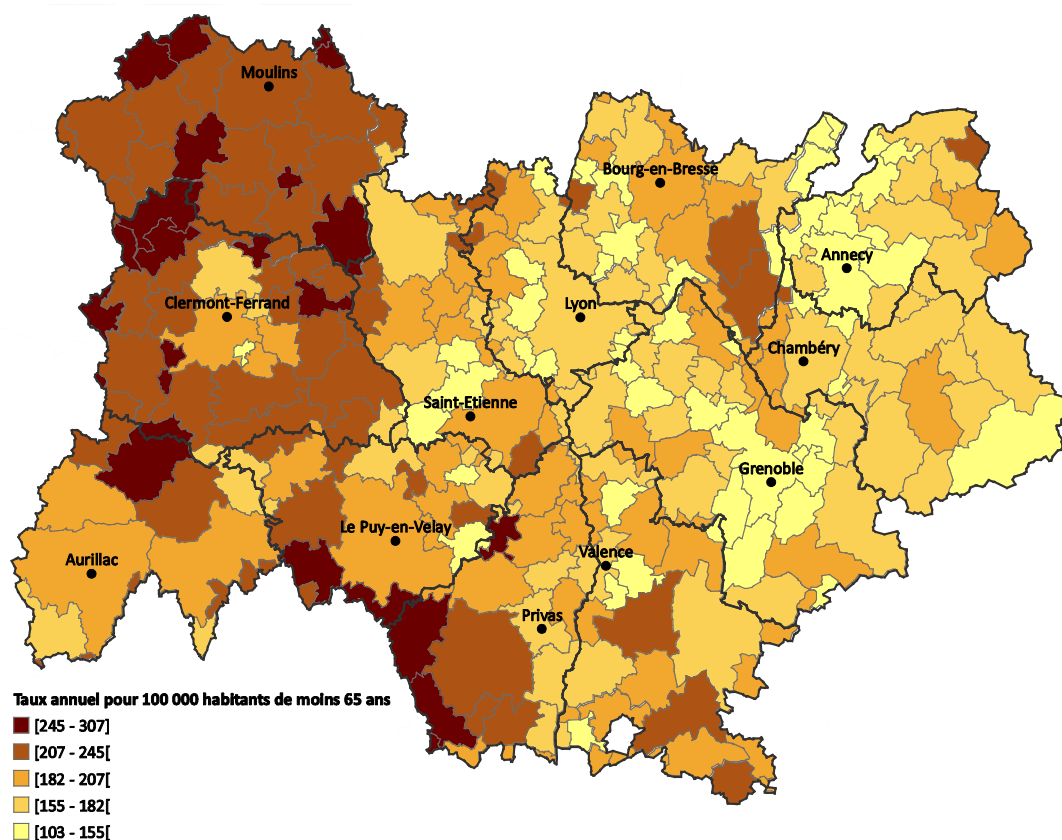


Source : Inserm CépiDc, Insee RP – Exploitation ORS

Il est cependant satisfaisant d’observer que, depuis 2000, la mortalité générale et prématurée diminue dans l’ensemble de la région :

- Une baisse de la mortalité générale et mortalité prématurée plus rapide en Rhône-Alpes qu’en Auvergne.
- Une baisse de la mortalité prématurée évitable plus prononcée sur la partie Auvergnate.

Carte 4 - Taux standardisés annuels de mortalité prématurée par bassin de vie, Auvergne-Rhône-Alpes, 2007-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee RP – Exploitation ORS

● ACCÈS AUX SOINS : L'OUEST DE LA RÉGION EST DAVANTAGE CONFRONTÉ À LA PROBLÉMATIQUE D'ACCÈS A UNE OFFRE DE PREMIER RECOURS

Concernant les dépenses de santé, hors dépenses prises en charge par les collectivités territoriales, l'assurance-maladie complémentaire ou les usagers eux-mêmes, la région Auvergne Rhône-Alpes représente 11,6 % des dépenses nationales de santé (202,6 milliards d'euros), soit 23,6 milliards d'euros, part stable depuis 2013.

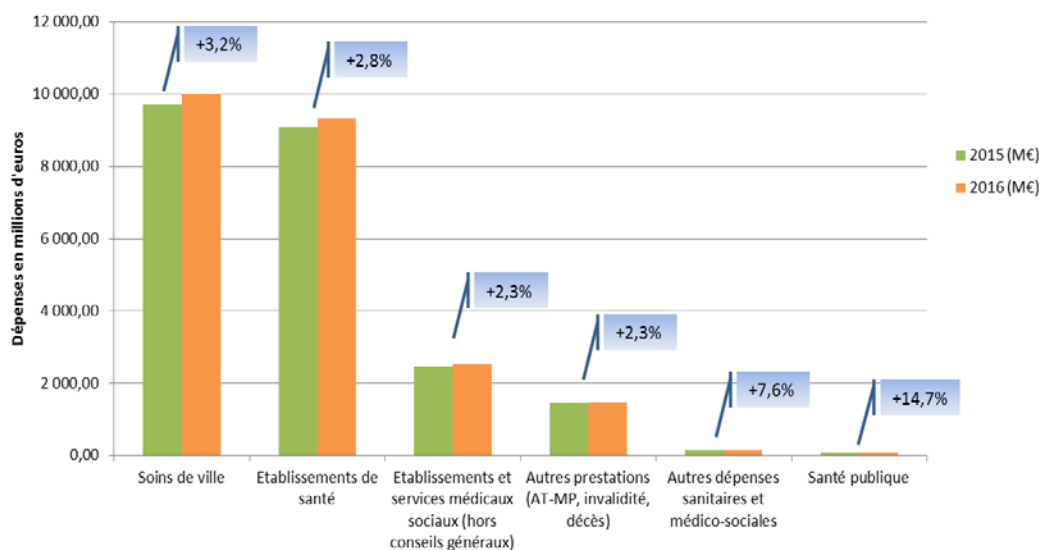
Depuis 2013, le taux de progression des dépenses en Auvergne-Rhône-Alpes est plus élevé qu'au niveau national. En 2016, l'écart est de 0,7 point (2,9 % en Auvergne-Rhône-Alpes contre 2,2 % au niveau national), ce qui est particulièrement important par rapport aux années précédentes.

Parmi les 18 régions, le montant total des dépenses de santé d'Auvergne Rhône-Alpes arrive en deuxième position. Le classement des régions est inchangé depuis 4 ans. Les huit régions les plus peuplées représentent toujours environ 80 % des dépenses.

La dépense par habitant en Auvergne-Rhône-Alpes est légèrement inférieure à la dépense par habitant moyenne en France, et la progression de la dépense par habitant en 2016 est conforme à la hausse nationale (+1,2 %).

La répartition des dépenses de santé s'établit comme suit :

Graphique 2 – Comparatif des dépenses 2015-2016 par type de dépense - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Etat financier 2016 ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Concernant l'offre de soins libérale, le constat le plus prégnant est qu'au niveau régional, plus d'un omnipraticien sur 4 en activité a plus de 60 ans et

que les disparités infrarégionales sont assez fortes pour cet indicateur.

Tableau 2 - Part d'omnipraticiens de plus de 55 ans et de 60 ans et plus, par département, Auvergne-Rhône-Alpes

	PART D'OMNIPRATICIENS DE PLUS DE 55 ANS	PART D'OMNIPRATICIENS DE 60 ANS ET PLUS
Ain	53,4%	28,2%
Allier	58,8%	34,6%
Ardèche	56,6%	31,0%
Cantal	47,8%	29,0%
Drôme	54,7%	32,2%
Isère	47,5%	24,5%
Loire	44,2%	21,6%
Haute-Loire	49,7%	21,8%
Puy-de-Dôme	46,7%	24,7%
Rhône	49,3%	25,0%
Savoie	50,5%	29,4%
Haute-Savoie	46,3%	24,5%
Auvergne-Rhône-Alpes	49,3%	26,1%
France	54,9%	29,8%

Source : FNPS

Concernant l'offre hospitalière, la région compte quatre CHU et environ 400 établissements de santé.

L'activité de soins de traitement des urgences représente en Auvergne-Rhône-Alpes, comme dans chaque région française, des volumes importants en forte augmentation depuis une dizaine d'années : 2,5 millions de passages dans ses 81 services d'urgences (hors l'hôpital du service de santé des armées), 85 000 sorties de ses 55 SMUR ou antennes

SMUR, ou encore 1,8 millions de dossiers traités par les 13 SAMU - centre 15, pour, au total, un coût direct régional du traitement des urgences de plus de 280 millions € en 2016.

Malgré une attractivité touristique particulière (activités de montagne, parfois à risque), ces chiffres rapportés à la population locale sont dans les moyennes nationales.

Tableau 3 - Activité des urgences, 2016, Auvergne-Rhône-Alpes

	Nombre de services			Volume d'activité			Montant en millions €		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Services d'urgences (Nb passages)	60	21	81	2 081 824	441 124	2 522 948	154,8	23,9	178,8
SMUR (volume en Nb de sorties)	54	1	55	83 797	758	84 555	75,4	1,0	76,4
SAMU (volume en Nb de dossiers)	13		13	1 830 215		1 830 215	28,6		28,6

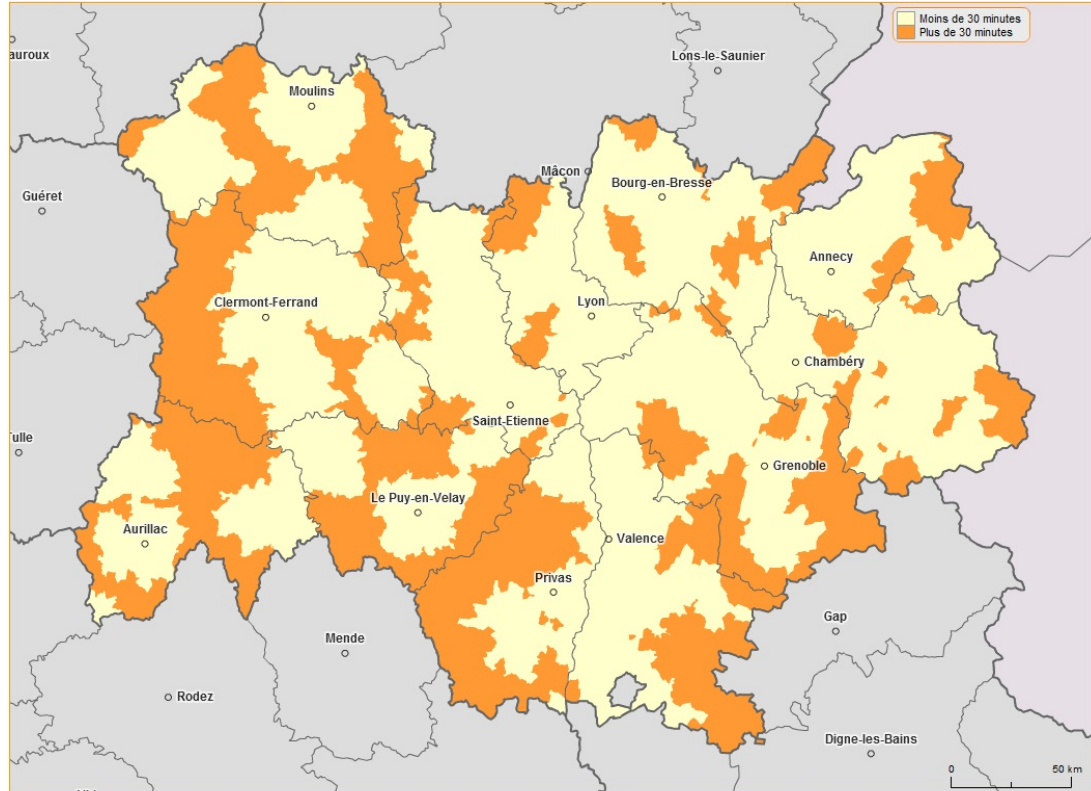
Source : SAE 2016

95 000 habitants vivent à plus de 30 minutes des soins urgents, soit 7 % de la population. L'est de la région est globalement moins concerné, mais néan-

moins 4 % de la population se trouvent à plus de 30 minutes des soins urgents.

Carte 5 - Communes à plus de 30 mn d'accès d'un service d'urgence ou du SMUR, Auvergne-Rhône-Alpes

Zones à plus de 30 minutes de soins urgents



© Atlasanté - IGN GEOFLA® - Carte réalisée à partir de données importées par l'utilisateur

Sources : INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS

Sources des données présentées dans cette partie (pages 14 à 18) : INSEE 2013 et FINESS 24/11/2016

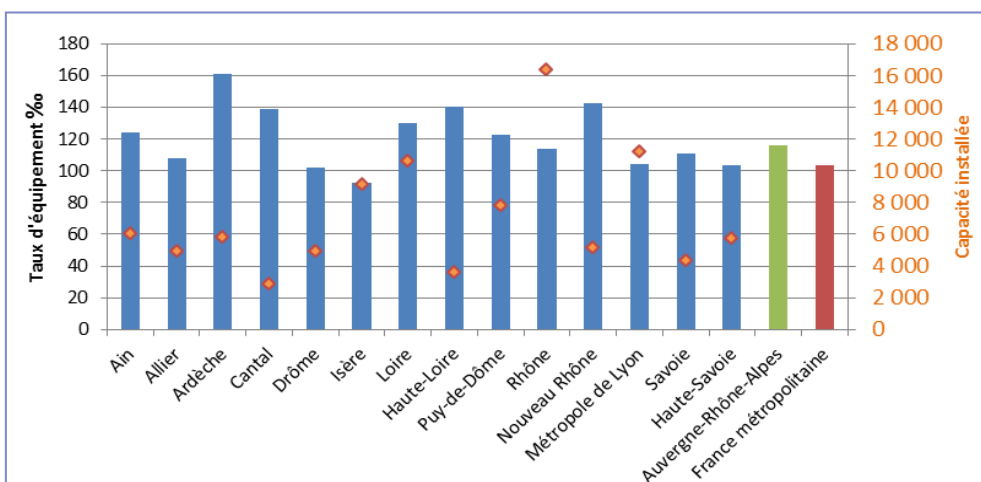
Concernant l'offre médico-sociale.

La région Auvergne Rhône Alpes compte plus de 2300 structures et services.

Pour répondre aux besoins de la population en perte d'autonomie, la région est dotée de plus de 1 000 structures d'hébergement permanent médicalisées (Source : FINESS 30/08/2017/ INSEE 2013/Statiss 2016) : établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD ou EHPA) et 100 résidences autonomie permettent d'offrir 81 000 places (=places installées).

Le taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus dans les structures non EHPAD est de 26 et dans les EHPAD de 107,9, supérieur aux taux d'équipement national respectivement de 25,4 et 101,4.

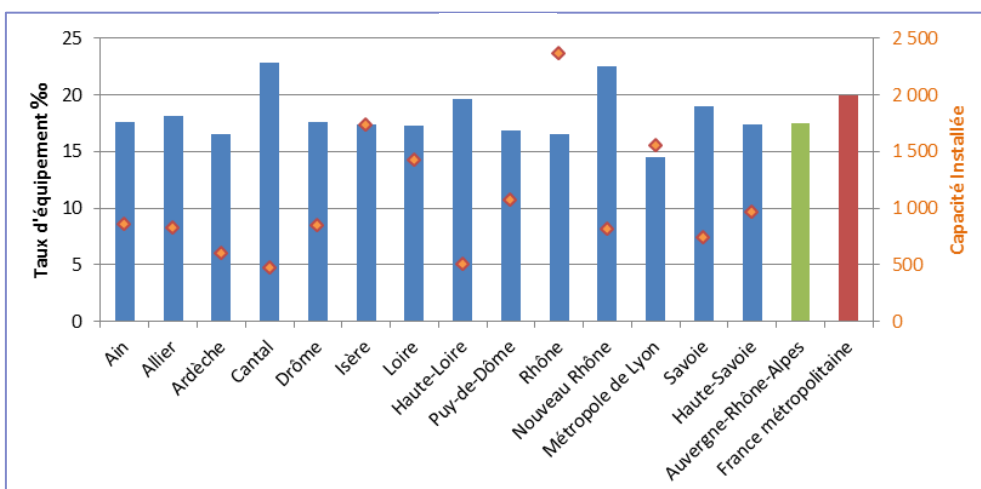
Graphique 3 - Taux d'équipement en hébergement médicalisé places installées, par département, Auvergne-Rhône-Alpes



Lecture :
En Ardèche, 5 805 places sont installées en hébergement médicalisé et le taux d'équipement est de 160 places installées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus.

262 structures de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) proposent des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées, soit 12 423 places installées.

Graphique 4 - Taux d'équipement des services de soins infirmiers à domicile en places installées, par département, Auvergne-Rhône-Alpes



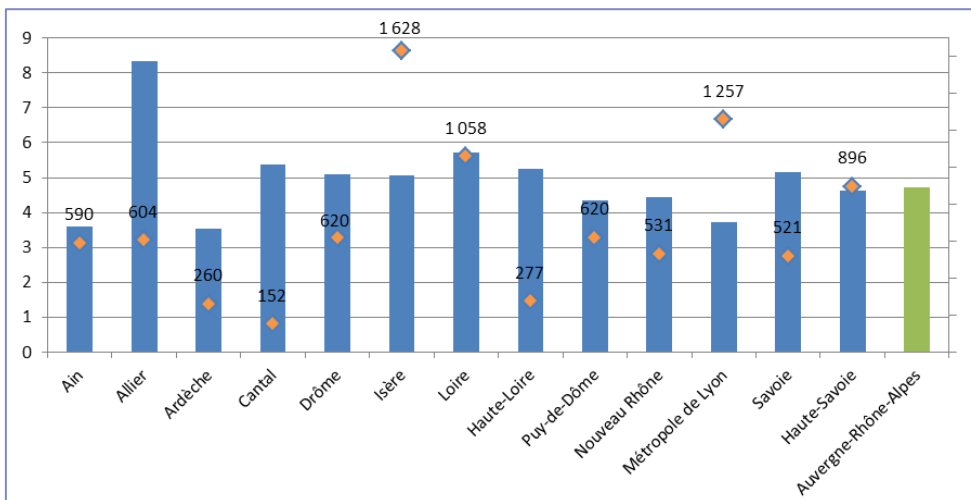
Lecture :
Le département du Cantal a un taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile de 23 places / 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. La capacité installée en services de soins infirmiers à domicile est de 473 places.

Pour répondre aux besoins de la population en situation de handicap, il convient de distinguer la population des enfants de celle des adultes en termes de structures et services.

Concernant les enfants

194 structures, composées d'Instituts médico-éducatif, Instituts d'éducation motrice (IEM) et Etablissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP) proposent de l'hébergement pour enfants handicapés, soit 9 014 places installées.

Graphique 5 - Taux d'équipement en places installées d'IME/IEM/EEAP pour 1 000 enfants de moins de 20 ans par département et capacités installées associées

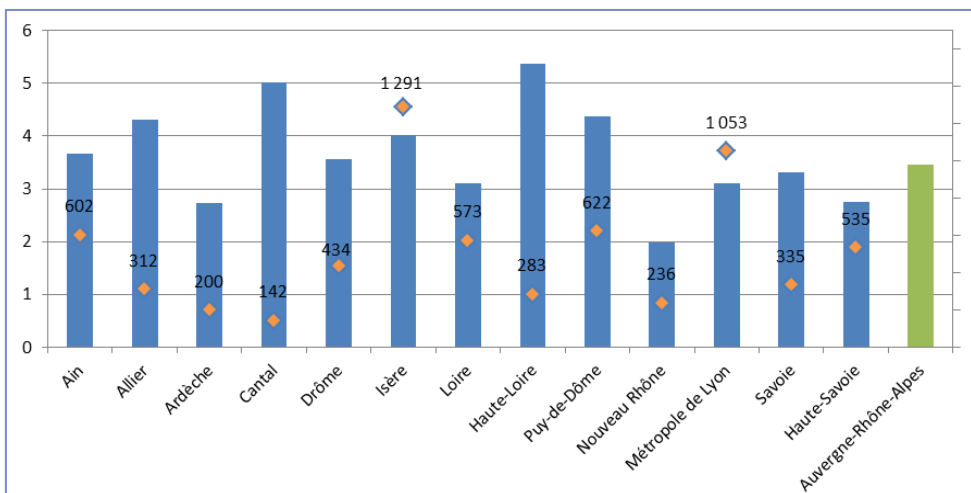


Lecture :
Le département de l'Ain dispose de 590 places installées en IME / IEM / EEAP. Cela représente un taux d'équipement de 3,6 places installées pour 1 000 enfants de moins de 20 ans.

◆ Capacité installée

- 229 structures de Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) proposent de l'hébergement pour enfants handicapés, soit 6 618 places installées.

Graphique 6 - Taux d'équipement en places installées de SESSAD pour 1 000 enfants de moins de 20 ans par département et capacités installées associées



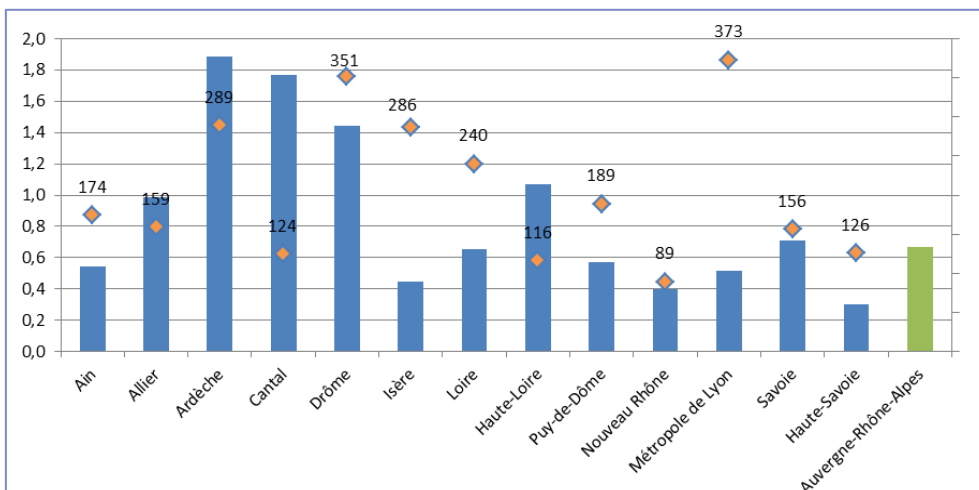
Lecture :
Le département de l'Ain dispose de 602 places installées en ITEP. Cela représente un taux d'équipement de 3,67 places installées pour 1 000 enfants de moins de 20 ans.

◆ Capacité installée

Concernant les adultes

64 maisons d'accueil spécialisées (MAS) proposent de l'hébergement pour adultes handicapés, soit 2 672 places installées.

Graphique 7 - Taux d'équipement en places installées de MAS pour 1 000 personnes de 20 ans à 59 ans par département et capacités installées associées



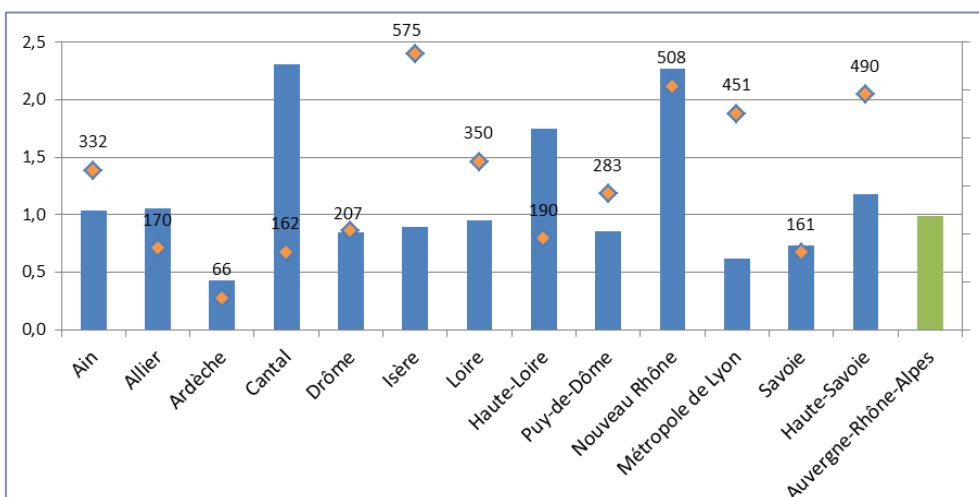
Lecture :

Le département de l'Ain dispose de 174 places installées en MAS. Cela représente un taux d'équipement de 0,54 places installées pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans.

◆ Capacité installée

135 Foyers d'accueil médicalisé (FAM) proposent de l'hébergement pour adultes en situation de handicap, soit 3 945 places installées.

Graphique 8 - Taux d'équipement en places installées médicalisées de FAM pour 1 000 personnes de 20 ans à 59 ans par département et capacités installées associées



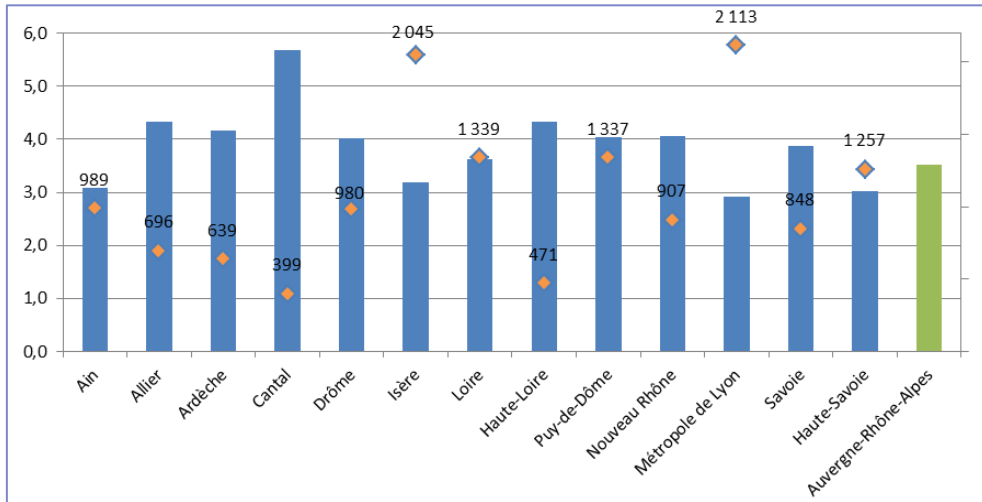
Lecture :

Le département de l'Ain dispose de 332 places installées médicalisées en FAM. Cela représente un taux d'équipement de 1,03 place installée médicalisée pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans

◆ Capacité installée

Enfin, 199 Etablissements et Services d'Aide par le Travail proposent de l'accueil pour adultes en situation de handicap, soit 14 020 places installées.

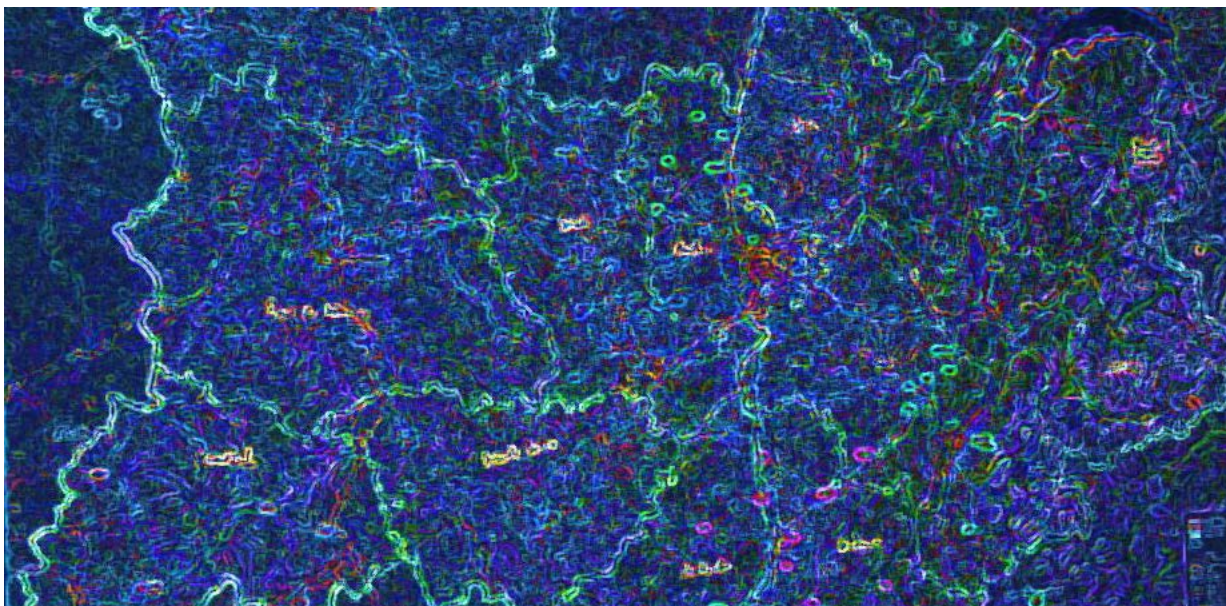
Graphique 9 - Taux d'équipement en places installées d'ESAT pour 1 000 personnes de 20 ans à 59 ans par département et capacités installées associées



Lecture :

Le département de l'Ain dispose de 989 places installées d'ESAT. Cela représente un taux d'équipement de 3,08 places installées médicalisées pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans.

◆ Capacité installée



LES FONDAMENTAUX SPÉCIFIQUES DE LA RÉGION

Onze territoires de démocratie sanitaire

Comme dans toutes les régions, l'ARS se doit de décliner la politique nationale de santé, en tenant compte des spécificités du territoire.

Un des facteurs de complexité du PRS Auvergne-Rhône-Alpes tient, comme on l'a vu précédemment, à la taille et à la situation très contrastée de la région. S'il est donc indispensable d'avoir une vision régionale de la politique à mener, il est tout aussi nécessaire, dans la mise en œuvre, d'adapter cette vision à la particularité de chacun des territoires. Cette nécessité se renforce avec les objectifs de territorialisation et d'organisation des parcours fixés par la loi de modernisation de notre système de santé.

« Le département, premier niveau de territorialisation »

Le premier niveau de territorialisation qui s'impose à l'ARS est celui des départements avec l'instauration de la loi d'adaptation de la société au vieillissement qui conforte les compétences et responsabilités des départements à l'égard de la prise en charge des personnes âgées et celles en situation de handicap.

Le Service de santé des armées, acteur de santé publique

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé la place du Service de santé des armées (SSA) en tant qu'acteur du service public de santé dans plusieurs domaines. Toutes les composantes du SSA présentes en région Auvergne-Rhône-Alpes (hôpital des armées, centres

C'est ce qui a conduit l'Agence, pour l'organisation de la démocratie en santé au niveau local, à choisir les départements comme territoire d'installation des conseils territoriaux de santé. Seules deux exceptions à ce principe ont paru utiles, compte tenu de l'imbrication de leurs problématiques. Il s'agit de l'Ardèche et la de la Drôme d'une part, et, du Rhône et de la Métropole de Lyon d'autre part.

« 11 conseils territoriaux de santé en Auvergne-Rhône-Alpes »

Ces conseils territoriaux sont notamment mobilisés sur la réalisation d'un diagnostic territorial et sur l'organisation des parcours de santé à l'échelle de leur territoire. Pour autant, cette organisation des parcours, comme on l'a laissé entendre précédemment, s'inscrira à une échelle plus fine, infra-départementale, pour laquelle les acquis des bassins de santé intermédiaires auvergnats et des filières gérontologiques rhônalpines constituent des repères utiles.

médicaux des armées, écoles de formation) sont engagées dans l'offre de soins, l'enseignement, la recherche, le ravitaillement sanitaire, la participation des structures civiles à l'effort de défense et la promotion conjointe de la réserve.

Des inégalités marquées entre populations et territoires : l'exemple de la santé des jeunes

L'indicateur de jeunesse par département illustre parfaitement le contraste entre l'est de la région, avec quatre départements (Ain, Isère, Haute-Savoie, Rhône) au-dessus de la moyenne nationale, et l'ouest, avec quatre départements éloignés, voire très éloignés, de cette moyenne (Cantal, Allier, Ardèche, Haute-Loire).

A l'exception du Cantal qui reste proche de la moyenne, on retrouve ces mêmes départements pour ce qui concerne les taux standardisés de mortalité chez les 10-24 ans, très supérieurs à la moyenne régionale et nationale. On retrouve également ces trois mêmes départements en écart avec les

moyennes régionale et nationale, pour les taux standardisés de prévalence des affections de longues durées (ALD) chez les 10-24 ans sachant que les affections psychiatriques de longue durée sont le premier motif d'admission en ALD pour cette tranche d'âge (un tiers).

Ces quelques chiffres, concernant a fortiori les jeunes, soulignent la nécessité de disposer d'une approche locale et ciblée des problématiques de santé, qu'elles concernent la prévention -sans doute l'aspect le plus important pour espérer inverser les tendances à moyen et long terme- ou l'accès aux offres sanitaires et médico-sociales.

Une région industrielle, des zones de montagne et d'autres très rurales

Auvergne-Rhône-Alpes est à la fois une région industrielle avec les risques que cela entraîne, et une région étendue avec des zones très rurales et de montagne. De ce fait, des problématiques environnementales sont multiples et variées.

Pour les zones rurales et montagneuses la question de la qualité de l'eau apparaît en premier, avec, pour l'ensemble de la région, un très grand nombre de captages à surveiller.

L'Est de la région doit faire face à la propagation de l'ambrosie et des autres plantes allergisantes, qui tendent à envahir l'ensemble des départements.

Sur les zones urbaines, les risques industriels et les problèmes de qualité de l'air sont prédominants : couloir de la chimie à Lyon et vallées alpines. On

peut désormais établir un lien direct entre la qualité de l'air et le développement de pathologies chroniques comme l'insuffisance respiratoire et certaines formes de cancers. Le risque nucléaire est aussi très présent le long de la vallée du Rhône et dans le Bugey.

De même, la question de l'habitat indigne est très prégnante dans les quartiers urbains défavorisés.

Un environnement qui met en premier rang l'impact de l'environnement sur la santé

Au total, il apparaît que la région se prête particulièrement à investir le champ du lien entre environnement et santé, afin d'agir sur les déterminants de santé.

Une organisation très dispersée du secteur médico-social et une offre inégalement répartie

La région compte 2292 établissements et services sous compétence ARS ou ARS/Conseils départementaux et Métropole de Lyon ; 3280 si l'on intègre les établissements et services sous compétence exclusive des conseils départementaux et de la Métropole de Lyon.

La région se caractérise par des taux d'équipement, dans le secteur personnes âgées comme dans celui du handicap, équivalents à la moyenne nationale. Cependant, ces équipements sont très inégalement répartis et la part des services dans l'offre d'accompagnement demeure en deçà des référentiels nationaux. Dans son contrat, l'agence a affiché un objectif de réduction des écarts d'équipement entre territoires mesurés en euros par habitant afin

de tenir compte de l'offre libérale infirmière et des unités de soins de longue durée dans l'offre en direction des personnes âgées.

Le secteur des personnes âgées est notamment organisé à partir de 950 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) gérés pour 51 % d'entre eux par un organisme gestionnaire mono-établissement. En effet, les EHPAD se sont la plupart du temps développés en proximité à partir d'objectifs relevant plus de l'hébergement que de la couverture des besoins en soins.

« 2292 établissements et services médico-sociaux dont 950 établissements pour personnes âgées dépendantes »

La gestion de ces structures peut apparaître insuffisamment outillée au regard des enjeux et des réformes à venir : accompagnement de la grande dépendance, âge de plus en plus tardif d'admission, accroissement des pathologies neurodégénératives, accompagnement de la fin de vie.

Aujourd'hui, devant les exigences plus grandes des usagers à l'égard du rapport qualité/prix, auxquelles s'ajoutent une offre plus importante de services alternatifs au modèle classique de l'EHPAD et une charge croissante en soins et dépendance, les gestionnaires de ces structures pourraient ne pas pouvoir disposer des marges de progression en termes d'efficacité, voire, se trouver en difficultés.

Le secteur du handicap a, depuis quelques années, poursuivi une structuration autour de quelques associations gestionnaires importantes de dimension départementale voire régionale. Cette structuration conjuguée à un dispositif de contractualisation a, dans une certaine mesure, favorisé l'adaptation de l'offre et l'innovation.

Sur le secteur du handicap, les attentes nouvelles en faveur d'une participation sociale dans une société plus inclusive, l'approche par les droits et la stratégie nationale d'une réponse accompagnée pour tous invitent les organismes gestionnaires à repenser l'organisation de l'offre en termes de prestations ou de combinaisons de modalités d'accompagnement privilégiant la logique de service.

Une offre sanitaire consistante mais qui ne garantit pas un égal accès aux soins

Comme dans le champ médico-social, **le taux d'équipement hospitalier** de la région est satisfaisant, voire excédentaire dans certaines zones et disciplines (chirurgie en zone urbaine notamment).

Une des caractéristiques de la région, malgré, ou du fait de sa taille, est de disposer d'un grand nombre d'hôpitaux de proximité.

En contrepartie, cette dispersion de l'offre génère des difficultés pour assurer un bon niveau de compétences médicales et maintenir la performance des établissements dans un système porté par l'activité.

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) doit permettre de pallier ces difficultés dans le secteur public et garantir, de ce fait, un même niveau de qualité de prise en charge à tous les habitants de la région.

De nouvelles pratiques professionnelles issues de consensus scientifique promouvant l'approche neuro-développementale (Expertise collective relative aux déficiences intellectuelles INSERM-CNSA mars 2016) ainsi que l'intervention éducative et rééducative conduisent à de nouvelles pratiques professionnelles, d'ores et déjà mises en avant dans l'accompagnement de l'autisme et dans la remédiation cognitive.

Ces corpus théoriques traduits dans de nouvelles pratiques professionnelles font socle à une organisation de l'offre sous forme de prestations personnalisables et modulables faisant place à une logique de parcours inclusif et de reconnaissance d'un droit au choix, conformément à la convention européenne des droits des personnes en situation de handicap ratifiée par la France.

Les travaux coordonnés par l'ARS en matière de référentiels d'activités et de compétences favorables à une logique de parcours publiés en 2016 font la même démonstration.

Le renouvellement des pratiques professionnelles dans les secteurs des personnes âgées et en situation de handicap constitue une formidable opportunité de reconnaissance et de valorisation des métiers du champ médico-social ; indispensables pour légitimer leur nouvelle mission de médiation sur les environnements de droit commun dont dépend la capacité de notre société à s'adapter au vieillissement et au handicap.

Mais la problématique majeure de la région, en termes d'accès aux soins, demeure l'accès à une offre de proximité en médecine générale. Elle concerne prioritairement l'ouest de la région, mais également certaines zones au sud (Drôme et Ardèche), et à l'est (Ain, zones de montagne) sans oublier les quartiers urbains défavorisés des grandes villes.

La dynamique **des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)** et pôles de santé pluri-professionnels ainsi que certains dispositifs innovants pour l'accès à l'urgence ont apporté un début de réponse qu'il faudra poursuivre et amplifier.

L'action des hôpitaux de proximité est également à souligner. Certains proposent aujourd'hui une offre de prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap en lien avec les médecins libéraux.



COMPRENDRE LES ENJEUX ET PROBLÉMATIQUES ACTUELS : LES ÉVOLUTIONS DEPUIS LE PREMIER PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

La santé comme élément d'attractivité d'un territoire

La réponse aux besoins de santé peut être un marqueur des difficultés d'un territoire. Plusieurs exemples ont été cités ci-dessus pour lesquels on peut faire le constat que la santé n'est pas, pour eux, le seul problème.

Mais on peut aussi retourner le propos et considérer que répondre aux besoins de santé, notamment en imaginant des dispositifs nouveaux – dont les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) font partie –, peut être un élément d'attractivité pour relancer certains territoires.

On peut citer à ce propos le lancement récent des « contrats de ruralité », destinés à pallier la perte

d'attractivité de certains territoires ruraux, pour lesquels le volet santé est un secteur clef de redynamisation. Des dispositifs comparables existent pour les quartiers urbains sensibles dans le cadre de la politique de la ville.

La territorialisation de la politique de santé, impulsée par les deux lois récentes, conduira sans doute à une intégration plus forte de la santé dans l'aménagement du territoire, ce qui ne se résume pas à la question du devenir de l'hôpital, celui-ci étant souvent, dans ces zones, relativement éloigné ou déjà principalement attelé à la prise en charge des personnes âgées.

Des enjeux démographiques importants

En 2015, 1,9 million d'habitants de la région étaient âgés de 60 ans et plus, soit près d'un quart de la population (24 %). C'est la proportion la plus faible après l'Île-de-France et les Hauts-de-France. Mais c'est l'accélération du phénomène qui est le plus préoccupant. En 20 ans, de 1975 à 1995 cette part est passée de 18 à 20 %, mais de 1995 à 2015 elle est passée de 20 à 24 %.

En termes de réponses à apporter, pour contenir la perte d'autonomie liée à ce vieillissement, il est clair que la prévention apparaît très prioritaire et la loi d'adaptation de la société au vieillissement a identifié les conseils départementaux comme pivots de cette action autour de la conférence des financeurs.

« En 2020, on estime que 187 000 personnes âgées seront dépendantes »

Il reste, que, malgré cela, la part de personnes dépendantes va augmenter. En 2015, la région Auvergne-Rhône-Alpes comptait 172 000 personnes âgées potentiellement dépendantes (groupes iso-ressources 1 à 4). Selon une étude menée par l'INSEE en juillet 2016, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 187 000 en 2020, puis 215 000 en 2030, soit + 25 % entre 2015 et 2030. Il s'agit d'une hypothèse médiane entre deux scénarios plus extrêmes.

Cet accroissement ne sera pas linéaire sur la période. Jusqu'en 2020 la progression sera soutenue (+ 1,7 % par an) ; entre 2020 et 2027 elle connaîtra un ralentis-

sement relatif (+ 1,3 % par an) ; et après 2027 interviendra une nouvelle accélération (+ 2 % par an).

Cependant, le pic démographique de 2020 concerne les 60-74 ans et celui de 2030 porte sur les plus de 75 ans.

Dans ce contexte, l'enjeu de prévention de la perte d'autonomie devient central, tant du point de vue du critère démographique que de celui de la dépendance elle-même, s'agissant des personnes relevant des groupes iso-ressources (GIR) 3 et 4, capables majoritairement de vivre à domicile.

En termes de réponses, tout reposera sur la capacité des institutions et collectivités à construire des stratégies adaptées de prévention et à offrir des alternatives à la prise en charge classique en établissement requérant une structuration d'une offre ambulatoire renforcée, tant libérale que médico-sociale, appuyée par des plateaux techniques hospitaliers gériatriques de proximité.

« 3 000 personnes nouvellement dépendantes chaque année »

Des séjours hospitaliers plus courts, des maladies plus longues

Ce paradoxe résulte directement des progrès de la médecine. Ces progrès permettent aujourd'hui de traiter les phases aiguës de la maladie dans des délais très courts. Le taux de chirurgie ambulatoire progresse rapidement chaque année et la marge de progression est encore importante par rapport à ce qui se pratique dans d'autres pays.

Dans le même temps, ces progrès permettent de maintenir en vie, avec un bon niveau d'autonomie, un nombre plus important de personnes qu'auparavant.

C'est toute la problématique du lien ville-hôpital et du parcours de santé qui est posée là.

L'épisode hospitalier est de plus en plus court et intense, mais n'apporte que peu de réponse en amont : la prévention, et en aval : le retour à domicile avec accompagnement par les structures d'appui et une meilleure autonomie des personnes face à leurs pathologies.

En 2015, 55 % des personnes dépendantes vivent à domicile et 45 % en établissements. La réussite de la politique de soutien à domicile se traduira par l'augmentation de la part des « vivants à domicile ».

Apporter des réponses aux 3 000 personnes nouvellement dépendantes chaque année – sans augmenter les places en établissements – suppose de faire progresser ce taux de + 2 % par an, ce qui conduirait, en 2030, à avoir 65 % des personnes dépendantes vivant à domicile, au lieu de 55 % aujourd'hui.

Cet objectif serait conforme aux situations des pays européens voisins ; en effet la France se caractérise par un taux de placement en établissement élevé : 43,5 % de personnes âgées dépendantes sont prises en charge en établissement, contre seulement 30 % en Allemagne (rapport IGAS-IGF 2013).

Une sensibilité grandissante en matière de sécurité et de vigilance sanitaire

Les exigences des citoyens et le contexte ambiant concourent à une sensibilité plus grande sur les questions de sécurité sanitaire, et l'attente à l'égard des agences est déjà aujourd'hui plus forte et va s'amplifier.

Plusieurs domaines sont concernés :

- le risque « attentats », qui nécessite une très grande réactivité du système de santé, y compris en lien avec les forces armées et le Service de santé des armées ;

- les événements « naturels » dont l'ampleur est augmentée par le réchauffement climatique ;
- les accidents industriels et sanitaires (les centres dentaires *Dentexia* par exemple) ;
- la qualité environnementale (eau, air notamment),
- les maladies infectieuses, dont certaines qui sont émergentes, et le maintien de certaines pathologies anciennes (tuberculose) ;
- le développement des résistances aux traitements ;
- la sécurité des soins.

Proximité et spécialisation

L'aspiration à une égalité de prise en charge, quel que soit le lieu d'habitation, apparaît tout à fait légitime.

Le système de santé est aujourd'hui confronté à une tension forte entre :

- la nécessité d'assurer une porte d'entrée facile dans le système en tous points du territoire, via la médecine générale,
- la mise en œuvre accélérée des progrès techniques et médicaux permettant de révolutionner les modes de prises en charges (cf. plan génomique 2025).

Cette tension peut concerner l'affectation des ressources financières (choix entre prévention et molécules onéreuses, par exemple), mais aussi les choix des professionnels de santé eux-mêmes (choix entre la médecine générale et les spécialités).

L'Agence se doit de veiller à la prise en compte de cette double nécessité afin que la possibilité de bénéficier de soins de haute technicité pour certains ne se fasse pas au détriment de l'accès à des soins de base pour d'autres.

L'effet « grande région » sur la question des inégalités

On l'a vu précédemment, dans la présentation de la région, les contrastes infra-territoriaux, déjà marqués dans le premier projet régional de santé, s'accroissent à l'échelle de la grande région.

En caricaturant et simplifiant, on pourrait parler d'une différenciation est/ouest.

Il convient cependant d'être prudent dans la lecture et l'analyse des indicateurs qui ne rendent pas toujours compte des situations infra-territoriales.

Ainsi, les grandes métropoles peuvent-elles connaître, malgré des moyens conséquents, des pro-

blèmes de santé majeures dans certains quartiers et des écarts en termes d'équipement s'accroissant compte tenu de la pression démographique.

L'approche territoriale et locale a donc tout son sens pour la prise en compte des besoins dans toutes leurs composantes, de tous les territoires et de toutes les populations, quel que soit le lieu d'habitation.

La socialisation de la dépense est un facteur d'équité qui exige une rigueur financière

Le PRS ne peut prétendre à une parfaite exhaustivité dans les objectifs et les réponses aux problématiques de santé mais il se doit de les prioriser.

« En 2015, le déficit de la branche maladie de la sécurité sociale est de 5,8 milliards d'euros. »

Depuis 20 ans la part de la consommation de soins couverte pour le régime général est restée stable autour de 77 %. Le reste à charge des usagers est passé de 9,8 % en 1995 à 8,5 % en 2014, grâce à l'augmentation de la part des complémentaires de 12,1 % à 13,5 %.

La socialisation de la dépense a donc été maintenue, mais au prix d'un endettement du système. De 1998 à 2015 la branche maladie a été constamment en déficit, atteignant un pic en 2004 et 2010 de - 11,6 milliards d'euros.

En 2015, ce déficit a été ramené à - 5,8 milliards d'euros, grâce à un effort de limitation des dépenses. La progression annuelle des dépenses avait atteint + 7,1 % en 2002 et est retombée à + 2 % en 2015.

La part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB), de l'ordre de 11 % n'a sans doute

pas atteint son sommet (17 % aux Etats-Unis), mais le maintien d'un système solidaire suppose que la progression des dépenses suive celle des recettes, et donc celle de l'évolution de la richesse nationale.

L'Agence, en mettant l'accent sur la nécessité absolue de maintenir notre système solidaire, souhaite donc inscrire le PRS dans ce cadre contraint, mais qui demeure en croissance et pourrait augmenter son efficience par une approche décloisonnée entre champs hospitalier et ambulatoire et entre champs sanitaire, médico-social et prévention.



SE PROJETER À 10 ANS

Les besoins évoluent

Nous avons abordé précédemment la prospective en matière d'évolution des publics touchés par la dépendance en raison de l'âge. En parallèle, les pathologies chroniques se développent largement sous l'effet des progrès de la médecine.

L'Observatoire régional de la santé (ORS) a publié une étude en décembre 2016 sur « la projection des maladies chroniques en Auvergne-Rhône-Alpes » qui permet, au travers de l'observation des personnes

en Affection longue durée (ALD) depuis quinze ans, de se faire une idée de l'importance du problème à venir.

La répartition du total de ces ALD par pathologies souligne, dans les nouvelles admissions, l'importance des maladies cardio-vasculaires (~30 %) et des cancers (~23 %), et à un degré moindre pour l'instant du diabète (~16 %).

PATHOLOGIES	NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD EN 2014
Maladies cardio-vasculaires	52 760
Cancers	40 320
Diabète	28 560
Maladies neurologiques (Parkinson, Alzheimer, SEP)	16 780
Maladies rhumatologiques	7 170
Maladies respiratoires	5 020
Maladies digestives	3 895
Maladies infectieuses (VIH, tuberculose, hépatites)	1 990

Les projections sur la période 2015/2025 sont les suivantes :

En termes de morbidité

(nouvelles admissions en ALD)

- Pour le cancer, les projections sont contrastées à l'horizon 2025. On observe une quasi stabilité chez les hommes et une hausse chez les femmes. L'analyse nécessite une approche par type de cancer sur la période 2015/2025.

- *Poumon* : l'évolution serait en légère hausse chez les hommes (+ 9 % sur la période) et en forte hausse chez les femmes (+ 72 %).
- *Sein* : l'augmentation devrait être lente (+ 7 %).
- *Prostate* : la diminution amorcée se poursuivrait (- 48 %).
- *Colon / rectum* : baisse pour les hommes (- 9 %) et pour les femmes (- 4 %).

- Pour les maladies cardio-vasculaires
Mêmes évolutions contrastées qui nécessitent une approche plus fine :

- *Cardiopathies ischémiques : augmentation de +47 % pour les hommes et +193 % pour les femmes, mais une stabilisation peut être espérée si les tendances très récentes (moins de deux ans) se confirment.*
- *Maladies vasculaires cérébrales : une forte augmentation est prévisible pour les deux sexes avec +110 % chez les hommes et +148 % chez les femmes.*
- *Insuffisance cardiaque : progression également (+60 % pour les hommes et +92 % pour les femmes) mais avec le même espoir de stabilisation au vu des dernières évolutions.*

- **Pour le diabète**

La hausse est de 20 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes entre 2015 et 2025, mais elle pourrait être moindre si l'évolution du diabète continuait à suivre l'évolution de l'obésité dans la population. La progression de l'obésité a en effet beaucoup ralenti entre 2009 et 2012 selon l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (OBEPI).

- **Pour les troubles psychiatriques**

La part des troubles psychiques est en constante progression. La part des ALD augmente tandis que selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 1 Français sur 5, en 2020, sera touché par des troubles psychiques sévères et persistants relevant, depuis 2005, du handicap.

En termes de mortalité

Au global, la situation de la région au regard de la France est plutôt favorable avec des taux d'admissions en ALD proches de la moyenne, mais des taux standardisés de mortalité inférieurs de 5 %.

Ainsi, entre 1980 et 2013, le nombre de décès a augmenté de +4 % du fait de l'accroissement de la population, mais le taux de mortalité a baissé de +47 %.

L'accès aux soins courants

Bien qu'il s'agisse de soins dits « courants », c'est sans doute dans ce domaine que la problématique de la réduction des inégalités, qu'elles soient populationnelles et/ou territoriales, est la plus difficile à résoudre.

« Réduire les inégalités tout en prenant en compte la liberté d'installation des médecins. »

En nombre de décès le cancer est en tête, avec 17 864 décès en 2013, devant les maladies cardio-vasculaires 16 084 décès. Le recul des taux de mortalité entre 1980 et 2013 a été beaucoup plus fort sur les maladies cardio-vasculaires (-66 % chez les hommes et -68 % chez les femmes) que pour les cancers (-32 % chez les hommes et -24 % chez les femmes). La diminution est de même niveau pour la mortalité par diabète (-20 % chez les hommes et -31 % chez les femmes), mais cette pathologie occasionne encore environ 1 300 décès par an.

Enfin, les maladies neurologiques, même si elles occasionnent pour l'instant moins d'admissions en ALD, progressent très vite (+60 % en 10 ans). De plus, le taux de mortalité, au lieu de diminuer comme pour les autres pathologies, a été multiplié par 2,5 entre 1980 et 2013, occasionnant 4 420 décès en 2013.

Ces quelques chiffres montrent que la prévention et le suivi des pathologies chroniques, notamment maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète, et maladies neurologiques demeurent une priorité, des progrès restant à faire notamment pour les trois dernières.

Au-delà des chiffres, cette croissance des pathologies chroniques vient impacter doublement un système de santé et de prise en charge pas suffisamment préparé pour cela.

Les soins hospitaliers notamment, sont de plus en plus spécialisés et se concentrent sur la prise en charge des phases aiguës.

Le patient, de son côté, attend une réponse spécifique à sa situation, laquelle déborde très largement le soin aigu, tant en amont (prévention) qu'en aval (soins de suite et retour à domicile).

Ces questions sont au cœur des liens ville-hôpital, qui sont à renforcer, et de l'organisation territoriale des parcours de santé.

L'organisation du système de santé français est caractérisée par la libre installation des médecins et les ARS ne disposent que de moyens incitatifs pour tenter de pallier le déficit de ressources médicales dans certains territoires ou pour certaines disciplines.

Ces mesures incitatives reposent sur des leviers principalement financiers (primes à l'installation,

majoration des actes, garanties de revenus, financement des études) alors que le principal frein à l'installation réside dans le mode d'exercice.

C'est ce qui a amené l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes à privilégier, dans son action, la promotion de nouveaux modes d'exercices regroupés, en particulier les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et les centres de santé.

La dynamique est forte dans la région avec plus de 100 créations nouvelles de MSP.

En termes de diagnostic des zones fragiles en offre de soins de premier recours, la région Auvergne-Rhône-Alpes est plutôt dans une situation médiane versus France. Au niveau national, coexistent une moitié Nord marquée par cette problématique et une moitié Sud qui est de plus en plus en surdensité au fur et à mesure que l'on descend.

Au sein de la région, on retrouve une similitude dans les territoires en difficulté pour l'accès aux soins courants (sud et ouest) mais une analyse plus fine fait apparaître des « zones blanches » un peu partout, comme par exemple le département de l'Ain, le Roannais ou encore les zones de montagnes alpines.

La fragilité de l'offre de premier recours (5 professions de base) concerne 22 % de la population des départements ex-auvergnats. Elle est plus marquée au nord (Allier) et au sud (Cantal et Haute-Loire). Toutefois, la densité en médecins généralistes est proche de la moyenne nationale. En revanche, certaines professions sont plus en déficit : médecins

Une aspiration forte à la sécurité en santé

La question de la sécurité en santé n'est évidemment pas nouvelle. Les deux précédents PRS comportent des priorités dans les différents champs concernés :

- l'environnement (air, eau, bruit),
- les infections associées aux soins (champ sanitaire et médico-social),
- la veille et la gestion des alertes et réponses aux situations exceptionnelles.

Ce qui apparaît plus nouveau, est l'aspiration de la population à davantage de sécurité dans ces différents champs, en miroir ou en réassurance, avec un monde de plus en plus marqué, sous forme de « bain médiatique », par la crainte de la survenue d'événements indésirables soit inopinés (attentats),

spécialistes, opticiens, orthophonistes, podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens.

L'accès aux soins urgents reste aussi plus problématique à l'ouest, avec 7 % de la population à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents, alors qu'à l'est ce taux est tombé à 4 % grâce au développement des médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU), les MCS.

Dans les 4 départements ex-Auvergnats ainsi qu'en Ardèche et Savoie, ces données de l'offre sont à mettre en perspective avec l'espérance de vie, qui est inférieure à la moyenne nationale, alors que l'espérance de vie moyenne de la région est, elle, nettement supérieure à la moyenne nationale.

« Promouvoir l'exercice de groupe pour l'exercice des médecins. »

Le fil conducteur à suivre pour améliorer l'accès aux soins reste la promotion d'un « exercice de groupe », au sein d'une structure située dans une ville de taille suffisante pour conserver une attractivité auprès de l'entourage proche du médecin (enfants et conjoint).

On devrait pouvoir s'orienter aussi, à terme, vers une atténuation des frontières entre médecins hospitaliers et médecins ambulatoires, pour aller de plus en plus vers une notion de « médecin de territoire », pouvant exercer alternativement et/ou simultanément dans les deux champs.

Cela suppose des réformes dont l'Agence n'a pas la maîtrise mais qu'elle peut expérimenter et promouvoir.

soit au contraire résultant de phénomènes structurels (activités polluantes et propagation des infections dans les établissements).

« Une exigence forte des populations à l'égard des institutions dont l'ARS. »

L'exigence, à l'égard des institutions et autorités responsables de ces questions, dont l'ARS dans certains de ces domaines, devient beaucoup plus forte. L'Agence est repérée, à ce titre, comme un des acteurs privilégiés pour tenter de résoudre les difficultés et réassurer les usagers.

L'affaire récente de Dentexia (fournitures de prestations dentaires à bas prix) a parfaitement illustré cette situation nouvelle, les « personnes victimes » se tournant spontanément et naturellement vers

l'Agence pour résoudre leurs difficultés, alors qu'une partie des questions soulevées, comme l'indemnisation par exemple, ne relève pas de sa compétence.

On peut citer aussi les actions contentieuses plus fréquentes, mettant en cause l'Etat, du fait de l'absence de réponse apportée à une situation. C'est le cas en particulier dans le champ de handicap.

La loi de modernisation du système de santé a d'ailleurs accompagné ce mouvement général en

encadrant et en donnant des facilités pour que les usagers puissent conduire « les actions de groupe », lorsqu'ils s'estiment victimes collectivement d'une négligence de la part du système de santé.

Ce projet régional de santé doit donc nécessairement prendre en compte cette nouvelle dimension et nous préparer, sans doute avec d'autres acteurs, à mieux répondre à l'aspiration et aux exigences plus fortes des usagers de la santé.

Les révolutions technologiques

Le numérique

La santé est restée, plus longtemps que d'autres secteurs d'activité, à l'écart du numérique. Non pas que les professionnels de santé soient moins aptes à utiliser ces nouvelles technologies, mais plus probablement, parce que ces nouvelles technologies, plus que dans d'autres domaines, viennent percuter et remettre en cause des habitudes de travail et des pratiques professionnelles bien ancrées.

Celles-ci restent fondées sur le socle du « colloque singulier » entre un patient et son médecin, lequel est entouré du secret médical.

« La constitution des réseaux a marqué l'avènement d'une médecine collégiale et pluridisciplinaire. »

Ce n'est pas un hasard si les premiers acteurs de santé ayant imaginé que le numérique pourrait apporter un plus à leur pratique professionnelle ont été les réseaux de santé.

La constitution des réseaux a marqué l'avènement d'une médecine collégiale et pluridisciplinaire pour laquelle la dématérialisation des données médicales, et leur circulation rapide entre professionnels, a représenté un atout essentiel pour le développement de leurs pratiques (réseaux de cancérologie en Rhône-Alpes, réseaux de périnatalité en Auvergne).

Un autre frein au développement du numérique en santé a sans doute été la mise en place des systèmes de protection de la confidentialité des données tellement contraignants, que les professionnels ont fait usage du numérique, mais de manière non sécurisée et non traçable.

« La jeune génération aspire à travailler en équipe et n'ont aucune difficulté à appréhender les nouvelles technologies. »

Ces constats sont d'une certaine manière rassurants, car sur le point d'être levés avec l'avènement des nouvelles générations de professionnels et des progrès technologiques.

Les outils de sécurisation sont aujourd'hui plus adaptés à la pratique professionnelle, et les jeunes générations aspirent à travailler en équipe, et n'ont aucun souci pour appréhender les nouvelles technologies.

« Une plateforme qui dispose de 15 millions de documents. »

Dès le début des années 2000, Rhône-Alpes a mis en place un système d'identification du patient. La plate-forme ainsi créée dispose de 15 millions de documents, concernant deux-tiers des rhônalpins, et plus de 160 000 connexions mensuelles sont comptabilisées sur cette plate-forme, soit autant que le reste de la France entière.

Les connexions se font aujourd'hui principalement entre professionnels de santé, mais elles sont appelées à s'étendre à d'autres catégories de professionnels concourant à la prise en charge de personnes en perte d'autonomie et/ou patients chroniques. La loi de modernisation donne aujourd'hui une base légale à cette ouverture, qui est notamment mise en œuvre dans l'outil « MesPatients », développé dans le cadre de l'expérimentation nationale « Territoire de soins numérique » (TSN) pour permettre le suivi des parcours complexes.

Même si l'on est encore loin d'avoir atteint l'objectif de dématérialisation complet des échanges, celui-ci est désormais largement amorcé.

La question la plus actuelle de l'impact du numérique va concerner, aujourd'hui et demain, le patient lui-même, notamment au travers de la relance du Dossier médical personnel (DMP).

Le patient connecté

D'après une enquête « TNS SOFRES » de 2013, la moitié des français seraient déjà des « internautes santé ». Ceci a un impact positif sur l'équilibre de la relation soignant/soigné, ce dernier ayant la facilité, contrairement au professionnel, de pouvoir concentrer son effort d'information sur sa seule pathologie. Cette dynamique pourrait contribuer à rendre le patient plus autonome vis-à-vis de sa pathologie.

Mais, à l'inverse, le développement des applications en santé pour le patient, avec mise à disposition d'objets connectés pour suivre son état de santé, fait courir le risque d'une perte de maîtrise par le médecin traitant et d'une mauvaise utilisation par le patient.

« Il existe actuellement plus de 750 applications santé francophones, allant du suivi du diabète, à l'éducation thérapeutique, ou encore la surveillance de paramètres de santé. »

Contrairement aux médicaments ou dispositifs médicaux, le service médical rendu par ces applicatifs n'est pas évalué.

Le secteur santé est sans doute moins soumis au risque « d'ubérisation » compte tenu du fait qu'il est fortement régulé et que la dépense est socialisée. Cependant, un glissement est possible, faisant perdre aux professionnels leurs prérogatives en termes de diagnostics et prescriptions. C'est

Les innovations technologiques

Le descriptif très synthétique et rapide des principales innovations en cours montre que les problèmes de santé auxquels nous avons à faire face aujourd'hui, trouveront de nouvelles réponses dans les dix ans qui viennent. On pense notamment au cancer pour lequel la mortalité a, pour l'instant, nettement moins reculé que pour les maladies cardio-vasculaires, et potentiellement, à toutes les pathologies chroniques.

L'agence doit donc promouvoir ces innovations, anticiper leur impact sur l'organisation des soins, et veiller surtout à garantir l'accès de tous à ces nouveaux modes de prise en charge.

La télémédecine

Limitée jusqu'ici dans son déploiement dans le cadre du système régulé, la télémédecine apparaît comme potentiellement très contributive à la résolution de certaines problématiques :

d'ailleurs ce qui a amené l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins à s'intéresser à ce sujet dans le cadre du projet « Territoire de soins numérique ».

L'autre risque, est plus du côté des patients, avec, via ces sites, le rassemblement de données médicales personnelles dont l'usage peut ensuite être multiple et varié.

De nouveaux services sont proposés en termes de diagnostic, d'expertise médicale, et le cadre contraignant qui encadre encore aujourd'hui les activités de télémédecine et freine son déploiement, joue en faveur du développement de ces sites payants.

« Il est donc essentiel, que la puissance publique et les professionnels ne délaissent pas ce domaine. »

Le frein principal pour les industriels est l'absence d'interopérabilité entre les sources d'information. A l'inverse la puissance publique, l'agence, a la capacité de mettre en œuvre cette interopérabilité en conservant la maîtrise du dispositif. C'est ce qui fonde la valeur du « socle régional » que chaque applicatif souhaitant être labellisé ou soutenu doit respecter.

En parallèle, cela permet à l'utilisateur et aux professionnels d'accéder aux services numériques par une porte d'entrée unique et sécurisée quant à ses usages.

- rareté des ressources et des compétences dans certains territoires,
- suivi à distance de pathologies chroniques,
- actions de préventions ciblées et personnalisées,
- consultations pluridisciplinaires à distance.

La robotisation

La robotique a fait irruption en chirurgie à la fin des années 90. La France comptait 80 unités en 2013. Dans dix ans, le recours aux robots sera probablement devenu courant, notamment en chirurgie thoracique et abdominale. Les interventions à distance restent rares pour des raisons de coût.

D'autres activités que le seul acte chirurgical, pourront être robotisées comme la logistique des services, la distribution de médicaments et des dossiers aux infirmier(ère)s aux heures voulues.

La génomique

Cette discipline nouvelle fait l'objet d'un tel essor, aux impacts multiples, qu'elle a amené le gouvernement à produire un « Plan France Médecine Génomique 2025 ». Elle consiste à cartographier les génomes et à en étudier le fonctionnement, permettant ainsi de personnaliser les thérapeutiques.

Le séquençage, très coûteux à l'origine, (13 années de recherche et 2,7 milliards \$ pour arriver au premier séquençage en avril 2003) va devenir un examen courant (1 000 \$ en 2014).

Le domaine d'application privilégié concerne aujourd'hui la cancérologie pour les deux-tiers, mais potentiellement toutes les disciplines peuvent en bénéficier à terme. L'objet du plan est de permettre à tous les patients qui en ont besoin de bénéficier du séquençage, à l'horizon 2025. La première étape, en 2020, serait de réaliser 235 000 séquençages.

D'autres innovations

- **Les thérapies cellulaires** qui permettent de reconstituer certains organes en cultivant en laboratoire des cellules prélevées chez le patient. Le nombre d'organes concernés va probablement s'étendre dans les années qui viennent.

- **La nanomédecine** : contrairement aux traitements personnalisés permis par les thérapies géniques, la nanomédecine devrait améliorer l'efficacité des traitements appliqués à l'ensemble de la population. Cela devrait conduire à une efficacité renforcée des médicaments tout en utilisant moins de substances et en réduisant, de ce fait, les effets secondaires.

- **L'immunothérapie** est une avancée importante de ces toutes dernières années. Son principe consiste à renforcer les défenses immunitaires afin qu'elles résistent mieux aux attaques des cellules atteintes. La limite principale au développement de cette technique reste pour l'instant son coût prohibitif, comme l'était le séquençage il y a quinze ans.

- **Une évolution scientifique accélérée en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie** rendant de plus en plus consensuelle et outillée l'approche par les compétences à renforcer, à maintenir ou à compenser issue de la classification internationale du fonctionnement sur laquelle se sont notamment fondés la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et le plan national de prévention de la perte de l'autonomie.

Le parcours de santé en 2028 et la médecine personnalisée

Beaucoup d'acteurs de santé ont désormais l'habitude d'indiquer que la médecine de demain sera celle des 4 P :

- **Personnalisée**, car elle tient compte du profil génétique d'un individu (cf. ci-dessus séquençage du génome) ;
- **Préventive**, car elle se concentre sur le mieux-être et non la maladie ;
- **Prédictive**, car elle tente d'identifier les prédispositions génétiques pour adapter le traitement et la prise en charge ;
- **Participative**, car elle s'appuie sur l'implication et la responsabilisation de la personne.

Ce concept a été défini par Leroy Hood de « L'Institute for Systems Biology » dans les années 2000.

Le passage d'une médecine orientée sur le curatif à une médecine 4 P va bouleverser le fonctionnement du système de santé, mais c'est, en même temps, ce qui permettra de faire face au défi des pathologies chroniques, sans effondrement du système solidaire.

La médecine 4 P exige de faire évoluer les relations ville/hôpital, la relation médecin-patient, la formation et le mode de rémunération des professionnels de santé, les missions et la structuration de la médecine de premier recours.

L'hôpital deviendrait ainsi progressivement une solution de dernier recours au bénéfice de structures de premier recours bénéficiant de ressources informatiques et d'équipements médicaux.

En parallèle, l'entrée dans le parcours se fera de manière de plus en plus dématérialisée, via internet et une e-consultation permettant d'orienter le patient vers les dispositifs de prise en charge les plus adaptés.

En termes de présence physique, les pharmaciens, au demeurant les plus impliqués aujourd'hui dans le projet Territoires de soins numériques, premiers « opérateurs de santé » de proximité, pourraient jouer un rôle de conseil et d'orientation très complémentaire. Certains domaines ont déjà fait l'objet d'expérimentations avec rémunération des pharmaciens à la clef. La Californie a déjà institué une nou-

velle catégorie de pharmaciens aux compétences cliniques étendues.

Beaucoup de pays ont déjà impulsé ce mouvement en concentrant leurs capacités hospitalières et en affectant plus de ressources au système ambulatoire. Cela s'est traduit par plus d'efficacité du système de santé et une amélioration de l'état de santé

Améliorer notre capacité prospective

Le dispositif réglementaire encadrant ce nouveau PRS nous amène à devoir développer notre capacité prospective.

Ce cadre d'orientation stratégique restera en vigueur jusqu'en 2028. Un nouveau schéma – sauf évolution du cadre réglementaire entre-temps – sera élaboré en 2023, en application des mêmes orientations stratégiques.

Même si, dans les paragraphes précédents, des éléments de prospective ont été introduits, la capacité de l'agence à se projeter dans le système de santé de 2028 reste encore modeste et doit dépasser l'approche trop curative de notre système de santé.

Cette orientation stratégique doit conduire l'agence à s'intéresser à l'innovation et à la recherche du fait de leur contribution possible à l'adaptation du système de santé.

Dans ce domaine et en ex région Rhône-Alpes, une initiative a été prise dès 2013/2014 en mettant en place un dispositif de soutien à l'innovation. Elle a

Une exigence démocratique plus forte

Si l'on estime que demain la porte d'entrée dans le parcours pourrait être majoritairement numérique cela suppose de mettre le citoyen au cœur de la e-santé. C'est le premier objectif de la stratégie nationale e-santé 2020 présentée par la Ministre le 4 juillet 2016.

« Mettre le citoyen au cœur de la e-santé, premier objectif de la stratégie e-santé 2020 »

Pour le citoyen, il y a d'abord l'accès à ses propres données médicales (DMP) y compris sur l'application mobile, et l'accès à des informations scientifiques, médicales et sur l'organisation du système de santé (Service public d'information en santé).

de la population grâce à une meilleure prise en charge des pathologies chroniques.

Il reste très largement à impulser en France, où l'hôpital demeure le plus souvent la solution de recours, faute de dispositifs alternatifs identifiés par les usagers et les médecins traitants.

aussi été retenue pour faire partie des cinq régions impliquées dans « Territoire de soins numérique », projet national destiné à améliorer les prises en charge à une échelle territoriale.

La promotion et l'implication de la recherche dans des champs (médecins de premiers recours) ou des thématiques (prévention, parcours, accompagnement médico-social) moins concernées par les dispositifs traditionnels de la recherche clinique (médicaments et dispositifs médicaux) s'imposent.

Au-delà du soutien pour permettre la faisabilité des projets, il est surtout important que l'agence, avec ses partenaires, puissent évaluer les innovations et, si elles s'avèrent efficaces, accompagner leur transposition et leur généralisation.

Cela suppose un partenariat étroit avec l'Assurance-maladie, car la pérennisation des projets et leur modèle économique, est généralement dépendant du positionnement de l'assurance-maladie à leur égard.

Vient ensuite la télémédecine, notamment pour faciliter l'accès à des soins de qualité, même à distance ou à domicile. Cela suppose comme on l'a vu plus haut, de garantir le « service médical rendu » via un système de labellisation.

Les portails patients, avec accès unique sécurisé sont aussi le moyen, au-delà de la facilitation des démarches administratives (prises de rendez-vous, mise à disposition de documents...), de permettre un dialogue en direct avec les médecins.

« Le numérique au service de l'expression collective des citoyens »

Mais le numérique peut permettre aussi de promouvoir l'expression collective des citoyens. La mise à disposition de plateformes de consultations publiques en ligne peut être le support de cette expression.

Au-delà de l'expression collective, l'utilisateur peut aussi être contributif de la mise en œuvre de la politique de santé au travers, par exemple, de signalements d'évènements sanitaires indésirables ou de leur implication dans la co-innovation via les « living-lab ».

Une étude relatée récemment dans la Revue « Droit et Santé » (N° 71 – mai 2016) à propos des attentes des représentants d'utilisateurs relève quatre enseignements remarquables :

1. *« Les représentants d'utilisateurs accordent une grande importance à une analyse globale du système, comprenant le continuum d'offres et d'actions relevant de la sécurité sanitaire, de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers, du médico-social et du social ainsi que l'ensemble des déterminants de santé ».*
2. *« Le système ne propose pas assez d'actions de prévention et d'intégration entre les systèmes ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux... Il ne prend*

pas assez en compte l'ensemble des déterminants de santé ».

3. *« Les représentants d'associations d'utilisateurs peuvent devenir des co-constructeurs du système de santé et d'assurance-maladie... La démocratie sanitaire peut être une force de proposition constructive pour un système de santé solidaire et durable ».*

4. *« Les questions de santé et d'Assurance-maladie ne doivent plus être les parents pauvres des débats politiques, mais doivent devenir une des priorités des débats, particulièrement lors de la présidentielle ».*

On observe, au travers de ces attentes, la pertinence du point de vue des représentants d'associations des utilisateurs.

Depuis la loi « Kouchner » de 2002 des dispositifs de concertation ont été mis en place afin de permettre la représentation des utilisateurs dans de nombreux domaines et dispositifs.

On perçoit aujourd'hui qu'une nouvelle étape est à franchir à la fois pour que cette représentation soit mieux en capacité de peser sur les grandes décisions, et pour qu'elle s'exerce de manière plus directe par les utilisateurs eux-mêmes, dont l'expertise, en tant que patients, est sans concurrence.

Les orientations stratégiques du COS



Six orientations stratégiques, s'inscrivant pleinement dans les quatre domaines de la stratégie nationale de santé 2018-2022, publiée le 20 décembre 2017, sont inscrites au COS d'Auvergne-Rhône-Alpes.

Il s'agit de

1. Renforcer, en lien avec les autres porteurs de politiques, la place de l'éducation à la santé, de la prévention et de la promotion de la santé publique.
2. Favoriser l'accès à la santé.
3. Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé par une organisation en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile.
4. Renforcer la capacité du système de santé à faire face aux situations exceptionnelles.
5. Renforcer la démocratie en santé et les relations partenariales entre professionnels et usagers.
6. Adapter le système de santé en s'appuyant sur les innovations.

A chacune d'elle sont associés des **objectifs stratégiques**, qui font l'objet d'une présentation, ci-après, et sont par ailleurs déclinés dans le schéma régional de santé (SRS).

1^{er}

RENFORCER, EN LIEN AVEC LES AUTRES PORTEURS DE POLITIQUES, LA PLACE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ, DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La loi du 26 janvier 2016 fait de la prévention le cœur de notre système de santé.

Elle a pour objectif prioritaire de réduire les inégalités en santé qui existent avant même la naissance. Remédier à cette situation ne peut s'inscrire que dans la durée. Pour cela, la mise en place d'un parcours éducatif de santé de la maternelle au lycée, l'accompagnement de chacun pour prendre en charge sa propre santé, l'enjeu de retarder l'apparition de maladies chroniques pour permettre de vieillir en santé, sont autant de défis à relever.

Par ailleurs et dans un même temps, il convient de développer, notamment auprès des professionnels de santé, une culture de la promotion de la santé en complément d'une démarche essentiellement curative.

Cette même démarche devra intégrer peu à peu l'ensemble des politiques publiques visant à promouvoir un environnement porteur de santé pour chaque individu.

Enfin, l'ensemble des outils de diffusion des connaissances, d'appropriation et permettant d'agir soi-même pour sa propre santé, quel que soit son niveau et sa situation vis-à-vis de la maladie, devront être mis au service de la population.

Objectif stratégique 1

« Rendre les jeunes, acteur de leur santé »

Dans la première partie relative aux constats, un zoom a été fait sur la santé des jeunes. Ce bilan montre que certains départements (Allier, Ardèche, Loire), sont particulièrement touchés par une mortalité des jeunes élevée et une prévalence des affections de longue durée, et en particulier des affections psychiatriques.

Les raisons en sont multiples. Elles tiennent à des comportements individuels et familiaux, mais aussi et surtout à des inégalités majeures territoriales, sociales, de revenus financiers, de niveau culturel,

de prise en compte de la question de la santé, et enfin de l'accès à une offre en santé adaptée.

L'accompagnement des familles dans cette démarche de responsabilisation doit donc être ajusté à chaque situation pour avoir une chance d'être efficace.

L'aspect parcours éducatif en santé est au cœur de ce cheminement de chaque enfant, pour acquérir les compétences psycho sociales le rendant maître de sa santé en faisant les choix éclairés et cela durant toute sa vie, dans son propre environnement.

Objectif stratégique 2

« Améliorer les déterminants sociaux de la santé »

On peut observer une forme de paradoxe entre l'ambition de faire de la prévention le cœur du système de santé et la part qu'elle occupe dans l'ensemble des dépenses de santé.

Mais l'ambition de « mettre la prévention au cœur du système » ne réussira pas, via un seul accroissement des crédits. Il convient de mettre en place des actions portant non seulement sur les comportements mais également et surtout sur l'ensemble des déterminants en santé au premier rang desquels sont les déterminants sociaux, sources d'inégalités sociales en santé majeures.

L'action de l'Agence sur ce point sera d'autant plus efficace qu'elle sera accompagnée d'une mise en commun et d'une synergie des actions basées sur un diagnostic partagé. Ce diagnostic doit être un véritable élément dynamique montrant les évolutions et un outil de pilotage à l'échelle des territoires.

Face à ces constats, nombreux peuvent être les moyens pour permettre de porter des actions adaptées à la situation. Ces outils sont ceux des acteurs en santé (équipements) bien évidemment mais aussi et surtout ceux de tous les intervenants dans les politiques publiques et au premier rang d'entre eux les décideurs locaux intervenant dans l'aménage-

ment du territoire au sens le plus global du terme (aménagement urbain, politique de la ruralité, politique de l'éducation, de l'emploi, sociale...). La recherche universitaire apportera son soutien dans le cadre de recherche interventionnelle et d'actions probantes sur les territoires dans chacun de ces domaines d'action.

Objectif stratégique 3

« Promouvoir un environnement favorable à la santé »

La 9^e conférence mondiale sur la promotion de la santé (Shangai – Novembre 2016) a donné lieu à une déclaration sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à échéance 2030.

Elle retient notamment « *qu'il faut agir de manière résolue sur tous les déterminants de la santé, permettre aux individus de prendre en main leur santé. La santé des peuples ne peut être dissociée de la santé de la planète* ».

L'absence d'effets néfastes pour la santé de l'environnement naturel, de l'environnement bâti et des milieux de vie est un enjeu majeur. La priorité porte-

Ce partage des diagnostics doit conduire à une prise de conscience et une évolution dans la politique locale en santé, passant d'abord par une sensibilisation voire une formation adaptée de tous les acteurs.

Le suivi de ces diagnostics et l'évolution des indicateurs devront être mis en place et tenus à disposition des conseils territoriaux de santé.

ra sur les zones où les cumuls d'expositions sont le plus préoccupant.

Au-delà, il faut convaincre et accompagner les acteurs à faire le choix d'environnement permettant de préserver leur santé. Les décisions politiques doivent mieux prendre en compte la qualité de vie et la santé des citoyens. Tous les relais d'opinion doivent ainsi être repérés, sensibilisés et pouvoir capitaliser les démarches positives en santé pour qu'elles soient portées au plus haut niveau des décideurs. Le développement de la démocratie sanitaire pourra ainsi contribuer à orienter sur le terrain les actions mises en œuvre dans un sens positif.

Objectif stratégique 4

« Renforcer la prévention dans le champ de l'offre sanitaire et médico-sociale »

Les parcours de santé s'inscrivent dans les territoires sur lesquels une offre en matière de prévention de qualité et accessible doit être proposée. L'enjeu sera de créer cette offre de prévention en lien avec les autres acteurs (établissements et professionnels de santé) et en mobilisant les associations afin de créer des réseaux d'intervenants susceptibles de répondre aux besoins de l'ensemble des territoires.

L'effort devra porter également sur la formation en matière de prévention des acteurs de première ligne en contact avec les populations cibles : personnels médicaux, sociaux et médico-sociaux tout particulièrement.

De par son entrée populationnelle, le schéma régional de santé va structurer les parcours pour chaque grande catégorie de population. Chaque parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des personnes, au plus près de chez

elles. Ces parcours de santé articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et social, et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le soutien et le retour à domicile.

La prévention joue un rôle majeur dans ce cadre, car renforcer la prévention à tous les âges de la vie en l'intégrant dans les parcours de santé ralentira l'apparition et l'impact des maladies chroniques, favorisera un vieillissement en bonne santé et réduira les inégalités sociales en santé.

Les structures elles-mêmes (hospitalières ou médico-sociales) doivent être porteuses en leur sein d'actions de santé publique et de prévention tant pour le personnel, les patients ou résidents et leurs visiteurs. Elles doivent s'engager résolument dans le portage de messages, d'actions exemplaires dans ces domaines, d'éducation en santé au moyen de tous les outils possibles.

2^e

FAVORISER L'ACCÈS À LA SANTÉ

La région Auvergne-Rhône-Alpes rencontre des difficultés pour maintenir un accès à la médecine de premier recours en proximité. Parallèlement aux dispositifs de soutien développés dans le cadre du « Pacte Territoire Santé », l'avenir se situe probablement dans le développement des modes d'exercices renouvelés dont les maisons de santé pluri-professionnelles et les pôles de santé constituent un premier socle.

Objectif stratégique 1

« Assurer l'accès au premier recours »

Le virage ambulatoire est souhaité par la population mais la substitution à la prise en charge hospitalière ne doit pas faire baisser la qualité de la prise en charge. Le domicile, on le sait, n'est pas toujours synonyme de qualité de vie et de prise en charge, d'autant plus que cela ne dépend pas seulement du domaine de la santé.

Le virage ambulatoire nécessite donc une réflexion plus large, et une implication des autres secteurs d'action publique (logement, transports, éducation...).

La problématique des aidants est aussi essentielle. Dans le champ de la santé, il s'agit principalement de

Le premier recours, grâce à ces nouveaux modes d'exercice, doit pouvoir mieux s'organiser, en lien avec l'hôpital, pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie (âgées et/ou en situation de handicap) ou en situation de précarité. Pour ces derniers, le droit commun est à rechercher en priorité.

Enfin l'Agence doit garantir à l'ensemble de la population du territoire un accès identique aux techniques de pointes.

renforcer le premier recours, à un moment où le maintien de l'existant est parfois déjà difficile à tenir.

La mise en œuvre du Pacte Territoire Santé a cependant déjà produit des effets positifs qu'il s'agisse d'attirer les jeunes professionnels vers la médecine générale (contrat d'engagement de service public et praticiens territoriaux de médecine générale), de proposer de nouvelles modalités d'exercice (MSP) ou encore d'organiser la prise en charge des urgences en réduisant les temps d'accès (médecin correspondant SAMU).

Cet effort sera poursuivi et amplifié pour pouvoir appuyer le virage ambulatoire.

Objectif stratégique 2

« Assurer l'accès à l'urgence dans les délais requis »

L'accès à l'urgence est dépendant de l'existence de sites d'urgence et de moyens mobiles de secours pour y accéder (Service mobile d'urgence et de réanimation – SMUR).

La région est très vaste, très montagneuse, et dispose déjà d'un grand nombre de sites d'urgence et de SMUR, dont l'existence ne se justifie qu'à partir d'une activité minimale. La région a donc dû faire preuve d'imagination pour que malgré ces contraintes, la plupart des habitants soient situés à moins de 30 minutes d'un premier accueil d'urgence.

Cela s'est traduit par la création d'un nouveau dispositif de Médecins correspondants du SAMU (MCS), qui s'est développé d'abord dans l'arc alpin, très soumis aux variations saisonnières de population, et

qui se voit étendu aujourd'hui progressivement à l'ensemble de la région. Ce dispositif a déjà permis de réduire notablement la part de la population restant à plus de 30 mn d'un point d'accueil d'urgences.

Fondé sur la montée en compétence à la médecine d'urgence de généralistes, il est beaucoup plus diffus que les sites d'établissements, et permet ainsi d'offrir une réponse de qualité et de proximité.

L'accès facilité pour des soins non programmés, y compris en journée, est aussi un objectif complémentaire pour améliorer globalement la prise en charge en urgence. L'organisation plus collégiale de la médecine de premier recours permet d'envisager de nouvelles possibilités de réponse aux demandes de soins non programmés.

Objectif stratégique 3

« Assurer l'accès à la santé pour les personnes les plus démunies et les personnes en situation de handicap »

L'accès à la santé pour les personnes les plus démunies ne peut être résolu, de manière structurelle, que par une prise en compte de ces populations dans les démarches de prévention. Cela réclame des modalités de mise en œuvre et des messages spécifiques. Dans l'attente d'une résolution au fond du problème, il convient de veiller tout particulièrement à l'accès aux dispositifs d'offre, sanitaire et médico-social, pour ces personnes.

Ce sont les plus touchées par le « refus de soins » de certains professionnels ou le non recours aux soins, à leur propre initiative.

La ligne directrice, consiste, au maximum, à faire entrer ces populations dans le dispositif de droit commun, la couverture maladie universelle et le dispositif de CMU-C permettant, théoriquement au moins, de couvrir l'essentiel des situations.

Pour autant, il s'agit, à chaque fois que la situation le nécessite, d'imaginer, en lien avec les services de

l'Etat (Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale – DRDJSCS), des collectivités territoriales et des associations, des dispositifs adaptés.

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans le champ sanitaire constituent, de ce point de vue, un dispositif socle.

L'impact de la précarité dans la production du handicap et du sur-handicap est une dimension à prendre en compte.

De manière parallèle, d'ailleurs, l'accès aux soins des handicapés, que ce soit pour des actions de prévention et de dépistage, ou pour des actions curatives, nécessite des approches et des dispositifs particuliers et adaptés, même si la prise ne compte de ces populations dans le cadre du droit commun reste la ligne directrice.

Objectif stratégique 4

« Permettre à l'ensemble de la population d'accéder aux technologies de pointe »

La région dispose de quatre centres hospitaliers universitaires (CHU) et de nombreux hôpitaux généraux et développe de ce fait une dynamique forte en matière d'évolution des techniques de prise en charge. Cependant, le territoire est vaste, et une partie de la population risque de rester éloignée des nouveaux dispositifs de prise en charge, d'autant que ceux-ci évoluent de plus en plus rapidement.

Si l'on observe, par exemple, la progression des dépenses de médicaments coûteux, pris en charge en sus du séjour, on constate des écarts importants d'un territoire à l'autre, les consommations les plus fortes restant généralement dans les territoires les plus proches des CHU.

De manière prospective, l'Agence anticipe des risques d'inégalité d'accès dans deux domaines où la mortalité reste forte : le cancer et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

La qualité du traitement du cancer va de plus en plus dépendre de la capacité du thérapeute à s'appuyer

sur l'analyse génétique (séquençage du génome). L'agence devra donc veiller à assurer l'accès de tous les patients qui en ont besoin à ce type d'analyse.

Pour les AVC, les chances de survie et de vie sans handicap sont étroitement liées au délai d'intervention, une fois le diagnostic posé. Le maillage du territoire en unités neuro vasculaires, avec l'appui de la télémédecine développée dans les services d'urgence ne possédant pas d'unité neurovasculaire (UNV), améliore le temps de réponse.

L'accès à la thrombectomie, technologie officiellement reconnue comme efficace depuis 2015, répond à la même préoccupation d'accès rapide et de qualité. Pour cette technologie, le déploiement de l'offre dépendra néanmoins de la formation d'un nombre suffisant de médecins spécialistes. L'agence veillera à ce que ce maillage permette à tout citoyen de la région d'être pris en charge dans les délais exigés par les recommandations de pratique clinique (sociétés savantes, Haute autorité de santé – HAS).

3^e

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ PAR UNE ORGANISATION EN PARCOURS REPOSANT PRIORITAIREMENT SUR L'AMBULATOIRE ET PAR LE SOUTIEN À DOMICILE

La loi de modernisation du système de santé a mis en avant la notion de parcours. Cette notion n'est pas totalement nouvelle. Elle puise sa source dans les réseaux de santé qui, les premiers, ont estimé que c'était au système de santé de s'organiser autour du patient pour lui apporter une réponse globale.

La notion de parcours est plus générique, car les réseaux, pour la plupart, concernaient une pathologie donnée. Le parcours dont il est question aujourd'hui est un parcours de santé qui intègre les dimensions de la prévention, du sanitaire et du médico-social.

L'autre apport de la loi est de faire du « médecin traitant » le pivot de la coordination du parcours, ce qui suppose que la médecine de premier recours s'organise de manière plus collégiale (équipe de soins primaires) et plus territoriale (communauté professionnelle de territoire).

Pour les parcours les plus complexes le médecin traitant pourra s'appuyer, s'il en a besoin, sur des « plates-formes territoriales d'appui » rendant plus lisibles et accessibles, aux médecins, les dispositifs d'appui existants dans le territoire (réseaux de santé et MAIA notamment).

Le projet « Territoire de soins numérique » a permis d'expérimenter ce type de dispositif et de le roder pour pouvoir le transposer à d'autres territoires. Il s'appuie sur un outil numérique (MesPatients) installé sur le poste de travail des médecins généralistes, leur permettant de faire rapidement circuler les informations médicales entre les acteurs de la prise en charge, y compris du champ médico-social et social.

Ces dispositifs devraient permettre d'accompagner le « virage ambulatoire » en proposant des alternatives de qualité au domicile, plutôt que l'hospitalisation. En effet, le virage ambulatoire, est un objectif plus large que la transformation de la chirurgie classique en chirurgie ambulatoire. Il s'agit d'un repositionnement plus global des établissements de santé au sein de l'organisation de la santé, qui vise à ce que l'hôpital se concentre sur la production de soins aigus, sur la base de son plateau technique, et laisse d'autres acteurs prendre en

charge l'amont et l'aval de cet épisode de soins aigus.

Cela nécessite des liens plus étroits, dans chaque territoire, entre l'hôpital, le médecin de premier recours et les structures d'appui. L'aspiration des jeunes médecins à travailler en équipe, au sein de structures regroupant diverses compétences, constitue, de ce point de vue-là, un atout pour nouer des liens continus avec les établissements de santé.

En parallèle, le regroupement des établissements hospitaliers publics au sein de « groupements hospitaliers de territoires », intégrant le sanitaire et le médico-social est aussi un facteur de décloisonnement à une échelle territoriale. Cette nouvelle organisation, décloisonnée et territoriale, est indispensable si l'on veut pouvoir faire face, dans le cadre contraint qui s'impose, à l'augmentation des besoins des personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge, d'une situation de handicap ou d'une maladie chronique. Elle doit prendre en compte la dimension de la prévention tertiaire du vieillissement en lien étroit avec les conseils départementaux, dont c'est la mission première en tant que pilote des conférences des financeurs, associant, outre l'agence, les caisses de retraite.

L'objectif est de prévenir la dépendance afin de retarder, voire d'éviter, le recours aux prises en charge lourdes en établissements spécialisés, plus coûteuses et ne répondant pas aux aspirations de la population. Ceci suppose d'être en appui des aidants à domicile. L'objectif est le même dans le champ du handicap où l'évolution de l'offre et le développement d'alternatives s'imposent. (Cf. Rapport Piveteau et la « Stratégie nationale d'une réponse accompagnée pour tous »). En application de l'article 89 de la loi de janvier 2016, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées auront désormais à élaborer des plans d'accompagnement global.

Le développement de ces alternatives aux prises en charge classiques doit s'appuyer sur les institutions existantes. L'exemple de l'évolution des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (article 91 de la loi) illustre cette tendance.

La reconnaissance des aidants, leur inclusion et une politique de développement de l'offre de répit sont indispensables. C'est la condition pour répondre à l'attente sociale de l'inclusion en milieu ordinaire.

Par ailleurs, la politique d'accès aux soins sera poursuivie en s'appuyant sur la charte *Romain Jacob* et en intégrant le soin psychique ambulatoire et mobile

soutenu par la nécessaire adaptation de l'offre en santé mentale.

S'agissant de l'habitat et de l'emploi, il conviendra de faire évoluer la réponse type : emploi en milieu protégé, foyer d'hébergement et services d'accompagnement à la vie sociale pour développer des alternatives qui s'appuient sur l'autonomie de la personne et correspondent mieux à ses attentes.

Objectif stratégique 1

« Objectiver les ruptures dans les parcours au niveau territorial afin de les prévenir »

L'exigence rappelée ci-dessus à l'égard de l'Agence et des acteurs de santé concernant l'organisation des parcours, nécessite d'avoir une vision plus claire de comment les parcours fonctionnent aujourd'hui dans les territoires.

Les bases de données dont nous disposons aujourd'hui, que ce soit dans le champ hospitalier (PMSI) ou ambulatoire (SNIIRAM) sont difficilement exploitables pour permettre de poser un diagnostic sur les ruptures dans les parcours. Cela ne peut être appréhendé correctement qu'en proximité à une échelle territoriale fine.

Les diagnostics territoriaux ont été partagés avec les conseils territoriaux de santé préalablement à l'écriture du schéma régional de santé.

Cependant, les conseils territoriaux de santé auront des difficultés à rendre compte, dans l'immédiat, de l'organisation des parcours de santé dans leurs territoires, faute de bases de données sur le sujet. Cette observation sera à développer, sur la durée du premier schéma, en lien avec les acteurs de santé en proximité.

Objectif stratégique 2

« Soutenir les professionnels libéraux dans la prise en charge des parcours complexes »

Les dispositifs de coordination et d'appui aux parcours complexes sont nombreux aujourd'hui. Tous les territoires de la région seront prochainement maillés avec la présence d'au moins un réseau polyvalent et une méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer – MAIA). Pour autant ces dispositifs fonctionnent de manière trop cloisonnée et ne sont pas toujours lisibles pour les professionnels de santé.

Au terme de la loi de modernisation du système de santé 2016, l'objectif des plateformes territoriales d'appui (PTA) n'est pas de créer un dispositif de plus

mais d'apporter de la lisibilité et de la cohérence dans ce qui existe, afin de le rendre facilement accessible aux professionnels libéraux.

L'enjeu, pour les prochaines années, est de faciliter la convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale des parcours de santé. Il convient d'observer aussi que la complexité provient dans la moitié des situations de problématiques de souffrance psychique.

La coordination des acteurs autour des situations complexes doit donc fortement impliquer les professionnels de la santé mentale de façon à améliorer globalement la sensibilisation et la formation des professionnels pour faire face à ce type de situation.

Objectif stratégique 3

« Clarifier la porte d'entrée des parcours pour les usagers »

Même si les PTA ont clairement vocation à être en appui des professionnels, il est évident qu'un soutien doit également être apporté à l'utilisateur. C'est une des briques spécifiques du « Service Public d'Information en Santé » à construire.

Le projet TSN a permis, dans la région, de tester un dispositif imaginé et créé par les usagers pour les usagers. Il s'agit du projet « TANDEM » qui met à disposition des usagers les plus fragilisés un « référent parcours de santé » qui va les soutenir et les accompagner, à la fois pour exprimer leurs besoins et leurs attentes à l'égard des professionnels de

santé et s'assurer ensuite que la réponse apportée est bien adaptée.

Ce projet s'appuie sur la notion de « patient acteur », sinon expert, de son parcours.

C'est une solution dont le modèle économique reste à trouver. En parallèle, un ensemble de dispositifs doivent être mis en place, en s'appuyant sur le portail patient « myHop », pour mieux informer l'utilisateur et l'orienter dans le système afin qu'il trouve la bonne porte d'entrée, celle-ci restant, en première intention celle du médecin traitant.

Objectif stratégique 4

« Développer les bonnes pratiques hospitalières alternatives et adapter les plateaux techniques »

L'objectif est un changement de paradigme : l'hôpital doit être avant tout un plateau technique ; la règle est de le fréquenter en ambulatoire et l'exception d'y être hospitalisé.

Il convient donc de poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation classique à temps plein : chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour, chimiothérapie à domicile, télé-médecine.

L'utilisation des plateaux techniques est à optimiser, de même que la programmation des hospitalisations et leurs liens avec les structures d'amont et d'aval.

A besoins constants, la structuration de l'ambulatoire devrait jouer à la baisse sur le volume des séjours hospitaliers, notamment pour la part de ceux qui sont réalisés par défaut, en l'absence d'alternatives connues ou proposées.

Il en est de même pour ce qui concerne l'activité d'urgence, ou encore les ré-hospitalisations, consécutives à des retours à domicile effectués dans de mauvaises conditions parce qu'insuffisamment préparés en lien avec les médecins traitants et les structures d'appui.

Objectif stratégique 5

« Accompagner les sorties d'établissement, notamment en psychiatrie, grâce à une prise en charge décloisonnée et sécurisante »

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation, la mise en œuvre de la tarification à l'activité et les progrès de la médecine ont conduit à une diminution importante des durées moyennes de séjours.

Mais, dans le même temps, on observe un certain nombre de situations de blocage qui peuvent aboutir, pour certains patients, à des durées de séjour très longues pouvant atteindre parfois plusieurs années.

Certes, c'est un motif de perte de ressources pour l'établissement, mais c'est surtout le signe d'un dysfonctionnement du système, de rupture dans le parcours, et de la difficulté des établissements à résoudre le problème.

Des expérimentations récentes et innovantes ont montré qu'en dédiant une ressource et une compétence à ce problème spécifique, on pouvait résoudre la plupart des situations.

En psychiatrie, la problématique est plus complexe car elle touche à l'histoire des institutions et à la culture professionnelle. Une enquête récente commandée par l'Agence a montré qu'il n'y avait pas toujours de corrélation entre le nombre de patients de longue durée en établissement psychiatrique et l'offre alternative dans le médico-social dans le territoire.

La problématique ne relève donc pas seulement de l'existence ou non d'une offre alternative mais, de manière plus complexe, du positionnement des médecins et des pratiques professionnelles à l'égard de ces situations.

Il y a donc des actions à conduire pour faire évoluer ce positionnement, en développant notamment des collaborations entre les professionnels de plusieurs champs : sanitaire, médico-social et social.

Objectif stratégique 6

« Développer des accompagnements au domicile qui intègrent la dimension des soins et du social »

Le PRS 2, de par sa construction du point de vue de l'usager avec une entrée populationnelle, doit être l'occasion d'aller plus loin dans le décroisement entre le sanitaire et le social.

Le schéma transversal doit amener à une coresponsabilité des institutions des deux champs dans l'amélioration de l'accompagnement à domicile.

La région, grâce à l'expérience acquise des filières gérontologiques et des bassins de santé intermédiaires, doit pouvoir aujourd'hui être en capacité d'apporter aux usagers une réponse globale associant la dimension des soins et celle de l'accompagnement social.

Ceci suppose un partenariat mené avec les conseils départementaux qui ont la compétence première sur la dimension sociale et une compétence partagée pour le champ médico-social.

Cependant les acteurs du soin, du premiers recours à l'hôpital en passant par les services de soins à domicile ou encore les équipes mobiles et l'offre en matière d'hospitalisation à domicile doivent pouvoir intervenir en étayage, du soutien au maintien à domicile des personnes âgées ou avec un handicap lourd avec des problématiques de santé nombreuses. L'accès aux soins est souvent difficile pour elles.

Objectif stratégique 7

« Développer plus encore la politique de soutien aux aidants »

La loi d'adaptation de la société au vieillissement en fait une priorité en instaurant un « droit au répit » permettant aux aidants –souvent eux-mêmes en difficulté– qui accompagnent les personnes atteintes d'une perte d'autonomie de prendre un temps de repos. Durant celui-ci, un financement serait alloué pour l'accueil de la personne aidée dans une structure adaptée à ses besoins.

Il convient aussi de renforcer la compétence des aidants, en particulier dans le champ de la santé mentale, des maladies neurodégénératives et de

l'autisme, de leur donner droit à des actions « de formation thérapeutique » ou de formation aux difficultés de prise en charge des personnes accompagnées.

Là encore le numérique peut permettre d'imaginer de nouvelles modalités d'accompagnement et de soutien des aidants, déjà par la simple mise à disposition de l'offre de répit existante. En effet, la région Auvergne-Rhône-Alpes se caractérise par l'équipement le plus important (France entière) en accueil temporaire.

Objectif stratégique 8

« Adapter l'offre médico-sociale en créant de nouveaux dispositifs alternatifs d'accompagnement »

L'orientation générale vers plus d'autonomie pour les personnes âgées et celles en situation de handicap, l'aspiration des personnes elles-mêmes et les enjeux quantitatifs appellent à imaginer de nouveaux modes d'accompagnement et de prise en charge, s'appuyant le plus possible sur les dispositifs ordinaires.

L'inclusion scolaire en milieu ordinaire en est la plus emblématique ambition pour le secteur du handicap tandis que le soutien à domicile le plus longtemps possible des aînés structure l'adaptation de la société au vieillissement.

L'attente est forte à l'égard de l'agence de moderniser le système de santé pour le rendre capable de soutenir un accompagnement personnalisé et individualisé.

Cela nécessite d'avoir une approche territorialisée qui intègre l'ensemble des ressources disponibles d'un territoire, avec un nécessaire apport de mise en cohérence et de lisibilité donné aux professionnels, notamment du premier recours, et aux usagers.

Cette dimension territoriale de la prévention à l'accompagnement en passant par les soins est

d'autant plus nécessaire dans la région que l'offre est inégalement répartie.

La diversification des réponses apportées devra prendre en compte les spécificités des déficiences et pathologies.

Concernant le handicap psychique, l'intégration en milieu ordinaire repose sur une articulation étroite entre l'organisation de la santé mentale et l'offre médico-sociale. Le travail fait autour de la réhabilitation est, de ce point de vue-là, source d'espoir.

Le troisième plan autisme et le quatrième qui s'annonce reposent sur les mêmes orientations.

La recherche en matière de polyhandicap invite, y compris pour cette déficience, à construire de nouveaux dispositifs plus inclusifs.

Dans le même temps, il sera incontournable de porter l'effort sur la modernisation du bâti des EHPAD dans le cadre d'une stratégie soucieuse de la qualité et ciblant des projets structurants au regard des ressources territoriales et de la taille critique des établissements avec une attention particulière portée aux EHPAD hospitaliers.

4^e

RENFORCER LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ À FAIRE FACE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Le monde actuel est soumis à des risques en constante évolution : le terrorisme est présent, le climat change, la population s'accroît, vieillit et se concentre dans les métropoles, les résistances aux anti-infectieux augmentent, les ressources se concentrent également et le numérique crée potentiellement de nouveaux risques. Ces risques s'ajoutent aux nombreux risques naturels et technologiques déjà pris en compte.

La préparation du système de santé pour faire face à des situations exceptionnelles doit évoluer en conséquence et notamment améliorer sa capacité anticipatrice de situations de crise complexes, y compris en tenant compte des objectifs de l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018.

Des objectifs opérationnels seront définis dans le schéma régional de santé permettant d'orienter la

planification et l'action qui s'inscriront dans le schéma ORSAN (Organisation de la réponse du système de santé) à l'échelle de la région.

La démarche ORSAN est, en effet, un continuum partant du concept stratégique (COS) puis intégrant l'évolution des besoins à l'échelle de la région et, si le degré ou la nature de la crise l'exige, avec le volet sanitaire de la chaîne OTIAD (Organisation territoriales inter armées de défense) des forces armées, et les objectifs opérationnels basés sur des principes (SRS) pour aboutir in fine au schéma ORSAN qui déclinera les aspects de conduite et de planification pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.

Cette démarche, à la méthodologie uniforme, doit cependant être adaptée aux spécificités de la région.

Objectif stratégique 1

« Mettre en place une veille prospective et travailler sur les risques complexes »

Les processus de vigilances ont tendance à s'inscrire dans l'immédiateté et à réagir ponctuellement en cas de crise. Ils doivent cependant être mis à profit pour faire progresser l'agence et l'ensemble des acteurs concernés dans leur capacité anticipatrice et prospective.

Les nouvelles modalités de construction du PRS, et notamment du cadre d'orientation stratégique sont l'occasion de se fixer un objectif d'amélioration de la capacité prospective de l'agence et de ses partenaires.

Cela est particulièrement nécessaire pour bien manager les risques et être capable d'anticiper les situations de crise.

Le fonctionnement dans l'urgence présente aussi l'inconvénient de gérer les situations selon la nature du risque, de manière segmentée, alors qu'il serait nécessaire de développer une capacité à faire face à des situations complexes, c'est-à-dire émergentes ou dormantes ou cumulatives.

Objectif stratégique 2

« Responsabiliser la population par une communication adaptée »

La loi prévoit désormais d'inclure les usagers dans le dispositif de repérage des situations potentielles de crise. Cette disposition est reprise par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) qui souligne « l'importance de l'amélioration de la prise en compte des lanceurs d'alertes dans un processus d'information validée ».

Au-delà du seul repérage, il est très important de sensibiliser et préparer la population aux situations potentielles de crise, dans le sens d'une plus grande responsabilisation, ce qui facilitera grandement la gestion de la crise quand elle surviendra.

Cela passe par l'utilisation d'outils et de messages adaptés, afin d'alerter sans inquiéter à l'excès et d'intégrer la population dans la réponse à une crise notamment afin d'avoir les bonnes attitudes de recours au système de soins en cas d'évènement.

Avec le développement des nouvelles technologies de nouveaux risques apparaissent sans que la popu-

lation, pourtant très familière de ces outils, n'en ait forcément conscience.

La dimension de la formation est également très importante tant pour les établissements de santé et médico-sociaux que pour les professionnels de santé et les usagers.

Objectif stratégique 3

« Rendre interopérables les réponses et travailler en réseau »

Il convient progressivement de ne plus raisonner risque par risque, mais de façon globale et évolutive.

Certaines situations, réelles ou en exercice, ont montré que les acteurs pouvaient se trouver rapidement démunis si l'évènement sortait trop de la procédure prévue par le plan.

C'est toute la question de la capacité d'adaptation des acteurs aux situations. Un des filets de sécurité consiste à essayer de travailler le plus possible en réseau et non pas de manière isolée. Face à des situations complexes la prise de décision par une

seule personne, constitue un risque supplémentaire en soi.

Actuellement, le travail en réseau est limité par la segmentation des plans. Ceux-ci devaient avoir un caractère plus polymorphe et être facilement adaptables. L'implication collaborative du Service de Santé des Armées peut intervenir dans ce domaine, tant pour son expérience des situations de crise que pour son organisation lui permettant de réagir vite et avec résilience dans des conditions éventuellement très dégradées.

Objectif stratégique 4

« Renforcer la capacité de réaction du système de santé »

La capacité de réaction du système en cas de crise dépend étroitement de l'intégration de la gestion des situations exceptionnelles dans la préparation de l'ensemble des acteurs : acteurs institutionnels, professionnels libéraux, établissements sanitaires (plans blancs) et médico-sociaux (plans bleus).

Il faut penser l'offre en intégrant non seulement les risques naturels et anthropiques, les risques organisationnels (financiers, humains,...) mais également les risques systémiques. Ainsi, il faut que l'agence et les établissements développent une approche proactive de management des risques, qui devra

prendre en compte la nécessaire sécurisation renforcée de leurs structures et de leurs systèmes d'information et d'échange, et l'ensemble des personnes accueillies.

Enfin il faut que l'agence incite les établissements à développer, en leur sein, une approche proactive de management des risques.

Ce management a bien progressé ces dix dernières années pour ce qui concerne les risques propres à l'établissement et il faut maintenant l'élargir à la notion de risque territorial.

5^e

RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET LES RELATIONS PARTENARIALES ENTRE PROFESSIONNELS ET USAGERS

La notion de « droit des usagers » en santé n'est apparue qu'à partir de 1974. C'est la loi « Kouchner » 2002 qui l'a consolidée et en constitue toujours le socle.

C'est à partir de là qu'est née la « démocratie sanitaire » qui rassemble, outre les usagers, l'ensemble des acteurs qui concourent au bon fonctionnement du système de santé.

Toutefois le positionnement particulier de l'agence au sein de l'Etat, en tant qu'établissement public autonome, et les attentes de la population à l'égard de la qualité et de la sécurité du système de santé, ont tendance à faire évoluer le positionnement de l'agence, celle-ci se retrouvant plus fréquemment en lien direct avec les usagers.

La loi de modernisation de notre système de santé donne d'ailleurs plus de possibilités aux usagers d'interagir sur le système de santé, soit via l'alerte, soit via « l'action de groupe », en cas de dysfonctionnement du système.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement, de son côté, tend à renforcer l'autonomie des personnes âgées et à les protéger de certains risques.

Ainsi, indépendamment des systèmes de représentation institutionnelle des usagers, au sein des instances (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie – CRSA, Conseil de surveillance des établissements, commission des usagers...), l'agence va être amenée à développer progressivement des dispositifs de « démocratie directe », la mettant en relation avec les usagers de la santé sans intermédiaire.

Objectif stratégique 1

« *Elaborer un schéma régional du point de vue de l'utilisateur* »

Pour la première fois, ce PRS va être l'occasion d'élaborer un schéma organisationnel qui s'affranchira des domaines métiers que sont la prévention, le sanitaire et le médico-social, pour se construire à partir de besoins populationnels.

En effet, les instructions nationales affichent clairement que l'objectif est d'élaborer un seul schéma, qui intègre toutes les approches métiers de la prévention à l'accompagnement médico-social, en passant par les soins ambulatoires et hospitaliers.

Cet objectif va de pair avec celui de mettre en place des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de parcours de santé.

Le parcours de santé d'une personne intègre nécessairement toutes ces dimensions, et les différents domaines métiers doivent donc s'organiser pour travailler ensemble à l'édification de ces parcours.

L'entrée populationnelle permettra de spécifier ces parcours selon qu'il s'agit d'une personne précaire, en perte d'autonomie ou encore en souffrance psychique. Les premiers PRS ont déjà permis d'expérimenter au niveau territorial ce modèle d'organisation sur différents types de parcours.

Cette façon d'élaborer le schéma sera l'occasion de progresser dans la transversalité et d'aller vers une territorialisation plus forte de la politique de santé.

Plus on se trouve en effet proche du terrain et des usagers, plus l'exigence de produire des solutions globales qui intègrent toutes les dimensions des politiques de santé est importante.

Objectif stratégique 2

« Faire de l'information et la communication des outils efficaces pour le bon usage du système de santé en direction des usagers et des professionnels »

C'est la priorité numéro un de la CRSA en matière de droit des usagers. Une information très opérationnelle, très pratique. La méconnaissance actuelle des dispositifs par les acteurs, tant de la part des professionnels que des usagers, conduit trop souvent, selon l'instance de démocratie sanitaire, à « une errance des usagers et à un mésusage du système ».

La loi de santé a prévu un certain nombre de dispositifs pour remédier à cette situation (plate-forme territoriale d'appui, services public d'information en santé, accès aux données de santé) mais ceux-ci ne seront efficaces que si leur mise en place est accompagnée d'une communication simple et de qualité.

Cette information, selon la CRSA, est « une composante de la démocratie en santé car elle permet des prises de décisions éclairées ».

Cela rejoint aussi la nécessité, pour l'agence, de ne pas laisser les usagers sans réponse et d'utiliser à

plein, par un système d'information adapté, la source des réclamations pour corriger les dysfonctionnements du système.

L'agence n'est pas une « administration de guichet » mais elle doit peser dans ses différents domaines de compétences pour que des dispositifs simples permettent aux usagers de disposer des bonnes informations pour s'orienter correctement dans le système de santé.

Enfin, le développement du numérique, présente l'opportunité d'offrir de nouvelles possibilités pour à la fois informer l'utilisateur, rapprocher la ressource médicale et lui permettre d'être plus acteur de sa prise en charge. Cette évolution doit cependant être encadrée, notamment dans sa dimension éthique, pour garantir la bonne utilisation des données.

Objectif stratégique 3

« Accompagner et soutenir les représentants d'usagers et développer la démocratie directe »

Le développement de la représentation des usagers conduit aujourd'hui à un très grand nombre de fonctions à exercer et l'agence est souvent en difficulté pour faire en sorte que tous les postes soient pourvus.

Il faut donc soutenir les représentants d'usagers et continuer à assurer leur formation dans le nouveau cadre défini par la loi.

Ce travail doit être effectué en proximité de façon à s'assurer que les représentants d'usagers qui postulent à une fonction soient représentatifs et portent une parole auprès des professionnels de santé et des établissements.

C'est un travail de fond que l'agence ne peut mener seule. Les associations sont évidemment très concernées aussi. Elle s'impliquent aujourd'hui directement dans des projets, via les appels à projet que l'ARS porte grâce aux crédits apportés dans le fonds

d'intervention régional (FIR) à la démocratie sanitaire, ou plus récemment dans le cadre de l'appel à projet national conduit en application de l'article 92 de la loi de santé sur l'accompagnement des patients chroniques.

Parallèlement, l'agence s'efforcera de développer la démocratie directe selon plusieurs modalités :

- en organisant des modalités d'expression directe des usagers via l'organisation de débats publics, en lien avec l'Union régionale des associations agréées du système de santé (URAASS) Auvergne-Rhône-Alpes,
- en mettant en place des dispositifs numériques permettant une expression de masse,
- en portant une attention particulière aux usagers touchés directement par un dysfonctionnement du système de santé se traduisant par une information et un accompagnement via un dispositif de soutien.

Objectif stratégique 4

« Développer les démarches participatives au niveau territorial »

L'implication individuelle d'usagers dans l'élaboration et le suivi de la politique de santé, rejoignant ainsi la notion de « patient expert » développée par la Haute autorité de santé (HAS), est à prendre en compte.

L'organisation de parcours populationnels, notamment pour prévenir et accompagner les pathologies chroniques, nécessite une implication plus directe et plus forte des personnes concernées par ces pathologies.

L'agence a déjà eu l'occasion de vérifier que l'intégration dans les groupes de travail de patients directement concernés par la réflexion du groupe était un facteur de progrès très important pour définir les bonnes réponses à apporter.

Cela a été le cas, par exemple, dans le cadre des réflexions menées par l'agence sur le diabète.

Cette implication doit se faire le plus possible en proximité, d'abord parce que c'est plus commode pour les patients, ensuite pour favoriser la prise en compte des problèmes très concrets que rencontrent les usagers.

C'est pour cette raison aussi que les Conseils Territoriaux de Santé ont la responsabilité de valider le diagnostic territorial et de travailler sur l'organisation des parcours en infra départemental.

Pour le bon fonctionnement de l'ensemble, et le maintien d'une certaine équité entre les territoires, le lien devra être assuré de façon constante entre la démocratie sanitaire régionale (CRSA) et territoriale (CTS).

6^e

ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ EN S'APPUYANT SUR LES INNOVATIONS

La loi de modernisation de notre système de santé a modifié la définition de la politique de santé (Art. L 1431-2 du code de santé publique). Les missions des ARS sont désormais élargies aux champs de la recherche et de l'innovation.

Sans attendre le texte de loi, l'agence avait, dès 2013, pris l'initiative de s'investir dans le champ de l'innovation. Les progrès technologiques et de la médecine étant de plus en plus rapides, il est essen-

tiel de pouvoir être au fait des innovations et s'appuyer sur elles pour faire évoluer le système de santé pour garantir aux usagers le bénéfice des progrès accomplis.

Le souhait du législateur de voir les PRS développer une vision prospective à dix ans rend encore plus indispensable le fait de s'intéresser aux innovations, de repérer les plus efficaces et de les accompagner en vue de leur pérennisation.

Objectif stratégique 1

« Exercer une vigilance active dans le champ de l'innovation en santé et accompagner les plus probantes »

L'attente est forte à l'égard de l'agence de la part des « innovateurs en santé ». Le délégué interministériel à l'Innovation a bien identifié la complexité de la thématique (multiplicité des domaines, poids des normes et réglementations) et les obstacles (accès au marché, manque d'investisseurs).

Face à cette complexité et ces obstacles, l'agence a un rôle spécifique à jouer de par sa position particulière de « régulateur de la santé ».

Dès le premier investissement de l'agence sur le sujet en 2014, il avait été prévu, au côté du soutien financier, un dispositif de labellisation et de « prix de l'innovation ».

Ce dispositif est utilisé depuis plusieurs années dans le cadre de la promotion de la qualité en santé, où il permet de récompenser des équipes, ambulatoires ou hospitalières, qui ont mis en place, dans leur quotidien, des dispositifs qui améliorent la qualité de la prise en charge des personnes.

Innover n'est pas une fin en soi. Innover en santé n'a d'intérêt que si l'on améliore l'efficacité du système et la qualité de la prise en charge.

Jusqu'ici, le dispositif de soutien étant récent, les innovations ont été au mieux accompagnées, mais n'ont pas réellement fait l'objet d'évaluation.

Cela n'empêche pas certaines d'avoir d'ores et déjà fait la preuve de leur intérêt immédiat, mais l'étape de leur évaluation apparaît indispensable, avant d'imaginer une transposition et une éventuelle pérennisation.

Le schéma devra donc prévoir des actions permettant un accompagnement des innovations avant d'envisager leur pérennisation.

Les projets innovants devront inclure systématiquement une dimension évaluative, impliquant à la fois le champ des professionnels de santé et le champ des usagers.

Cette dimension de l'évaluation permettra d'améliorer notre capacité prospective en favorisant la capitalisation et le partage des connaissances acquises dans le cadre des expérimentations accompagnées, tant au sein de l'agence, qu'auprès de ses partenaires.

Ceci pourrait éventuellement se faire dans le cadre de l'organisation de journées régionales sur la thématique, comme il en existe déjà pour la qualité et la gestion des risques.

Objectif stratégique 2

« Adapter le système de santé en fonction des innovations probantes »

Les expérimentations n'ont d'intérêt que si elles sortent à un moment donné de l'expérimental pour rejoindre le quotidien.

Ces dernières années on a pu malheureusement observer que certains domaines d'actions (nouvelles rémunérations des professionnels, télémedecine...) avaient tendance à devenir des expérimentations toujours renouvelées mais jamais pérennisées.

C'est le signe soit d'un dysfonctionnement, soit d'expérimentations non probantes. Dans les deux cas, leur prolongation indéfinie est source de gaspillage et de démotivation.

Si l'évaluation a permis de valider l'intérêt du projet innovant en termes d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge, le dispositif innovant devrait trouver normalement sa place dans un fonctionnement pérenne.

Pour certains d'entre eux, cela ne soulève pas de question dans la mesure où l'efficacité apportée constitue un intérêt à agir pour des acteurs de proximité. Il peut s'agir, par exemple, de dispositifs permettant de réduire les durées de séjour en établissement, pour lesquelles l'établissement a un intérêt immédiat dans le système de financement à l'activité.

Pour d'autres la complexité est plus grande car l'intérêt à agir peut se situer au niveau macro-économique avec potentiellement des intérêts, en première lecture, divergents entre l'assurance-maladie, gestionnaire de l'ambulatoire, et l'agence, gestionnaire du champ hospitalier. Cela peut être le cas de dispositifs favorisant le retour précoce à domicile, allégeant ainsi l'enveloppe hospitalière, mais augmentant celle de ville pour accompagner le patient chez lui.

Il est donc essentiel, pour la pérennisation des bonnes innovations qu'un partenariat se noue entre l'agence et l'assurance-maladie sur cette question.

Les évolutions en termes de corpus théoriques et l'enjeu des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en soutien d'une adaptation des pratiques professionnelles supposent une politique soutenue de déploiement et de diffusion. Cette politique au long cours a pu être conduite à partir de centres ressources reconnus et experts. La mise en réseau des centres existant et ceux à créer constitue l'architecture de base pour faire en sorte que la recherche soutienne la pratique.

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03

04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr



Arrêté n°2018-1922

Portant sur l'adoption du schéma régional de santé 2018-2023 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L.1434-3 ; L. 1434-6 ; L. 1434-9 à L. 1434-11 ; R. 1434-1 à R. 1434-9 et R. 1434-11 ;

Vu l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'arrêté n° 2017-8170 en date du 11 janvier 2018 du directeur de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes relatif à la définition des zones d'activités de soins et équipements matériels lourds ;

Vu l'arrêté n° 2018-0327 du 29 janvier 2018 portant sur l'avis de consultation du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 29 janvier 2018 ;

Vu l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie Auvergne-Rhône-Alpes en date du 26 avril 2018 ;

Vu l'avis du préfet de la région Auvergne-Rhône-Alpes en date du 27 avril 2018 ;

Vu l'avis du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes en date du 27 avril 2018 ;

Vu l'avis des conseils départementaux de l'Ain en date du 09 avril 2018, de l'Allier en date du 23 avril 2018, de l'Ardèche en date du 09 avril 2018, du Cantal en date du 23 mars 2018, de la Drôme en date du 23 avril 2018, de la Haute-Loire en date du 09 avril 2018, de la Haute-Savoie en date du 03 avril 2018, de l'Isère en date du 30 mars 2018, de la Loire en date du 09 avril 2018, du Rhône en date du 23 mars 2018, de la Savoie en date du 23 mars 2018 ;

Vu l'avis des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de l'Ain en date du 25 avril 2018, de l'Allier en date du 29 mars 2018, de l'Ardèche en date du 26 avril 2018, du Cantal en date du 16 mars 2018, de la Drôme en date du 05 avril 2018, de l'Isère en date du 11 avril 2018, de la Loire en date du 05 avril 2018, de la Savoie en date du 27 mars 2018 ;

Vu l'avis des collectivités locales de la région Auvergne-Rhône-Alpes dont les conseils ont pris valablement une délibération ;

ARRETE

Article 1 :

Le schéma régional de santé 2018-2023 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de 5 ans.

Article 2 :

Le schéma régional de santé 2018-2023 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 peut être consulté sur le site Internet de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes à l'adresse suivante : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- a) A la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes, 106 rue Pierre Corneille 69003 Lyon.
- b) Au siège de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, 241 rue Garibaldi, 69003.
- c) Ainsi que dans ses délégations départementales :
 - délégation départementale de l'Ain, 9 rue de la Grenouillère, 01000 Bourg-en-Bresse,
 - délégation départementale de l'Allier, 20 rue Aristide Briand, 03400 Yzeure,
 - délégation départementale de l'Ardèche, avenue Moulin de Madame, 07000 Privas,
 - délégation départementale du Cantal, 13 place de la Paix, 15000 Aurillac,
 - délégation départementale de la Drôme, 13 avenue Maurice Faure, 26000 Valence,
 - délégation départementale de l'Isère, 17-19 rue Commandant l'Herminier, 38000 Grenoble,
 - délégation départementale de la Loire, 4 rue des Trois Meules, 42000 Saint-Etienne,
 - délégation départementale de la Haute-Loire, 8 rue de Vienne, 43000 Le Puy-en-Velay,
 - délégation départementale du Puy-de-Dôme, 60 avenue de l'Union Soviétique, 63000 Clermont-Ferrand,
 - délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon, 241 rue Garibaldi, 69003 Lyon,
 - délégation départementale de la Savoie, 94 boulevard de Bellevue, 73000 Chambéry,
 - délégation départementale de la Haute-Savoie, Cité administrative, 7 rue Dupanloup, 74000 Annecy.

Article 3 :

Le directeur de la stratégie et des parcours de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 28 mai 2018

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Docteur Jean-Yves GRALL

*Schéma
régional
de santé
2018-2023*

ars
Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes



Préambule

Chargée du pilotage régional du système de santé, l'agence régionale de santé se voit confier la mission de mettre en œuvre la politique de santé au plus près des besoins de la population et de réguler l'offre en santé en région.

Sous l'impulsion de l'Agence régionale de santé, d'autres acteurs interviennent dans la déclinaison des orientations de la Stratégie nationale de santé et dans celles du projet régional de santé. Ainsi, l'Assurance maladie, les collectivités territoriales (au premier rang desquelles on citera les conseils départementaux notamment en matière de politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap) ou bien encore les services de l'État en région sont contributeurs à la mise en œuvre de la politique de santé, dans le respect de leurs attributions et compétences propres.

Dans ce contexte, l'action de l'Agence régionale de santé est incarnée par le projet régional de santé

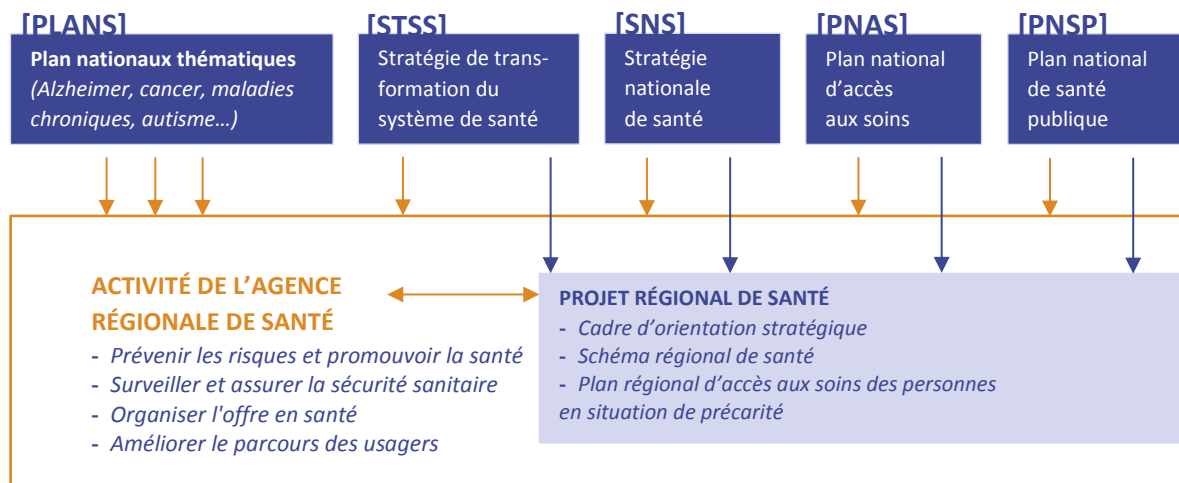
élaboré en concertation avec les acteurs de santé dans les régions. Ce projet définit la stratégie régionale de santé, et fixe les ambitions et les priorités régionales de santé auxquelles contribuent, chacun dans son champ de compétence, l'ensemble des institutions, professionnels et associations pouvant intervenir dans la sphère du système de santé, domaine transversal par excellence.

Enfin, le projet régional de santé n'a pas vocation à reprendre toute l'activité de l'ARS. Aussi :

Ce n'est pas parce qu'une ligne d'action ne figure pas dans le PRS, qu'elle sera arrêtée au niveau de son activité.

Ce n'est pas parce que les objectifs des différents plans et programmes nationaux (Cancer, Plan maladie neuro dégénératives (PMND), stratégie nationale de santé sexuelle...) ne sont pas déclinés ou que partiellement dans le PRS, qu'ils ne seront pas déclinés opérationnellement en région.

La place du PRS dans l'activité de l'ARS peut être schématisée de la manière suivante :



LE SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

Le schéma régional de santé est un des 3 documents constitutifs du projet régional de santé. Il est élaboré par l'[Agence régionale de santé](#) sur le fondement d'une évaluation prospective des besoins, réalisée en Auvergne-Rhône-Alpes à partir de l'évaluation des PRS, des données de santé de la région ([cf. le document en ligne sur le site internet de l'ARS](#)), mais aussi de l'analyse des besoins de santé rencontrés par l'utilisateur dans son parcours de santé.

Il fixe des objectifs opérationnels d'évolution et n'est donc pas un document de programmation. Ses modalités de mise en œuvre interviendront dans un deuxième temps et prendront plusieurs

formes : contractualisation avec les établissements de santé (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM), les professionnels de santé libéraux (Contrats territoriaux de santé – CTS) ou autres professionnels promoteurs de projets de santé, avec les collectivités locales (Contrats locaux de santé – CLS), définition de Programmes territoriaux en santé mentale – PTSM entre autres modalités de déclinaison.

Au terme de ce diagnostic, l'agence régionale de santé a élaboré un schéma régional de santé au sein duquel se dégagent **6 objectifs** particulièrement structurant de l'évolution de notre système de santé en région pour les **5 prochaines années**.

Il s'agit de :

1

Développer les actions de prévention et promotion de la santé en direction des nouveaux nés, des enfants en bas âge, des jeunes et de leurs parents plus particulièrement sur des thèmes tels que le surpoids et l'obésité, la santé bucco-dentaire et les addictions, qui sont des marqueurs d'inégalités sociales de santé. Ces actions seront développées en priorité dans les zones d'éducation prioritaires, les quartiers politiques de la ville ainsi que les zones rurales les plus isolées.

2

Développer les actions de prévention secondaire et tertiaire en direction des patients souffrant de pathologies chroniques afin de les rendre davantage acteurs de leur prise en charge.

3

Garantir, pour tous, avec une attention particulière pour les personnes socialement fragiles et les personnes en situation de handicap, l'accès aux soins de 1^{er} recours y compris aux soins non programmés dans un double enjeu : la réduction des inégalités géographiques et sociales de santé, et le soutien à domicile.

4

Soutenir l'insertion en milieu de vie ordinaire et l'accès aux droits communs pour les personnes en situation de handicap avec comme corollaire le passage d'une logique de places à celle de réponse coordonnée mise en œuvre en concertation avec les instances territoriales de santé.

5

Promouvoir un parcours de santé adapté à la personne âgée et renforcer les démarches de repérage précoce des fragilités ou des situations à risque, d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins à leur égard.

6

Améliorer la précocité du repérage, du dépistage et du diagnostic en santé mentale dans un enjeu de renforcement de la précocité des interventions, dans une approche éthique respectueuse des droits des usagers en situation de maladie mentale et de leurs familles.

L'ensemble de ces objectifs concerne bien évidemment les personnes les plus démunies et trouveront une déclinaison opérationnelle dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).



Important

Plusieurs principes d'action guideront l'agence dans la mise en œuvre du schéma :

Donner, aux partenaires et acteurs du champ de la santé, de la lisibilité sur les actions attendues, leur programmation et les modalités de co-construction éventuelles (définition du cadre régional des nouveaux Contrat locaux de santé – CLS, de la démarche régionale d'élaboration des PTSM, des objectifs constitutifs des CPOM et des contrats territoriaux de santé...).

Donner de la lisibilité sur les leviers financiers dès lors que ceux-ci sont connus (par exemple au travers du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), des orientations du FIR).

Veiller à l'implication de la démocratie sanitaire régionale et locale dans les gouvernances de projet, dès lors que le sujet concerne les usagers plus particulièrement au regard du respect de leurs droits dont l'accès aux soins ainsi que d'une démarche respectueuse de l'éthique.

Soutenir en région la déclinaison de dispositifs nationaux (à titre d'exemple la mise en œuvre des [expérimentations organisationnelles innovantes du système de santé – article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018](#)- ou celle du

service sanitaire de 3 mois dans toutes les formations en santé, des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées – art 92 de la Loi de modernisation de la sécurité sociale).

Poursuivre le développement de l'observation en santé afin d'éclairer les choix stratégiques en région.

Le schéma régional de santé est structuré en 3 parties :

La première est consacrée à la définition d'objectifs en termes d'amélioration des parcours de santé de la population au regard des difficultés mises en exergue.

La seconde traite des leviers sur lesquels l'Agence s'appuiera pour la mise en œuvre desdits objectifs.

La troisième définit, notamment au regard de ces mêmes objectifs et en tenant compte de l'offre en santé existante, les évolutions de celle-ci.

A noter que le schéma est révisable à tout moment mais l'est à minima au moins une fois, à échéance des cinq ans, sur la base de l'évaluation de l'atteinte de ses objectifs.

SOMMAIRE

<i>Préambule</i>	3
<i>1. La réponse aux besoins en santé non couverts ou insuffisamment couverts</i>	9
ANALYSER LES BESOINS PAR L'APPROCHE POPULATIONNELLE	9
Un parcours de santé dès le plus jeune âge	11
Personnes en situation de handicap	19
Les patients souffrants de pathologies chroniques.....	25
Personnes âgées.....	37
Santé mentale	43
PRÉPARER LE SYSTÈME DE SANTÉ À FAIRE FACE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES	51
<i>2. Les leviers stratégiques à la main de l'agence</i>	55
ADAPTER L'OFFRE EN RESSOURCES HUMAINES AUX ENJEUX MÉDICO-SOCIAUX ET SANITAIRES	56
Démographie des professionnels : répondre aux besoins des secteurs de santé.....	59
Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles	63
Accompagner la qualité de vie au travail	67
FACILITER LA CONVERGENCE DES DISPOSITIFS D'APPUI À LA COORDINATION TERRITORIALE DES PARCOURS DE SANTÉ	69
La coordination autour de la personne, pour un parcours de santé sans rupture.....	71
Un enjeu fort : faciliter la circulation de l'information entre les intervenants des parcours	73
LES OUTILS D'APPUI ET DE COORDINATION DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ	75
QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS, PRISES EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENTS	83
UN PLAN RÉGIONAL AU SERVICE DE LA PERTINENCE DES SOINS ET PRISES EN CHARGE	93
RECHERCHE, INNOVATION ET ENSEIGNEMENT	95
LA STRATÉGIE RÉGIONALE DE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ	97
LA STRATÉGIE D'INVESTISSEMENT	98
LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ ET LES RELATIONS PARTENARIALES ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS	100
SOUTENIR LES AIDANTS, DÉVELOPPER, STRUCTURER ET RENDRE ACCESSIBLE L'OFFRE DE RÉPIT	104

3. Une organisation de l'offre en santé au service de la qualité et la continuité des parcours en santé.....107

MAILLER LE TERRITOIRE EN OFFRE EN SANTÉ DE PROXIMITÉ EN APPUI AU MAINTIEN À DOMICILE ET AU DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION 107

Accompagner l'offre de premier recours dans ses évolutions organisationnelles afin d'améliorer la réponse de proximité.....	109
Poursuivre le soutien au développement des dispositifs de prévention	117
Accompagner la recomposition de l'offre en biologie	121

LES OBJECTIFS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS ET DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE 123

L'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES).....	125
L'offre par activité de soins hospitalière et par équipement matériel lourd	143
L'offre des établissements et des services médico-sociaux (ESMS).....	193
L'offre des établissements et des services médico-sociaux à l'attention des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.....	295

Glossaire307

1

La réponse aux besoins en santé non couverts ou insuffisamment couverts

En préalable à cette analyse a été réalisé un portrait de santé de la région accessible sur le site internet de l'ARS et pointant, au travers des indicateurs socio-économiques, de morbi-mortalité et d'offre en santé, les grands enjeux de santé régionaux et infrarégionaux.



ANALYSER LES BESOINS PAR L'APPROCHE POPULATIONNELLE

6 populations ont été retenues pour cette étape du diagnostic : les jeunes de la naissance à 25 ans, les patients souffrant de pathologies chroniques [*sachant que les pathologies chroniques qui font l'objet d'un plan ou programme national ne sont pas abordées expressément dans le présent document mais bien évidemment donnent lieu à un plan d'action régional en cours d'exécution*], les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les per-

sonnes atteintes dans leur santé mentale et enfin les personnes en situation de précarité.

Pour ces dernières, les difficultés repérées dans leur parcours de santé sont traitées dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

Cette approche par population bien évidemment n'écarte pas le fait que des difficultés rencontrées par une population dans son parcours de santé puissent être abordées ponctuellement dans une autre population.

UN PARCOURS DE SANTÉ DÈS LE PLUS JEUNE ÂGE



De multiples travaux convergent vers le même constat : la phase prénatale et les premières années de vie de l'enfant constituent des périodes essentielles pour le développement et la santé future de

l'enfant : la promotion d'environnements favorables trouve donc tout son sens sur cette période : environnements physiques, environnements psychosociaux, environnements éducatifs sont autant de déterminants à prendre en compte par les acteurs, élus, professionnels de santé et de la petite enfance, professionnels de l'éducation, qui doivent coordonner leurs interventions autour de l'enfant.

Les interventions devront donc être adaptées selon la situation de vulnérabilité. Ainsi, seront définis comme publics vulnérables :

1. Les jeunes, les femmes enceintes et les jeunes mères en situation de vulnérabilité socio-économique.
2. Les publics des territoires en politique de la ville et les zones rurales.
3. Les familles isolées.
4. Les jeunes placés sous la responsabilité de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), de l'aide sociale à l'enfance et accueillies en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique.
5. Les jeunes en difficulté d'insertion.
6. Les étudiants éloignés de l'accès à la prévention et aux soins.

Dès la petite enfance (0-6 ans) des stratégies d'intervention sont à privilégier :

1. Développer une approche globale incluant les actions sur l'ensemble des déterminants.
2. Agir tôt et soutenir les interventions précoces : coordination des bilans de santé et des dépistages à réaliser sur cette période (recommandations HAS).

Le parcours « santé des jeunes » considère donc cette période 0-6 ans comme prioritaire. Néanmoins, des fragilités successives sont présentes tout au long des périodes de développement de l'enfant : la période fœtale et le tout jeune âge sont considérés comme une « fenêtre de vulnérabilité » concernant les risques liés aux expositions aux polluants et toxiques. La période de la petite enfance et de l'enfance est celle du développement psycho-affectif, des apprentissages et de l'installation des comportements alimentaires et de sédentarité. A l'adolescence et chez le jeune adulte apparaissent d'autres risques liés aux relations aux proches, aux difficultés d'insertion, ou à des périodes de rupture (entrée en apprentissage, en université...).

Les jeunes ne constituent pas un groupe homogène, et ne sont pas exposés aux mêmes problématiques de santé selon leur situation sociale, et leur milieu de vie.

3. Développer les compétences des parents : soutien à la parentalité, notamment pour renforcer et valoriser la place et le rôle des parents et les accompagner dans des étapes vécues comme complexes.
4. Développer les compétences psycho-sociales des enfants dès la maternelle.
5. Promouvoir les interventions fondées sur les preuves, accompagner les expérimentations.

En déclinaison des orientations du cadre d'orientation stratégique du projet régional de santé et en particulier :

1. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
2. Renforcer en lien avec les autres porteurs de politiques la place de l'éducation à la santé, de la prévention et de la promotion de la santé publique.
3. Promouvoir un environnement favorable à la santé.
4. Renforcer la démocratie en santé.

À partir de constats nationaux, régionaux et infrarégionaux, les objectifs spécifiques pour contribuer à améliorer le parcours de santé des jeunes de 0 à 25 ans sont au nombre de 8 :

1. Sensibiliser à la nécessaire limitation de l'exposition aux polluants et aux toxiques pour la femme enceinte, les jeunes enfants, et les adolescents.
2. Améliorer dès la grossesse le suivi de la santé de la femme enceinte et du nouveau-né.
3. Contribuer à limiter l'impact sur la santé des violences faites aux enfants et aux adolescents.
4. Accompagner les parents et les enfants dès le plus jeune âge dans l'apprentissage des enjeux de santé et sur le recours au système de santé.
5. Viser à réduire le nombre de jeunes en surpoids ou en obésité et améliorer la prise en charge de l'obésité.
6. Améliorer la santé bucco-dentaire des jeunes.
7. Promouvoir le bien-être en santé mentale, dépister le plus précocement possible et réduire les comportements à risque, les consommations de substances psychoactives et les éventuelles comorbidités psychiatriques.
8. Participer à la promotion de la vie affective des jeunes et à l'amélioration de leur santé sexuelle.

Ces objectifs tiennent compte de l'ensemble des dimensions du parcours : de la promotion de la santé à la prévention, au repérage, à l'orientation et la prise en charge ; la complémentarité et l'innovation des organisations pour une meilleure articulation des acteurs nombreux à intervenir auprès des jeunes est un des leviers majeurs pour l'amélioration de ce parcours.

Parmi les leviers à mobiliser pour la coordination et la déclinaison territoriale de ce parcours, on peut citer :

la complémentarité et l'innovation des organisations pour une meilleure articulation des acteurs nombreux à intervenir auprès des jeunes ;
l'inscription des objectifs de ce parcours dans des projets territoriaux, sur la base des diagnostics locaux : contrats locaux et territoriaux de santé, ateliers santé ville, projets territoriaux et conseils locaux de santé mentale ;
l'association des jeunes à l'élaboration de projets de santé les concernant.

O1 ● SENSIBILISER À LA NÉCESSAIRE LIMITATION DE L'EXPOSITION AUX POLLUANTS ET AUX TOXIQUES POUR LA FEMME ENCEINTE, LES JEUNES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

L'incidence de certaines maladies chroniques chez les enfants a augmenté : asthme, obésité, allergies, diabète (probablement multiplié par 2 ou 3 en 20 ans), mélanome... Les causes de cette augmentation restent un sujet d'étude mais des expositions environnementales pourraient y contribuer.

Les enfants sont particulièrement sensibles aux expositions environnementales, notamment à certains âges du fait de leur :

comportement : déplacements et jeux aux sols, fréquentes mises à la bouche (mains, jouets, objets divers) ;

physiologie : rapporté à leur poids corporel, ils mangent, respirent, boivent plus qu'un adulte et leur système de défenses naturelles est moins développé que celui des adultes.

L'enfant est un organisme en croissance, et son développement peut être perturbé par son exposition à :

de multiples substances chimiques, aussi bien par inhalation que par ingestion ou absorption dermique, émis par de nombreux produits et objets du quotidien (matériaux de construction et de décoration, produits de bricolage et d'entretien, meubles, jouets, cosmétiques, combustion d'encens ou de bougies...) ;
des agents physiques : rayonnements solaires, bruit...

La nécessaire réglementation ne suffit pas toujours et il y a un réel enjeu à ce que :

la population puisse identifier et hiérarchiser les risques en santé environnement, pour faire ses

propres choix, notamment dans l'application du principe de précaution ;
 les professionnels de nombreux champs (santé, environnement, bâtiment, éducation, animation, jeunesse...) améliorent leurs connaissances sur les enjeux de la santé environnementale et puissent partager ;

les collectivités, les décideurs fassent des choix d'aménagement, d'implantation et de conception des établissements pour l'accueil des jeunes enfants ou des écoles en prenant en compte les enjeux de santé.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Sensibiliser et éduquer les enfants, les adolescents et les parents aux risques en santé environnementale : ventilation des espaces de vie, utilisation des produits d'entretien, des pesticides, exposition au soleil, risques liés à l'écoute de la musique amplifiée.*
- *Développer les compétences des professionnels en matière de santé environnementale : partage d'expériences sur les bonnes pratiques, actions locales d'éducation à la santé.*
- *Inciter les collectivités et les élus à prendre en compte les enjeux de santé environnementale dans leurs décisions, avec une attention particulière portée aux enfants et femmes enceintes : urbanisme favorable à la santé (espaces naturels près des écoles, aménagements favorables à l'activité physique).*

02 ● AMÉLIORER DES LA GROSSESSE, LE SUIVI DE LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Les inégalités sociales de santé se construisent avant la naissance de l'enfant, dès la grossesse. Les premiers mois et les premières années de sa vie sont ensuite déterminantes pour sa santé et son développement.

Si les données régionales sur le déroulement de la grossesse sont plutôt bonnes, il existe d'importantes disparités sociales et territoriales.

Trois points de vigilance ont été identifiés :

le suivi de la femme enceinte en situation de vulnérabilité (précarité et isolement notamment), à savoir le bon déroulement de la grossesse, et les examens de santé de son nouveau-né ;
 l'insuffisance des dépistages durant la grossesse (tabac, alcool, cannabis) et l'orientation vers une prise en charge adaptée ;
 l'accompagnement des parents en difficulté dans la période de la naissance et des premiers mois de vie du nouveau-né.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Améliorer le dépistage des situations de vulnérabilités physiques, sociale, des conduites addictives et des situations de violences pendant la grossesse, grâce notamment à l'entretien prénatal précoce.*
- *Contribuer à promouvoir les actions de soutien à la parentalité, notamment en encourageant l'attachement parents/enfants.*
- *Renforcer la prévention des risques liés aux grossesses multiples, en particulier la prématurité.*
- *Sensibiliser et apporter un appui aux médecins et sages-femmes libéraux et hospitaliers au repérage et à l'orientation vers les réponses de santé adaptées : de la dépression du post-partum, de la psychose puerpérale, des conduites addictives et des violences faites aux femmes.*
- *Renforcer l'orientation, voire l'accompagnement personnalisé des femmes enceintes et des nouveau-nés dès le début de la grossesse dans un parcours gradué selon le niveau de risque médical et psychosocial : soutien des actions probantes sur la prise en charge coordonnée des futures jeunes mères vulnérables, information sur les dispositifs d'aide et de soutien proposés à la sortie de la maternité, mise en place d'un suivi des hospitalisations des nouveaux nés de moins de 15 jours.*

03 ● CONTRIBUER À LIMITER L'IMPACT SUR LA SANTÉ DES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS

Les violences aux enfants (de la négligence, aux violences physiques, psychiques et sexuelles) impactent leur développement et ont des conséquences sur leur épanouissement et éventuellement leur santé à l'âge adulte.

Les circonstances du repérage d'une maltraitance sont diverses en lieux et personnes concernées, mais leur dépistage est souvent à charge des soignants et leur expertise assurée quasi exclusivement en milieu

hospitalier pédiatrique car le recours recommandé en urgence est l'hospitalisation. Les soignants de premier recours peuvent être accusés de ne pas avoir protégé l'enfant ; les lieux d'expertise sont actuellement insuffisamment organisés. Le juste soin requiert d'éviter à la fois la stigmatisation infondée des familles, et la méconnaissance de la menace chez l'enfant.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Contribuer à promouvoir une éducation sans violence et soutenir les familles dans l'exercice de leur parentalité : il s'agit de sensibiliser l'opinion publique sur les violences faites aux enfants et leur impact sur la santé, et en particulier les parents et professionnels de la petite enfance au syndrome du bébé secoué.*
- *Contribuer à soutenir les actions de lutte contre les discriminations de quelque nature qu'elles soient et les phénomènes de « bouc émissaire » dans les communautés éducatives, entre pairs et au sein de la famille.*
- *Renforcer par l'accompagnement à la formation initiale et continue des professionnels de santé le repérage précoce des violences faites aux enfants et aux aides qu'ils peuvent mobiliser.*
- *Organiser l'accueil et la coordination de la prise en charge hospitalière de la victimologie ou des violences à enfants, en s'appuyant sur un réseau de référents et de personnes relais organisé autour des CHU.*
- *Conforter ou favoriser le développement d'unités d'assistance à l'audition de l'enfant victime de violence.*

04 ● ACCOMPAGNER LES PARENTS ET LES ENFANTS DÈS LE PLUS JEUNE ÂGE DANS L'APPRENTISSAGE DES ENJEUX DE SANTÉ ET SUR LE RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Le début de la vie est déterminant non seulement pour le développement de l'enfant mais aussi pour la santé de l'adulte qu'il deviendra.

La responsabilité de la santé de l'enfant incombe d'abord à son entourage, et dès que sa maturité le lui permet, avant tout à lui-même.

Les enfants vivant dans des familles en situation de vulnérabilité psychosociale sont plus difficilement en mesure de s'investir dans ce processus.

Plus qu'un facteur de vulnérabilité en particulier, c'est l'accumulation de facteurs de risques socio-environnementaux, de conditions de vie et de revenus qui induisent des recours inégaux aux services de prévention et aux services de soins. Par ailleurs pour que ce recours puisse s'exercer dans de bonnes conditions, la prise en charge des enfants et des

adolescents nécessite des organisations et des compétences spécifiques.

Pour éviter de creuser et de reproduire des inégalités sociales de santé (ISS), il est nécessaire d'intervenir précocement, et d'adopter des stratégies d'universalisme proportionné, c'est-à-dire de services adaptés en nature et en intensité selon les besoins de chaque famille.

Sur cette période de la petite enfance, d'autres thèmes sont également à privilégier :

le repérage, l'orientation et la prise en charge précoces des troubles sensoriels, des troubles du langage et du comportement et autres problèmes de santé (dont le surpoids et l'obésité), essentiels pour réduire les conséquences possibles sur la qualité des apprentissages, sur la vie familiale, scolaire, sur la personnalité et l'avenir professionnel et social ;

l'éducation à la santé et l'information sur l'importance de la vaccination et sur le bon usage du système de soins ;

l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de la pédiatrie, au sein et en dehors des établissements de santé.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Permettre aux parents et leurs enfants d'être les principaux acteurs de leur santé dès la toute petite enfance : il s'agit notamment de développer, en lien avec les partenaires, les actions de soutien à la parentalité, de développement des compétences psycho-sociales, les actions locales de prévention, l'éducation à la santé sur le recours aux services de santé.*
- *Contribuer à promouvoir le développement des apprentissages des enfants et prévenir les retards : il s'agit d'éviter les retards dans les apprentissages liés à des facteurs sociaux ou de connaissance de la langue.*
- *Contribuer au soutien et à la coordination de l'ensemble des professionnels concernés pour assurer les repérages et les dépistages des problèmes de santé de l'enfant ; l'enfant (voir les recommandations de la haute autorité de santé destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de protection maternelle et infantile et médecins scolaires), dont les troubles visuels et auditifs.*
- *Sensibiliser les parents à leur vaccination et celle de leurs enfants.*

05 ● VISER À RÉDUIRE LE NOMBRE DE JEUNES EN SURPOIDS OU EN OBÉSITÉ ET AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

L'obésité est un des facteurs de risque majeurs pour un certain nombre de maladies chroniques, et peut avoir des impacts psychosociaux, notamment être source de mal-être et d'isolement social. Les problèmes débutent dès le jeune âge.

Pour limiter le risque d'obésité, il apparaît donc essentiel de prévenir au maximum l'installation de comportements sédentaires dès la petite enfance (2-5 ans), d'autant plus qu'ils tendent à se maintenir à l'enfance, puis à l'âge adulte. Les habitudes ali-

mentaires semblent jouer un rôle dans l'apparition de l'obésité chez les enfants.

Dans la région Auvergne- Rhône-Alpes, le taux d'enfants en surpoids et obésité semble moins élevé qu'en France. Il s'élève à 4 % dans l'Académie de Lyon et 2,6 % dans l'Académie de Grenoble. Toutefois, les différences entre écoles en zones d'éducation prioritaire et hors zones d'éducation prioritaire restent importantes. Le taux d'enfant en surpoids et obésité peut y passer du simple au double.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Inciter les acteurs en lien direct ou indirect avec la promotion d'une alimentation équilibrée et une activité physique pérenne à prendre en compte les enjeux de la réduction des inégalités sociales de santé dans la prévention du surpoids et de l'obésité.*
- *Promouvoir les actions locales de prévention du surpoids et de l'obésité qui permettent d'intervenir à la fois en direction des jeunes, de leurs parents et sur leur environnement dans une démarche d'universalisme proportionné.*
- *Favoriser le dépistage précoce du surpoids et de l'obésité et l'accès à une prise en charge pluridisciplinaire des enfants en ambulatoire sur tout le territoire.*
- *Organiser la filière de soins au niveau régional à partir des centres de soins spécialisés de l'obésité.*

06 ● AMÉLIORER LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES

Une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir, à plus ou moins long terme, des conséquences sur la santé générale de l'individu, par le risque d'infections, de douleurs chroniques ou de difficultés alimentaires, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce des atteintes dentaires. Chez l'enfant et le jeune, une mauvaise santé orale aura aussi des conséquences sur sa croissance staturale, sur son alimentation, sur l'apprentissage du langage parlé et aussi sur ses liens sociaux (enfants poly-cariés).

La santé buccodentaire est très liée à la fréquence de brossage des dents, aux pratiques alimentaires (consommation d'aliments sucrés, grignotages), et à l'accès aux soins dentaires. Il existe de fortes inégalités sociales concernant la santé buccodentaire : si 10,5 % des enfants en grande section de maternelle

ont des dents cariées non traitées, ce pourcentage s'élève à 23,6 % chez les enfants d'ouvriers et à 3,5 % chez les enfants de cadres.

En ex Rhône-Alpes, ces dernières années, environ 4,5 % des enfants scolarisés en grande section de maternelle présentaient au moins 2 dents cariées aussi bien dans l'Académie de Lyon que dans l'Académie de Grenoble. Au sein de l'Académie de Lyon, ce pourcentage varie de 11,2 % dans les écoles en Education prioritaire (EP) à 3,1 % dans les écoles hors EP sur l'année 2012-2013.

32 % des jeunes de 6-18 ans ont bénéficié du programme M't'dents ; ce taux chute à 14 % chez les jeunes domiciliés dans les quartiers en politique de la ville.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Soutenir les actions de prévention buccodentaire dès le plus jeune âge, en ciblant les publics à risque : il s'agit en particulier d'inscrire le brossage des dents comme une des priorités des équipes pédagogiques en maternelle, en lien avec le parcours éducatif de santé, de soutenir les actions de promotion de la santé dentaire et de dépistage dans les établissements scolaires des quartiers prioritaires.*
- *Renforcer l'offre de soins dentaires aux enfants : les actions devront permettre un meilleur recours au programme M't'dents, le développement de la prise en charge des soins dentaires sous anesthésie générale en milieu hospitalier pour les enfants poly-cariés, l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux et centres de santé dans les quartiers défavorisés.*

07 ● PROMOUVOIR LE BIEN-ÊTRE EN SANTÉ MENTALE, DÉPISTER LE PLUS PRÉCOCEMENT POSSIBLE ET RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS À RISQUES, LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LES ÉVENTUELLES COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

Les enfants sont immergés très tôt dans un environnement où le tabac, l'alcool, le cannabis et les écrans sont présents. La précocité des usages augmente le risque d'usage problématique ultérieur.

En 2014, en Auvergne Rhône Alpes :

33 % des jeunes âgés de 17 ans déclaraient fumer quotidiennement, soit autant que dans le reste du territoire ; l'expérience et l'usage dans le mois (usagers occasionnels et usagers quotidiens) apparaissent en revanche un peu plus répandus dans la région, différence fortement portée par les filles.

15 % des jeunes âgés de 17 ans sont des usagers réguliers d'alcool (12,2 % au plan national) et 25 % déclarent des alcoolisations ponctuelles importantes contre 21,8 % au plan national.

50 % des adolescents de notre région déclarent avoir consommé du cannabis au cours de leur vie contre

47,8 % au plan national. En population jeunes, la région Auvergne Rhône Alpes se caractérise par un regain significatif de l'usage régulier de cannabis à 17 ans entre 2011 et 2014.

Si les adolescents et les jeunes adultes français ont en grande majorité le sentiment d'être en bonne santé, certains d'entre eux ont des indicateurs de santé mentale dégradés : « le mal-être, la souffrance psychologique, l'anxiété, la solitude, quelle qu'en soit l'expression, sont observés chez plus de 10 % des adolescents comme des étudiants. Une proportion similaire connaît un épisode dépressif caractérisé entre 16 et 25 ans (elle est plus élevée chez les jeunes femmes). Seulement 30 % des collégiens se disent satisfaits de leur vie scolaire. Le nombre d'enfants ou d'adolescents suivis en psychiatrie infantile a progressé de 22 % entre 2007 et 2014, tandis que les délais d'attente s'allongent ».

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Renforcer les facteurs de protection et le dépistage précoce du mal-être des jeunes et des parents : il s'agit notamment de développer tant pour les jeunes que pour leurs familles la connaissance des mécanismes des conduites addictives, des conduites à risques et leurs conséquences tout en favorisant l'acquisition de compétences psycho-sociales. L'usage des stratégies de prévention numérique est à encourager.
- Optimiser le repérage et le dépistage précoce du mal-être des jeunes et des parents, en améliorant l'accès aux centres médico-psychologiques, en positionnant les maisons des adolescents comme de véritables lieux ressources de l'adolescence.
- Améliorer la prévention, la réduction des risques et des dommages, l'orientation et la prise en charge des jeunes ayant des conduites addictives et d'autres conduites à risques : il s'agit de poursuivre les programmes de prévention, de réduction des risques et des dommages et d'accès aux soins dans une logique de continuum, d'améliorer le repérage et l'orientation des jeunes ayant des consommations problématiques et de renforcer les implantations et les horaires d'ouverture des consultations jeunes consommateurs.

08 ● PARTICIPER À LA PROMOTION DE LA VIE AFFECTIVE DES JEUNES ET À L'AMÉLIORATION DE LEUR SANTÉ SEXUELLE

La nouvelle Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS 2017-2030) s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Elle se base sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité. Elle sera déclinée en région, en tenant compte des spécificités du territoire.

Si le taux de découverte VIH est stable, on constate une forte augmentation des IST : en région Auvergne Rhône Alpes, on constate un triplement du nombre de cas de syphilis en 2013, et un doublement des cas de gonococcies depuis 2012, et une progression des chlamydias. Les jeunes sont particulièrement concernés par cette progression.

Alors que l'âge du premier rapport sexuel est autour de 17 ans, l'âge des parents au premier enfant est autour des 30 ans. On assiste à un report du moment jugé opportun pour devenir parent. Pour beaucoup de jeunes, une grossesse non prévue devient une grossesse non-désirée. La couverture contraceptive des jeunes est importante, avec un taux de contraception des 15-25 ans proche de 90%. Les mauvaises gestions des relais et des différents modes contraceptifs peuvent être la cause de grossesses non désirées. Le taux de recours à l'IVG des femmes en âge de procréer en ARA est inférieur au taux national (13,1‰, versus 14,4‰ en France métropolitaine). Le plan régional d'accès à l'IVG devrait permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Contribuer à déployer l'éducation à la santé affective et la santé sexuelle dans l'ensemble des établissements éducatifs, en lien avec l'éducation nationale, et en direction des jeunes hors cursus scolaire : il s'agit d'inscrire l'éducation à la vie affective et la santé sexuelle dans le parcours éducatif de santé, en privilégiant une approche globale et positive visant notamment à prévenir les comportements de violence.*
- *Permettre aux jeunes d'accéder à une information fiable sur la santé sexuelle et la contraception : les stratégies de prévention numériques sont à encourager, ainsi que les techniques de communication de type marketing social.*
- *Renforcer le dépistage des infections sexuellement transmissibles dont le VIH.*
- *Maintenir un haut niveau de couverture contraceptive et diversifier les modes de contraception.*
- *Améliorer la prise en charge médicale des infections sexuellement transmissibles, notamment avec le test rapide à orientation diagnostique.*

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



Un parcours de santé tourné vers l'inclusion en milieu ordinaire et l'accès au droit commun

Le parcours de vie d'une partie des personnes en situation de handicap est marqué par des situations de rupture. De la découverte de la (ou des) déficiences à la mise en place de

l'accompagnement, en passant par le diagnostic ; la mobilisation des ressources et l'organisation des réponses ne s'effectuent pas toujours au bon moment et par les bons professionnels. Ces défaillances accentuent le handicap, multiplient les situations critiques ou complexes et participent de l'exclusion des personnes et de leurs familles.

C'est pourquoi l'évolution récente de la politique du handicap ; impulsée par les réunions des Conférences nationales du handicap repose sur l'ambition de « changer durablement de regard et de méthode pour accompagner l'autonomie des personnes concernées, renforcer leur citoyenneté, par leur liberté et leur émancipation, bénéficier de tous leurs talents en rendant la société plus accueillante et plus inclusive ».

Plus avant, le rapport de Juin 2014, « Zéro sans solution – Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », proposait d'engager une profonde mutation de la conception et de la mise en œuvre de la politique publique du handicap pour construire avec les personnes et leurs familles des réponses à leurs besoins.

La feuille de route « Une réponse accompagnée pour tous », qui met en œuvre les préconisations du rapport, constitue un changement de paradigme dans l'approche de la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap et de leur mode d'accompagnement, notamment à travers la responsabilisation de l'ensemble des acteurs, permettant à la personne concernée de bénéficier d'une réponse globale, évolutive et accompagnée dans le temps. De surcroît, « la réponse doit s'adresser à la personne là où elle est, c'est-à-dire en priorité dans son environnement de vie ordinaire ».

Les travaux de l'ARS se sont donc inscrits dans les préconisations de la fiche annexe à l'instruction n° 2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé, en application de la Loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé ; traitant la thématique « une réponse accompagnée pour tous ».

Cette instruction précise que « les priorités du Projet régional de santé (PRS) pour les Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) doivent être retenues au regard de l'objectif de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » qui vise à ne pas laisser les personnes seules face à leurs difficultés à trouver un accompagnement médico-social quel que soit leur handicap, la complexité ou la gravité de leur situation. Cet objectif ne peut pas être atteint sans une réelle coordination des acteurs et sans réussir la transformation de l'offre en passant d'une logique de places à une logique de réponses dans le cadre de pratiques inclusives.

L'enjeu est de parvenir à une meilleure coordination des réponses disponibles sur le territoire et à faire évoluer l'offre médico-sociale pour des réponses plus souples et plus inclusives ».

Pour cela, 9 objectifs spécifiques ont été retenus

1. Mettre en place une politique de prévention en faveur des personnes en situation de handicap.
2. Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.
3. Améliorer le repérage, le dépistage et le diagnostic des troubles du développement et favoriser une plus grande précocité des accompagnements.
4. Favoriser la scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap.
5. Favoriser l'accès à une qualification et à l'emploi, assurer le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap.
6. Favoriser l'accès à l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap.
7. Renforcer l'offre d'accueil et d'accompagnement spécialisée aux handicaps nécessitant un étayage renforcé.
8. Accompagner l'avancée en âge des personnes en situation de handicap.
9. Adapter les modes d'intervention aux évolutions des besoins des personnes en situation de handicap.

O1 ● METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'ARS souhaite mettre en place des mesures visant à éviter ou, à minima, réduire les conséquences invalidantes du handicap ou de la maladie chronique. Il

s'agit d'éviter les sur handicaps, ou les handicaps et pathologies associés.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Développer une stratégie de promotion de l'activité physique dans les établissements médico-sociaux.
- Développer le lien entre les structures de santé (établissements de soins, services de soins et de réadaptation (SSR), professionnels de santé libéraux..) et le monde de l'activité physique et du sport par la poursuite du développement de dispositifs type « plateformes sport-santé », destinés aux personnes en situation de handicap vivant à domicile, sur tout le territoire.
- Inciter les établissements et services médico-sociaux à développer des actions d'information et d'éducation à la santé, notamment en matière d'addictions et de sexualité.
- Améliorer l'accès au dépistage organisé des cancers en sensibilisant les établissements et services médico-sociaux (y compris ceux intervenant au domicile) et les personnes elles-mêmes.
- Poursuivre la promotion de la santé bucco-dentaire dans les établissements médico-sociaux.

O2 ● FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les personnes en situation de handicap doivent faire face à des difficultés d'accès aux soins somatiques, notamment en raison de la nécessaire approche spécifique de ces patients. Il apparaît plus que nécessaire que la spécificité des personnes en situation de handicap soit prise en compte par les soignants.

Il s'agira donc de faciliter l'accueil des personnes en situation de handicap dans les structures de droit commun (établissements de santé, y compris psychiatriques, et secteur sanitaire ambulatoire).

La structuration de la prise en charge somatique des personnes en situation de handicap par le développement de consultations spécialisées (type Handiconsult) est un second objectif que se fixe l'ARS.

Enfin, l'Agence entend inciter l'articulation entre les établissements / services médico-sociaux et les dispositifs mobiles de soins. En effet, les ESMS doivent utiliser les dispositifs mobiles de soins et ces derniers doivent intervenir dans les ESMS.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Faciliter l'accueil des personnes en situation de handicap dans les structures de droit commun (établissement de santé et secteur sanitaire ambulatoire), y compris de la psychiatrie.
- Structurer la prise en charge somatique des personnes en situation de handicap par le développement de consultations spécialisées (type Handiconsult).
- Inciter l'articulation entre les établissements / services médico-sociaux et les dispositifs mobiles de soins.

03 ● AMÉLIORER LE REPÉRAGE, LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DES TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT ET FAVORISER UNE PLUS GRANDE PRÉCOCITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS

Les professionnels de la petite enfance (structures d'accueil du jeune enfant, assistantes maternelles) ont un rôle à jouer dans le repérage précoce d'éventuels troubles. Mais il existe une problématique prégnante de méconnaissance du handicap et de formation à l'annonce d'une difficulté. Il est par ailleurs fait constat de difficultés dans la réalisation de la mission de bilan à 3/4 ans pour les services de Protection maternelle et infantile (PMI) et à 5/6 ans pour la médecine scolaire. De la même manière, peu de tests de dépistage sont réalisés en consultations libérales.

De plus, il existe des listes d'attente assez importantes pour un accès au diagnostic en libéral et en structures (de niveau 2 spécialisé surtout) en raison d'un manque de ressources.

En effet, des difficultés d'accès aux Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et Centre Médico Psycho Pédagogiques (CMPP) sont observées en raison du déficit de places et d'inégalités territoriales car les structures existantes ne couvrent pas l'ensemble du territoire régional. Les centres ressources de niveau 3 (diagnostics complexes) : Centre Régional des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA), Centre de Ressources Autisme (CRA), polyhandicap et Déficience Intellectuelle (DI) sont également embolés, du fait d'une structuration insuffisante des niveaux 1 et 2. Par exemple, les Centres Médico Psychologiques (CMP) sont faiblement mobilisés sur le diagnostic des troubles du neuro-développement et de même pour les CMPP sur les troubles des apprentissages.

Le défaut d'accompagnement précoce du handicap après l'annonce de celui-ci demeure problématique :

offre insuffisante en structures d'accompagnement précoce (CAMSP, CMPP et CMP), mais également la méconnaissance de l'existence de ces structures pour les acteurs extérieurs au handicap.

En matière de polyhandicap, il y a un manque important de médecins MPR (médecine physique et de réadaptation) tant dans les établissements et services médico-sociaux que dans le secteur sanitaire, ce qui renvoie à des inégalités territoriales en raison de la démographie médicale. Plus globalement, il existe un manque de souplesse dans la coordination des accompagnements médico-sociaux et de rééducation en libéral.

Enfin, il est à noter la faible mobilisation des CAMSP et CMPP respectivement sur les tranches d'âge 0-3 ans et 0-6 ans.

Pour répondre à ces enjeux, l'ARS souhaite sensibiliser et outiller les professionnels de santé libéraux et institutionnels (protection maternelle et infantile (PMI), aide sociale à l'enfance (ASE), santé scolaire...) au repérage et au dépistage des situations de handicap (dont troubles du neuro-développement) en s'appuyant sur les centres experts ou de ressources (niveau 3).

Il sera également opportun de structurer les 3 niveaux de diagnostics :

Niveau 1 > dépistage par tout professionnel médical ou paramédical.

Niveau 2 > avis spécialisé.

Niveau 3 > expertise sur des situations complexes avec risque de rupture.

Un autre objectif important sera de renforcer la précocité des accompagnements.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Sensibiliser et outiller les professionnels de santé libéraux et institutionnels (PMI, ASE, santé scolaire...) au repérage et au dépistage des situations de handicap (dont troubles du neuro-développement) en s'appuyant sur les centres experts ou de ressources (niveau 3).*
- *Structurer les 3 niveaux de diagnostics.*
- *Renforcer la précocité des accompagnements.*

04 ● FAVORISER LA SCOLARISATION EN MILIEU ORDINAIRE DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Les enfants en situation de handicap sont confrontés à des difficultés d'accès au droit commun en matière de scolarisation (en milieu ordinaire). Or, il a été démontré que la scolarisation en milieu ordinaire favorisait davantage l'accès à une qualification, à l'inclusion sociale et professionnelle des personnes

en situation de handicap, que la scolarisation en milieu spécialisé. Il y a ainsi une perte de chances par rapport au niveau de qualification en cas de scolarisation inadaptée ou quantitativement insuffisante.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Multiplier les possibilités d'accueil en milieu ordinaire, notamment en favorisant l'externalisation des unités d'enseignement des établissements et services médico-sociaux sur le territoire régional.
- Prévenir les ruptures de scolarisation par une plus grande coopération entre les professionnels des établissements scolaires et les professionnels médico-sociaux.
- Adapter et développer l'offre de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) (accessibilité et adaptation des réponses aux besoins).
- Soutenir la scolarité des jeunes présentant des problématiques psychologiques générant des difficultés d'apprentissage, en accompagnant l'évolution des ITEP vers un fonctionnement en « dispositif intégré ».
- Identifier et diffuser les bonnes pratiques (actions ou coopérations) en matière de scolarisation, notamment innovantes ou s'appuyant sur les ressources numériques.

05 ● FAVORISER L'ACCÈS À UNE QUALIFICATION ET À L'EMPLOI ET ASSURER LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Le parcours des personnes en situation de handicap est empreint de difficultés d'accès à la formation qualifiante, à la préprofessionnalisation et à l'emploi. Il est ainsi fait le constat d'une forte réticence du milieu ordinaire par rapport à la productivité des personnes en situation de handicap, mais aussi d'une absence de relais du secteur médico-social vers les entreprises ordinaires en cas de dégradation

de la situation de la personne. De plus, les personnes en situation de handicap travaillant en milieu ordinaire ne peuvent pas retourner en Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) en cas de besoin. Ce manque de fluidité entre le milieu ordinaire et le milieu protégé entraîne des ruptures dans le parcours des personnes en situation de handicap.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Renforcer le rôle des ESAT dans l'accès à l'emploi en milieu ordinaire.
- Déployer les dispositifs d'emploi accompagné.
- Améliorer l'accès aux formations professionnelles des jeunes en situation de handicap.
- Mobiliser les établissements et services médico-sociaux dans la construction des projets professionnels des jeunes de 16 à 25 ans.
- Favoriser la contribution des centres de réadaptation professionnelle (CRP) à l'accès à l'emploi des jeunes relevant de l'amendement CRETON et des lycéens en situation de handicap, en rupture scolaire.

06 ● FAVORISER L'ACCÈS À L'HABITAT INCLUSIF POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Le dispositif historique d'accompagnement des personnes en situation de handicap, structuré entre le maintien à domicile et l'hébergement en institution, ne permet pas à ces personnes de choisir leur habitat. L'offre de logements adaptés et inclusifs n'est pas très développée, il y a donc des difficultés d'accès au droit commun en matière de logement.

L'objectif principal est donc d'expérimenter, modéliser et déployer des formes d'habitat inclusif. Le second objectif vise à articuler de manière étroite l'étayage sanitaire et/ ou médico-social et le bénéfice et du maintien dans l'habitat choisi.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Participer aux expérimentations, modélisations et déploiements des formes d'habitat inclusif.*
- *Favoriser l'étayage sanitaire et / ou médico-social en faveur de l'habitat inclusif.*

07 ● RENFORCER L'OFFRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT SPÉCIALISÉE AUX HANDICAPS NECESSITANT UN ETAYAGE RENFORCÉ

Si une approche plus inclusive du handicap va de pair avec un processus de désinstitutionnalisation, les institutions médico-sociales ont vocation à répondre aux besoins des personnes nécessitant un accompagnement continu et un recours à des techniques spécialisées.

Les personnes concernées sont celles dont l'évaluation des besoins conduit à une orientation en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et en maison d'accueil spécialisé (MAS). Le développement de cette offre institutionnelle connaît également des enjeux d'évolution et doit également gagner en modulation, en souplesse et s'inscrire dans une

gradation de son organisation. C'est ainsi que le parcours de vie des personnes polyhandicapées peut également reposer sur le développement, en proximité, de réponses modulaires, coopératives, évolutives qui tiennent compte du souhait d'un maintien à domicile.

L'objectif quantitatif de développement de l'offre de FAM et de MAS doit également intégrer une charge en soins techniques croissante et une sollicitation plus importante en qualité d'aval des établissements de santé qui appellent un étayage sanitaire renforcé reposant sur la coopération des acteurs et l'hospitalisation à domicile.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Développer l'offre d'accueil en FAM et en MAS.*
- *Adapter l'étayage sanitaire.*
- *Favoriser le parcours de vie des personnes polyhandicapées par le développement, en proximité, de réponses modulaires, coopératives, évolutives.*
- *Renforcer le soutien à domicile des personnes en situation de polyhandicap et développer une offre de répit adaptée.*

08 ● ACCOMPAGNER L'AVANCÉE EN ÂGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Le vieillissement, ou plutôt l'avancée en âge de la personne en situation de handicap entraîne l'apparition et / ou l'aggravation des problèmes de santé,

avec une croissance des besoins médicaux, une fatigabilité importante et une perte progressive d'autonomie.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Prévenir l'impact de la perte d'autonomie (vieillesse) sur la déficience et créer une offre de prévention et d'accès aux soins pour les personnes à domicile et en établissement.*
- *Renforcer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en établissement relevant du secteur du handicap ou du secteur des personnes âgées.*

09 ● ADAPTER LES MODES D'INTERVENTION AUX ÉVOLUTIONS DES BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La politique en faveur des personnes en situation de handicap est en profonde mutation. Il est attendu des acteurs œuvrant dans ce domaine qu'ils repensent leurs modes d'intervention.

En premier lieu, il s'agit de promouvoir l'approche par les besoins de la personne et les réponses diversifiées et modulaires correspondant aux attentes renouvelées et inclusives des personnes en situation du handicap.

Il importe également de réunir les conditions favorables au déploiement du dispositif "réponse accompagnée pour tous".

L'accompagnement et le soutien de l'évolution des pratiques professionnelles par la formation et avec l'appui, notamment, des ressources régionales organisées en méta réseau (réseau des réseaux) seront indispensables.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Promouvoir l'approche par les besoins de la personne et les réponses diversifiées et modulaires.*
- *Réunir les conditions favorables au déploiement du dispositif « réponse accompagnée pour tous ».*
- *Accompagner et soutenir l'évolution des pratiques professionnelles par la formation et avec l'appui des ressources régionales organisées en méta réseau (réseau des réseaux).*

LES PATIENTS SOUFFRANT DE PATHOLOGIES CHRONIQUES



Le périmètre des maladies chroniques est très large, il comprend entre quatre à dix pathologies selon les acteurs institutionnels impliqués (OMS, ministère de la santé, assurance maladie) et ce, à partir de 50 ans.

Considérant les indicateurs épidémiologiques utilisés dans le diagnostic du SRS (prévalence, incidence et mortalité), et le coût de dépenses de santé mis en évidence dans le rapport de l'Assurance maladie des charges et produits¹, les maladies chroniques prioritaires à traiter dans le schéma régional de santé sont les maladies cardio-neuro-vasculaires, le cancer, le diabète-obésité, les maladies respiratoires chroniques-asthme, les maladies neuro dégénératives, et la santé mentale.

La santé mentale, du fait de ses enjeux, est traitée dans un volet spécifique de ce premier chapitre sous l'angle approche populationnelle.

Les pathologies rhumatologiques du fait de leur fort taux de progression en termes d'incidence, ainsi que les maladies respiratoires chroniques-asthme, mériteront un diagnostic plus poussé à l'échelle du SRS et pourront faire l'objet d'un plan d'actions dans le prochain SRS.

C'est dans un souci de rationalisation, que les maladies chroniques, objet d'un plan ou d'un programme national en cours, ne seront pas déclinées en objectifs spécifiques dans le SRS. Il s'agit notamment : des maladies neurodégénératives, du VIH et des IST qui sont portés par la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, du plan hépatite prolongé officiellement par un comité national de suivi de la mise en œuvre des recommandations hépatites, du 4^e plan autisme.



Important

Comme pour les autres plans et programmes nationaux, le Plan cancer 2014-2019 ne fait pas l'objet d'une reprise dans le PRS car sa déclinaison sous

forme d'un programme régional existe par ailleurs depuis 2015 et fait l'objet d'un suivi annuel.

Pour mémoire, ce plan se décline en 17 objectifs opérationnels. Ceux plus particulièrement portés en région Auvergne-Rhône-Alpes visent à :

Favoriser des diagnostics plus précoces notamment en faisant reculer les inégalités d'accès et de recours au dépistage.

Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge en réduisant, dès le diagnostic, les délais qui génèrent des pertes de chance, en garantissant aux malades une prise en charge adaptée, en améliorant la coordination et entre acteurs et les échanges d'informations entre professionnels.

Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques (utilisation des chimiothérapies orales, chirurgie ambulatoire, radiologie interventionnelle, équipements de radiothérapie).

Assurer des prises en charge globales et personnalisées en fluidifiant et en adaptant les parcours de santé – dont font partie les soins de support –, en facilitant la vie à domicile ou en offrant des hébergements adaptés (à titre d'exemple les lits halte soins et santé ou les lits d'accueil médicalisés), en développant l'éducation thérapeutique du patient-ETP.

Réduire les risques de séquelles et de second cancer notamment en promouvant l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.

Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer notamment en développant, tout au long de la vie, les actions de prévention et promotion de la santé sur les thèmes nutrition, activité physique et addictions.

Pour autant, certains volets du SRS sont en lien avec leur mise en œuvre : le paragraphe « Parcours de santé des malades chroniques en général » au sein de la partie 1, les leviers « Développer les outils d'appui et de coordination en réponse aux besoins des acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé » et « Stratégie régionale de développement des systèmes d'information en santé » de la partie 2, les paragraphes « Structure régionale de dépistage du cancer » et « Offre par activités de soins – traitement du cancer » de la partie 3. Il est entendu que tous les objectifs améliorant la coordination entre les différents acteurs du parcours de santé, quelques soient les pathologies retenues, auront une action sur l'ensemble des maladies chroniques.

¹ Les dépenses liées aux pathologies et traitements chroniques représentent plus de 60 % de la dépense de l'assurance maladie concernent 35 % de la population (soit près de 20 millions de personnes pour le régime général).

Le parcours de santé des malades chroniques en général

Au sein des parcours de soins, le rôle du médecin traitant tient une place prépondérante et centrale. Il se doit d'assurer notamment l'organisation d'une prise en charge globale, l'orientation du patient et la coordination des interventions réalisées au bénéfice de ce dernier.

Ainsi, les enjeux de coordination des professionnels de santé sont plus manifestes pour les patients en situation de chronicité (dépendants ou atteints de pathologies chroniques) car ceux-ci nécessitent l'intervention de nombreux acteurs et la mise en œuvre de protocoles de coopérations et de délégations de tâches entre les professionnels de santé. Pour faire face à ce besoin toujours plus prégnant de coordination, les pouvoirs publics ont multiplié les structures de coordination destinées à appuyer les acteurs du premiers recours, médecin généraliste en tête.

Toutefois, ce développement tous azimuts a conduit à une organisation segmentée de la coordination de proximité (par pathologie ou par public), manquant de transversalité. Une lacune qui ajoute de la complexité pour les usagers comme pour les professionnels de premier recours.

Les comportements comme le tabagisme, l'alimentation et le mode de vie (notamment la sédentarité et le manque d'activité physique) ont une forte incidence sur l'apparition des maladies chroniques les plus fréquentes.

La prévention et la promotion de la santé, agissant sur des déterminants de santé communs et les facteurs de risque des maladies neuro-cardio-vasculaires et cancers représentent un enjeu fort. La prévention primaire, dont la cible principale est les

jeunes, sera traitée dans le parcours de santé des jeunes.

« Selon les données de l'OMS, si tous les Français faisaient 30 minutes d'activité physique 5 fois par semaine, arrêtaient de fumer et avaient une alimentation équilibrée, on pourrait prévenir en France 80 à 85 % des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux, les 15 % restants sont dus soit à des malformations congénitales, soit à des anomalies génétiques. Et l'activité physique seule pourrait en prévenir 30 % ».

La politique française de prévention repose essentiellement sur la prévention des conduites à risque en tentant d'infléchir les comportements individuels : alcool, tabac, prises de risque (routier, sexuel...). Or, ces politiques ont un impact très différencié selon les catégories sociales. Les inégalités s'accroissent d'autant plus que les personnes les plus défavorisées socialement ont les comportements individuels les moins favorables à la santé.

Un autre enjeu est de dépister les facteurs de risque des maladies chroniques comme l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle et le diabète, de diminuer les récives et de diminuer leur morbidité-mortalité d'où des objectifs ciblés sur des actions de prévention secondaire et tertiaire.

Enfin, il est essentiel de permettre au patient de devenir un véritable partenaire de son projet de santé en améliorant sa compréhension et son implication avec des méthodes ayant faits leur preuve ou à évaluer comme l'éducation thérapeutique, le compagnonnage par des pairs, la télésurveillance et etc.

Au regard de ces enjeux, 5 objectifs prioritaires seront poursuivis

1. Renforcer la prévention secondaire et tertiaire en lien avec les professionnels de santé de ville et les associations de patients malades chroniques.
2. Accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapeutique non médicamenteuse pour les porteurs de maladies chroniques.
3. Réduire les consommations à risques (tabac, alcool) chez les malades chroniques en intégrant le repérage des conduites addictives dans leur parcours de soins.
4. Encourager les malades chroniques à être acteurs de leur santé.
5. Améliorer la coordination des soins et la transversalité des prises en charge afin de faciliter le virage ambulatoire.

01 ● RENFORCER LA PRÉVENTION SECONDAIRE ET TERTIAIRE EN LIEN AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE VILLE ET LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS MALADES CHRONIQUES

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Relayer les campagnes nationales de prévention secondaires ou tertiaires auprès des structures d'exercice regroupé et les réseaux de santé.
- Développer des actions de dépistage des facteurs de risques des pathologies chroniques (HTA, fibrillation auriculaire, hyperglycémie, IRC).
- Faciliter les actions de prévention et d'éducation thérapeutique dans les structures d'exercice regroupé de ville en accompagnant le déploiement du programme Asalée (protocole de coopération et de délégation de tâches) entre professionnels de santé du premier recours en charge des malades chroniques.

02 ● ACCROÎTRE LE RECOURS AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES COMME THÉRAPEUTIQUE NON MÉDICAMENTEUSE POUR LES PORTEURS DE MALADIES CHRONIQUES

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Participer, aux côtés de la direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, à l'amélioration de la couverture territoriale des dispositifs d'accompagnement vers l'activité physique par la création de structures dans les départements et le renforcement de certaines antennes départementales.
- Améliorer le lien entre les acteurs de la santé et de l'activité physique en développant la co-gouvernance des dispositifs d'accompagnement vers l'activité physique.
- Augmenter l'adhésion des patients maladies chroniques à une activité physique adaptée (APA) par intégration d'une information sur ces structures dans les programmes d'Education thérapeutique du patient (ETP).

03 ● RÉDUIRE LES CONSOMMATIONS À RISQUES (TABAC, ALCOOL) CHEZ LES MALADES CHRONIQUES EN INTÉGRANT LE REPÉRAGE DES CONDUITES ADDICTIVES DANS LEUR PARCOURS DE SANTE

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Renforcer le recours à l'Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) pour les patients malades chroniques repérés et hospitalisés.
- Poursuivre la création des Equipes de Soins en Addictologie.
- Former les professionnels de santé du 1^{er} recours au repérage précoce et intervention brève (RPIB).
- Améliorer la lisibilité de l'offre addictologie sanitaire et médico-sociale pour les professionnels de santé et les malades chroniques.

04 ● ENCOURAGER LES MALADES CHRONIQUES À ÊTRE ACTEURS DE LEUR SANTÉ

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Développer une organisation de l'offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP) de proximité dans les structures de ville en prenant en compte le temps de structuration du projet et de formation des professionnels.
- Assurer un suivi de l'accès à l'ETP sur l'ensemble de la région, pour identifier les éventuelles inégalités d'accès.
- Améliorer la lisibilité de l'offre de programmes d'ETP autorisés par l'ARS, pour les professionnels de santé et les patients.
- Conforter les unités transversales d'éducation du patient dans leur rôle d'appui méthodologique pour les programmes autorisés ou émergents et de formation à l'ETP.
- S'appuyer sur le compagnonnage des patients pour informer et éduquer le patient (patients experts...) dès l'annonce de la maladie chronique par le médecin traitant ou spécialiste en rendant cette offre lisible par les professionnels de santé.
- Favoriser les actions de télésurveillance des maladies chroniques.

05 ● AMÉLIORER LA COORDINATION DES SOINS ET LA TRANSVERSALITÉ DES PRISES EN CHARGE AFIN DE FACILITER LE VIRAGE AMBULATOIRE

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Augmenter le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) en établissements médico-sociaux pour les malades chroniques en particulier sur l'ex-région Rhône-Alpes.
- Poursuivre et évaluer l'expérimentation des équipes mobiles SSR polyvalentes, formant et conseillant les équipes de soins des établissements médico-sociaux et du domicile, au bénéfice des malades chroniques nécessitant une rééducation lourde (AVC...).
- Permettre aux professionnels de santé de la rééducation de ville (kinésithérapeutes, orthophonistes...) ou aux malades chroniques à domicile d'accéder aux plateformes techniques des SSR.
- Accompagner le déploiement et la duplication des protocoles de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé en charge des malades chroniques, dès lors que la Haute Autorité de Santé à vérifier qu'ils apportent une garantie de qualité et sécurité des soins aux patients.
- Développer l'accès aux consultations de recours ou d'expertise sur les maladies chroniques, pour les professionnels de santé du médicosocial et de ville, en utilisant les outils de la télémédecine ou d'autres modalités organisationnelles.
- Améliorer la lisibilité à l'offre en santé pour les professionnels de santé et les usagers en l'inscrivant dans le répertoire opérationnel des ressources.
- Développer l'usage de la messagerie sécurisée de santé afin qu'à la sortie du malade, les professionnels de santé de ville en charge du patient soient au courant du protocole de soins envisagé (kiné, orthophoniste, psy...).
- Soutenir les professionnels de santé dans la mise en place d'espace de coordination des parcours de patients complexes.

Des améliorations portant sur des parcours spécifiques

Accident vasculaire cérébral (AVC)

L'AVC est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer (30 % des démences sont entièrement ou en partie dues à des AVC) et la troisième cause de mortalité.

La rapidité du diagnostic, de la prise en charge en UNV et de la rééducation permettront de diminuer les complications et le handicap de cette maladie.

Pour améliorer le parcours du patient AVC, un certain nombre des dispositifs ont été progressivement mis en place.

La structuration de la filière pré-hospitalière par les réseaux des urgences de la région et le développement plus récent de la thrombolyse par télé-expertise dans les structures d'urgence permettent d'obtenir un taux régional de thrombolyse important de 12 % et de thrombectomie de 4 % en 2016. Le bon taux régional, cache néanmoins des inégalités territoriales qu'il faudra réduire au cours de ce SRS.

Neuf filières territoriales AVC pilotées par des animateurs se sont construites progressivement depuis 2011, une seule se situe en ex-Auvergne. Les filières se conçoivent du début de la maladie (au domicile) au retour du patient dans son lieu de vie, ainsi que de son suivi en tant que maladie chronique. Elles ont pour mission l'amélioration de l'articulation de la prise en charge à tous les niveaux du parcours. Elles contribuent à adapter le plan national AVC, aux

réalités de terrain, en repérant les dysfonctionnement et en essayant de les résoudre, en lien avec l'ARS (réfèrent régional et directions territoriales de l'ARS). L'impact de cette organisation n'est pas mesurable compte tenu de son caractère encore récent.

Sept équipes mobiles SSR départementales ont été déployées, à titre expérimental, à partir de 2016, avec pour mission d'accompagner par des conseils et des formations les professionnels de santé dans les structures médico-sociales ou au domicile. Ce dispositif est réservé aux prises en charge des patients les plus lourds ou des « perdus de vue ».

Un maillage de consultation post AVC multidisciplinaire a été mise en place en 2016, 15 consultations post AVC situées dans les unités neuro vasculaires et 14 consultations post AVC en SSR réparties sur neuf des douze départements de la région.

Des points de rupture ou dysfonctionnement ont été constatés à la sortie du patient de l'hôpital en particulier pour les patients complexes quand il s'agit de partir en SSR, ou en EHPAD avec notamment un faible volume d'AVC pris en charge par l'HAD (172 situations en HAD en 2016 pour 13.700 séjours AVC).

Le retour à domicile pose également la question de la prise en charge rééducative et psycho-cognitive, ainsi que de l'éducation thérapeutique.

Au regard de ces enjeux, 4 objectifs prioritaires seront poursuivis

1. Améliorer la coordination des acteurs du parcours AVC.
2. Réduire les délais de prise en charge de l'AVC pour augmenter le recours à la thrombolyse et/ou à la thrombectomie afin de réduire les séquelles de la maladie.
3. Augmenter le nombre de patients admis dans une Unité neuro-vasculaire (UNV).
4. Améliorer la prise en charge multidisciplinaire des patients après la phase aigüe de l'AVC.

01 ● AMÉLIORER LA COORDINATION DES ACTEURS DE SANTÉ DU PARCOURS AVC

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Poursuivre le développement des filières territoriales AVC.
- Mettre en commun les données des réseaux des urgences et des filières territoriales AVC.

02 ● RÉDUIRE LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE DE L'AVC POUR AUGMENTER LE RECOURS A LA THROMBOLYSE ET/OU A LA THROMBECTOMIE AFIN DE REDUIRE LES SÉQUELLES DE LA MALADIE

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Développer le recours au centre 15 chez la population générale en cas de suspicion d'AVC en promouvant des campagnes d'information évaluables prônant l'appel au centre 15 par les usagers dès les premiers symptômes.
- Etendre la dynamique de réseau des urgences à l'ex région Auvergne.
- Améliorer l'accès rapide à l'imagerie des patients suspects d'AVC.
- Augmenter l'accès à la thrombolyse via la télé-médecine en phase aigüe.
- Renforcer l'accès à la thrombectomie par le développement de deux nouveaux centres (Zone « Drôme-Ardèche » et zone « Haute-Savoie »).

03 ● AUGMENTER LE NOMBRE DE PATIENTS ADMIS DANS UNE UNITÉ NEURO-VASCULAIRE (UNV)

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Finaliser le maillage territorial des UNV.
- Poursuivre l'augmentation des capacités des UNV existantes essentiellement dans les CHU.

04 ● AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DES PATIENTS APRÈS LA PHASE AIGÛE DE L'AVC

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Optimiser la couverture territoriale des consultations multidisciplinaires post AVC en privilégiant des consultations avancées.
- Poursuivre et évaluer l'expérimentation des équipes mobiles SSR polyvalentes, formant et conseillant les équipes de soins des établissements médico-sociaux et du domicile, au bénéfice des malades chroniques nécessitant une rééducation lourde comme l'AVC...

Obésité adulte

L'obésité est un des facteurs de risque majeurs pour un certain nombre de maladies chroniques. Elle s'accompagne d'un risque augmenté de maladie cardiovasculaire de facteur 12, de certains cancers multipliés par 4 et d'un sur-risque de diabète de type 2, de pathologies rénales, de pathologies hépatiques et de pathologies respiratoires (apnée notamment). Le sur-risque de mortalité existe dès le surpoids.

L'obésité est aussi une maladie chronique à part entière avec ses stratégies de prévention, ses dépistages et ses traitements.

Suite à une circulaire ministérielle de juillet 2011, les ARS ont identifié des centres spécialisés de l'obésité (CSO). Leurs missions sont :

d'organiser la filière de prise en charge dans chaque région, rendre l'offre plus lisible pour les patients comme pour les professionnels et faciliter la diffusion des compétences sur le territoire ;

de prendre en charge l'obésité sévère et promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire.

En Auvergne-Rhône-Alpes, 4 CSO ont été identifiés : les HCL et la clinique de la Sauvegarde (69), le CHU de Grenoble (38) et le CHU de Clermont-Ferrand (63). Les HCL sont aussi centre intégré de l'obésité (CIO) du fait qu'ils développent en sus une mission d'enseignement, de recherche et de formation.

Dans le cadre de la pertinence des soins, une attention particulière doit être portée aux conditions de réalisation de la chirurgie bariatrique devant respecter les recommandations de l'HAS. Le taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants montre un taux plus élevé que la moyenne nationale (72) dans deux départements de la région : la Drôme (proche de 100) et le Rhône (autour de 80) (données PMSI 2014)².

Au regard de ces enjeux, 2 objectifs prioritaires seront poursuivis

1. Soutenir les actions visant à prévenir l'obésité chez les adultes.
2. Poursuivre la structuration d'une filière de prise en charge de l'adulte obèse.

01 ● SOUTENIR LES ACTIONS VISANT À PRÉVENIR L'OBÉSITÉ CHEZ LES ADULTES ET **02 ● POURSUIVRE LA STRUCTURATION D'UNE FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE** **DE L'ADULTE OBÈSE**

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Développer une offre de prévention secondaire pour les adultes en surcharge pondérale par des actions d'accompagnement pluridisciplinaire de groupe.
- Créer un maillage territorial entre les 4 centres spécialisés de l'obésité et les opérateurs de santé sur leur territoire (CH, SSR, réseaux, professionnels de santé...) formalisé par conventionnement.
- Améliorer la lisibilité de l'offre de prise en charge ambulatoire et hospitalière de l'obésité (diététiciens, éducateurs sportifs, endocrinologues, psychologues...) pour les professionnels de santé et les usagers en l'inscrivant dans le répertoire opérationnel des ressources.
- Optimiser la prise en charge des obèses sévères ou compliqués par la participation des 4 centres spécialisés de l'obésité (CSO) au RCP de recours régional (réunions de concertations pluridisciplinaires).

² Atlas des variations de pratiques médicales en France édition 2016 IRDES

Diabète

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée à 4,7 % en France en 2013³. Cela concerne 343 000 patients sur notre région. Elle ne cesse d'augmenter mais avec un ralentissement depuis 2009, elle est passée de 2,6 % en 2000 à 4,7 % en 2013. Il existe des disparités régionales (nord-sud/est-ouest) et socio-économiques (la prévalence est 1,7 fois plus élevée dans les communes défavorisées). En termes de prévalence standardisée, notre région se situe dans la moyenne nationale.

Les complications sont fréquentes et graves. Les deux types complications rencontrées sont neurologiques et vasculaires périphériques comme l'IDM, la cécité, l'IRC, le mal perforant plantaire et l'amputation d'un membre inférieur. Ces complications alourdissent considérablement les dépenses de santé selon le rapport de l'assurance maladie « Peu de personnes sont concernées par les complications terminales du diabète, mais ces personnes ont des dépenses remarquablement élevées. En 2012, si un patient diabétique a une dépense moyenne de 6 730 € (dépense totale, liée au diabète ou non), les patients qui ont été pris en charge pour dialyse ou amputation ont, eux, une dépense de 63 830 € »⁴. Elles peuvent être retardées voire évitées grâce à une surveillance et un contrôle strict de la maladie.

La proportion de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement ayant bénéficié des examens ou consultations de surveillance recommandés est toujours très faible pour 5 des 7 indicateurs cibles définis par la loi de santé publique de 2004. Ce constat dans notre région est conforme à celui France entière.

Les programmes développés par les tutelles depuis quelques années contribuent lentement à améliorer cette surveillance. Le taux d'adhésion au programme d'accompagnement personnalisé des patients de l'assurance maladie (SOPHIA) généralisé depuis 2012, est proche de la moyenne nationale 32 % mais avec des écarts par département⁵.

Le programme ASALEE piloté par ARS et l'HAS, existant depuis 2004⁶ est un transfert de compétence entre des médecins et des infirmières du premier recours après signature d'un protocole de coopération validée par HAS. Le médecin délègue à l'IDE les consultations d'éducation thérapeutique, des rédactions et signature de prescriptions de dépistage, réalisation et interprétation d'actes. Selon le référent national, en mai 2017 – sur la région Auvergne-Rhône-Alpes : 145 sites distincts dans lesquels des équipes médecins – infirmières sont engagées dans ce programme (504 duos médecins-infirmières). La région Auvergne-Rhône-Alpes représente près d'un quart des exercices ASALEE actuels en France (2 114 « duos »).

Par ailleurs, bien que le dispositif règlementaire existe pour permettre aux orthoptistes de faire du dépistage de la rétinopathie diabétique avec interprétation de l'examen par un ophtalmologiste soit sur place, soit à distance par télémedecine, le dépistage de la rétinopathie diabétique est encore insuffisamment développé.

Enfin, diabète et santé bucco-dentaire sont étroitement liés, et ce de manière bidirectionnelle. Un diabète non équilibré est un facteur de risque de la maladie parodontale et peut entraîner une destruction progressive du support osseux de la dent. La maladie parodontale peut également avoir des conséquences sur le diabète, l'inflammation chronique favorisant l'insulino-résistance⁷. Le taux de consultations dentaires annuelles de 36 % en 2013 en France, a peu progressé depuis 2007 alors que le taux cible donné par la loi de santé publique était de 80 %.

La prise en charge du pied diabétique⁸ est l'autre enjeu majeur pour prévenir les complications. Notre région fait partie de celle où le taux d'initiation des forfaits podologiques est le plus faible en France⁹.

L'ex région Auvergne fait partie des 3 régions de France où le taux d'incidence annuel des hospitalisations pour plaie du pied est le plus élevé (745).¹⁰

³ L'état de la population en France, rapport 2017 DREES et Santé Publique France.

⁴ Rapport "Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses" de l'AM 2017; p102.

⁵ En Auvergne le taux d'adhésion sur les BSI étudiés étaient plutôt bons 37% sur Thiers et Ambert et à 28% sur celui de Allègre/Chaise-Dieu/Craponne. (Etude ARS D' MF André 6 janv. 2016).

⁶ Article L4011-1 à 3 du CSP.

⁷ Pathologies associées, états de santé et traitements des personnes diabétiques en France BEH 2014.

⁸ Propositions 8, 9 et 10 sur 27 propositions du rapport "Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses" de l'AM 2017.

⁹ Rapport "Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses" de l'AM 2017.

¹⁰ BEH 34-35 10 novembre 2015.

L'assurance-maladie fait les constats suivants : le dispositif est mal connu des prescripteurs, le tiers payant n'est pas assez pratiqué et le plus souvent les patients ne bénéficient pas du nombre de séances prises en charge.

A noter que la densité des pédicures podologues est en moyenne plus faible dans notre région qu'en France (17,2 vs 20,9 pédicure-podologues pour 100 000 habitants¹¹). Cette densité est, de plus, variable à l'intérieur de la région avec les taux les plus faibles à l'ouest (13,6 à 21,1). Les départements du Cantal et du Puy-de-Dôme font partie des départements où la densité est une des plus faibles de France (13,6 et 13,7 respectivement).

Le retard à l'adressage des patients avec plaie vers un centre spécialisé est un autre facteur important qui conduit à l'hospitalisation. Une étude pilote menée en 2015 par la Société Francophone du diabète dans 21 centres et auprès de 200 patients a constaté que seulement 10 % des patients ayant une plaie du pied avaient été adressés dans les 48 heures à un centre expert, la moitié d'entre eux n'arrivant qu'après 4 semaines d'évolution. De ce fait, 30 % de ces patients ont dû être hospitalisés.

L'assurance-maladie propose dans son rapport que ces patients rares concernés fassent l'objet d'un repérage, réalisé par un professionnel expert dans ce domaine, qui ouvrirait droit à une orientation dans une filière hautement spécialisée incluant la collaboration de diabétologues, podologues et infirmiers spécifiquement formés, et offrant une prise en charge spécifique. En pratique, il y a eu plusieurs tentatives de développer ce type de filière par l'ARS dans le cadre du précédent PRS, l'absence de rémunération de l'acte d'expertise, la difficulté d'appropriation des outils de télémédecine ou de déplacement par les professionnels de santé auprès du patient rendent ce type de filière difficile à mettre en place à ce jour.

Au regard de ces enjeux, 2 objectifs prioritaires seront poursuivis

1. Faciliter le suivi du patient diabétique.
2. Réduire l'incidence des hospitalisations pour plaie du pied diabétique.

¹¹ Etude ARS sur la densité des podologues le 6 juin 2017 source Diamant-RPPS.

01 ● FACILITER LE SUIVI DU PATIENT DIABÉTIQUE

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Evaluer l'apport de la mise à disposition de rétinographe pour les orthoptistes libéraux dans l'amélioration du dépistage de la rétinopathie diabétique (5 à 6 expérimentations en cours dans la région).*
- *Améliorer le dépistage de la rétinopathie diabétique en facilitant le déploiement des contrats de coopérations de la filière visuelle dans les structures d'exercice regroupé.*
- *Améliorer le dépistage de l'IRC en sensibilisant les professionnels de santé de ville exerçant seul ou dans les structures d'exercice regroupé, à la prescription du dosage de micro-albuminurie.*
- *Améliorer la surveillance cardiologique du patient diabétique en sensibilisant les professionnels de santé des structures d'exercice regroupé, au travers de leur projet de santé.*
- *Améliorer la surveillance du suivi bucco-dentaire du patient diabétique en sensibilisant les professionnels de santé des structures d'exercice regroupé, au travers de leur projet de santé.*
- *Améliorer le dépistage des complications de la maladie en développant des actions d'information auprès des patients diabétiques.*

02 ● RÉDUIRE L'INCIDENCE DES HOSPITALISATIONS POUR PLAIE DU PIED DIABÉTIQUE.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Améliorer la prise en charge du pied diabétique dans les établissements médico sociaux en particulier en EPHAD et les structures au contact des publics précaires en sensibilisant et formant les professionnels paramédicaux à la prise en charge des soins de pédicure en ex-Auvergne.*
- *Améliorer l'offre de soins de pédicure-podologues en ex-Auvergne en promouvant dans les écoles ou manifestations de podologues, leur installation dans cette partie de la région (en ciblant les départements du Cantal et du Puy-de-Dôme).*
- *Sensibiliser les professionnels de santé des structures d'exercice regroupé en ex-Auvergne pour que la prise en charge du pied diabétique soit intégrer dans leur projet de santé.*
- *Encourager la mise en place de consultations spécialisées pour les patients à très haut risque ou avec une plaie du pied accessible par télé-médecine.*

Insuffisance rénale chronique (IRC)

L'incidence de l'IRC est en augmentation en France depuis 2011 (+2.3% par an) pour des raisons multiples. L'incidence (incidence comparative d'incidence) de notre région est proche de celle de la France entière¹². Les Etats généraux du rein ont mis en évidence que les parcours des patients sont marqués par d'importantes discontinuités.

L'objectif est de donner à tous les patients porteurs d'une maladie rénale chronique la possibilité de bénéficier d'un modèle éprouvé de prise en charge multidisciplinaire pour retarder la survenue puis ralentir la progression de l'IRC (en s'appuyant sur les réseaux et les expérimentations IRC) et en travaillant particulièrement sur le dépistage de la microalbuminurie chez les diabétiques.

L'état de santé de la population en France, Santé Publique France 2017 à partir de données de 2013 montre que chez les diabétiques, le dosage de la microalbuminurie (test urinaire pour dépister l'IRC) n'est fait que dans 30% des cas au niveau français, 28% chez les patients diabétiques en ex-Auvergne et 36% en ex-Rhône-Alpes. La prise en charge coordonnée entre le néphrologue et le médecin traitant est nécessaire selon l'HAS à partir du stade III b¹³ de la maladie rénale, elle se traduit par une consultation du patient avec un néphrologue¹⁴.

La transplantation rénale est associée à de meilleurs résultats en termes de durée de vie et de qualité de vie pour un moindre coût. L'accès à la liste nationale reste encore limité du fait en outre que les besoins dépassent largement les possibilités de greffe (dons d'organes). Elle représente 45% des traitements de suppléance en France.

L'accès à la transplantation rénale est inégalitaire dans notre région sur le plan territorial. Elle est meilleure en ex-Rhône-Alpes qu'en ex-Auvergne (données agence biomédecine 2014 indice comparatif de prévalence 0,98 vs 0,8). Les membres du COTER IRC et les associations de patients FNAIR ont dénoncé un accès à la transplantation rénale non homogène sur l'ensemble des 12 départements mais l'ARS n'a pas aujourd'hui de données objectivant ce constat. Or il faut favoriser accès à la transplantation rénale (l'HAS ayant posé le principe que la transplantation doit être le traitement préférentiel de l'IRC) avant la mise en dialyse et si possible à partir de donneurs vivants.

La mise en place de réunion de concertation pluridisciplinaire récente (2016) à partir des 4 CHU a pour vocation de réduire les inégalités d'accès à la transplantation rénale.

Au regard de ces enjeux, 2 objectifs prioritaires seront poursuivis

1. Retarder la survenue et la progression de l'insuffisance rénale.
2. Réduire les inégalités d'accès à la transplantation rénale et favoriser les greffes à partir de donneur vivant.

¹² L'état de santé de la population en France, Santé Publique France 2017

¹³ Clearance de la créatinine inférieure ou égale à 45 ml/min

¹⁴ Arrêté du 8 mars 2017 portant approbation des CCR relatifs aux expérimentations tendant à améliorer le parcours de soins des personnes atteintes d'IRC.

O1 ● RETARDER LA SURVENUE ET LA PROGRESSION DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Etendre la file active des patients suivis dans les réseaux ou dans d'autres expérimentations de prise en charge (auto-mesure tension artérielle (TA), surveillance biologique et mesures diététiques...).*
- *Favoriser les projets de suivi par télémédecine des patients insuffisants rénaux non encore dialysés (surveillance poids, TA, glycémie etc..).*

O2 ● RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS À LA TRANSPLANTATION RÉNALE ET FAVORISER LES GREFFES À PARTIR DE DONNEUR VIVANT

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Mettre en place des réunions de concertations pluridisciplinaires digitales d'orientations greffe, dans les 4 CHU (plateforme internet et web conférence) entre les équipes de néphrologues et les équipes de transplantation.*
- *Libérer du temps de néphrologue en promouvant les protocoles de coopération entre médecins et infirmières pour les consultations post greffes dès lors qu'ils ont l'aval de la HAS.*
- *Mettre en place des « consultations » patients experts avec maillage territorial de la région.*

PERSONNES ÂGÉES



Il s'agit d'accompagner nos aînés pour prévenir et prendre en charge de manière adaptée leur perte d'autonomie, grâce à l'action coordonnée des professionnels et des aidants familiaux.

Il est important de redonner toute leur place aux personnes âgées, en promouvant une « vision positive de l'âge » (loi du 28 décembre 2015).

Il faut également bien intégrer la spécificité de la prise en charge gériatrique, à chaque étape du parcours, ce qui implique une compétence et une

motivation optimale des professionnels concernés, quel que soit leur champ d'intervention. Ceci doit aller de pair avec une politique constante de soutien aux aidants « non professionnels ». Enfin, la dimension éthique doit être le fil conducteur de chaque démarche, le consentement du patient devant toujours être recherché, même s'il est quelquefois difficilement « éclairé », en cas de troubles cognitifs.

En référence aux orientations du cadre d'orientation stratégique du projet régional de santé, trois grands enjeux ont été identifiés :

préserver l'autonomie des personnes âgées et prévenir la dégradation de leur état de santé, organiser la coordination territoriale autour de la personne âgée dans une logique de continuité du parcours, anticiper l'accompagnement et les modes d'intervention de demain.

Les constats nationaux, régionaux et les observations recueillies dans les territoires (cf. étude de l'ORS), incitent à proposer, pour répondre à ces enjeux, 9 objectifs spécifiques prioritaires :

1. Soutenir les actions concernant les déterminants de santé, notamment en promouvant une approche préventive collective, agissant sur les déterminants du bien vieillir.
2. Favoriser le repérage et le dépistage des fragilités par l'ensemble des intervenants auprès de la personne âgée.
3. Renforcer les démarches d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins.
4. Veiller à la cohérence des dispositifs d'intégration et de coordination autour de la personne âgée.
5. Concevoir et conforter des dispositifs capables de garantir la continuité des soins.
6. Promouvoir l'organisation d'un parcours hospitalier adapté à la personne âgée.
7. Répondre aux besoins de prises en charge spécifiques : maladies neurodégénératives, soins palliatifs, oncogériatrie, psychogériatrie.
8. Optimiser les réponses apportées par les unités médico-sociales.
9. Reconfigurer les ressources gériatriques dans les territoires.

Ces objectifs, bien que qualifiés de spécifiques, portent une vision holistique de nature à améliorer les parcours de santé de nos concitoyens âgés de plus

de 65 ans, car ils ont l'ambition de surmonter les « points d'achoppement » potentiels de ces parcours.

01 ● SOUTENIR LES ACTIONS CONCERNANT LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ, NOTAMMENT EN PROMOUVANT UNE APPROCHE PRÉVENTIVE COLLECTIVE, AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DU BIEN VIEILLIR

Le vieillissement est un facteur de limitation fonctionnelle, de « fragilité physiologique » plus ou moins marquées, mais constantes. Un environnement délétère, un événement de vie intercurrent, un agent pathogène, ou une (poly-)pathologie (aiguë ou chronique) vont favoriser la décompensation de cet équilibre plus ou moins précaire, pouvant entraîner la personne dans une spirale aboutissant à la perte d'autonomie. Cet objectif spécifique concerne principalement deux aspects :

Environnement externe : urbanisme

La promotion du soutien au maintien à domicile commence par celle d'un habitat, d'un environnement et d'un cadre de vie adaptés, permettant autant que possible la préservation de l'état de santé et la lutte contre les facteurs de perte d'autonomie, en particulier l'isolement.

Cette thématique n'est bien sûr pas restreinte à la dimension architecturale ou aux questions de mobili-

té, mais englobe plus largement la préservation du lien social (ex du dispositif MONALISA).

[Risques liés à l'état de santé du sujet âgé \(Activité physique / prévention des chutes / nutrition / santé bucco-dentaire\)](#)

30 à 50 % des résidents d'EHPAD souffrent de pathologies bucco-dentaires, qui peuvent faire le lit d'autres pathologies, et indirectement altérer la qualité de vie et aggraver le risque de perte d'autonomie (dénutrition, ostéoporose, répercussions sociales). Deux problématiques sont particulièrement retrouvées : le déficit d'hygiène, et la difficulté d'accès aux soins.

En outre, la sarcopénie est la grande responsable de l'entrée en dépendance des sujets âgés, elle peut être prévenue par une alimentation suffisante en protéines et une activité physique régulière.

Au niveau national, 15 à 38 % des résidents en EHPAD sont dénutris.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Intégrer, pour l'ensemble du territoire régional, la thématique de l'adaptation de la cité au vieillissement de la population dans les différents avis portés par l'ARS sur l'urbanisme, et l'habitat en général (hors institution).*
- *Accompagner les initiatives sur la modernisation du bâti des EHPAD.*
- *Promouvoir une approche individualisée des risques de perte d'autonomie par la qualité de prise en charge des résidents (ex : suivi des mesures de poids dans les EHPAD) et par la promotion chez les personnes âgées à domicile d'attitudes préventives de la perte d'autonomie, en lien avec les structures d'aide à domicile (ex : alimentation équilibrée et activité physique adaptée).*
- *Assurer la prévention et la prise en charge des pathologies bucco-dentaires des personnes âgées.*

02 ● FAVORISER LE REPÉRAGE ET LE DÉPISTAGE DES FRAGILITÉS PAR L'ENSEMBLE DES INTERVENANTS AUPRÈS DE LA PERSONNE ÂGÉE

Le repérage des états « pré-critiques » des personnes âgées à domicile/en ESMS est fondamental,

il permet une prise en charge plus précoce, et donc notamment d'éviter des hospitalisations inutiles.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Améliorer le repérage précoce des fragilités physique et psychique (notamment dépression et risque suicidaire) par la promotion de la recherche appliquée et de la formation des professionnels et des aidants.*
- *Organiser le repérage et la prise en charge des personnes âgées les plus vulnérables socialement (les plus éloignés de l'accès à l'information et à la prévention).*

03 ● RENFORCER LES DÉMARCHES D'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE ET DE LA QUALITÉ DES SOINS DÉLIVRÉS AUX PERSONNES ÂGÉES

La prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé est un enjeu majeur de santé publique, ainsi qu'un enjeu économique important. L'ARS enregistre actuellement une augmentation significative du nombre de déclaration d'erreurs médicamenteuses en structures médico-sociales, avec en moyenne, pour la région, la survenue de 2 à 4 erreurs par semaine, qui sont pour près de la moitié des cas des erreurs d'administration. Il est à noter que ces erreurs sont de plus en plus, et de mieux en mieux, signalées par les établissements.

De plus, l'utilisation excessive de médicaments est un facteur connu d'addiction, de perte d'autonomie (chutes, hospitalisations évitables...).

Par ailleurs, les EHPAD, les SSIAD se trouvent confrontés à de nouvelles problématiques : public accueilli fortement dépendant et poly pathologique, immuno-sénescence de la personne âgée, risque infectieux et épidémique majoré du fait de la vie en collectivité, nécessité de réponse aux impératifs de

la veille sanitaire et pas ou peu de ressources propres en hygiène. Ces structures peuvent être le siège d'épidémies (grippe, infections respiratoires, gastro-entérites...) avec des taux d'attaque élevés et des taux de mortalité non négligeables. Par ailleurs ces épidémies peuvent impacter directement les établissements de santé tant sur le plan des moyens (mise sous « tension » des établissements) que celui du risque infectieux (hospitalisations des personnes âgées fréquentes et répétées, portage de bactéries multi résistantes).

Le taux de couverture vaccinale antigrippale chez les assurés à risque a reculé de près de 10 points entre 2008 et 2016. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, la région ARA est retenue pour expérimenter la vaccination antigrippale par les pharmaciens d'officine, selon un cahier des charges précis (JO du 11 mai 2017).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Actualiser et poursuivre la diffusion de l'outil « sécurisation du circuit du médicament dans les EHPAD sans pharmacie à usage intérieure (PUI) ».*
- *Accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux dans une démarche d'amélioration et de sécurisation de leur circuit du médicament par la poursuite du programme pluriannuel d'inspections.*
- *Déployer l'expérimentation d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées initiée en 2012 au sein d'une filière gériatrique de la région.*
- *Développer des dispositifs hospitaliers de sevrage médicamenteux (psychotropes, antalgiques majeurs) afin de lutter contre les addictions.*
- *Améliorer de manière sensible le taux de couverture de la vaccination antigrippale, notamment par l'expérimentation de la vaccination à l'officine.*
- *Poursuivre la prévention du risque légionnelle en EHPAD.*
- *Etendre l'intervention des équipes mobiles d'hygiène à tout le territoire régional.*

04 ● VEILLER À LA COHÉRENCE DES DISPOSITIFS D'INTÉGRATION ET DE COORDINATION AUTOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

La dispersion des données, le déficit de partage d'informations mais également de reconnaissance entre les acteurs peut être source de doublons et d'inefficience dans une prise en charge pluridisciplinaire. Les travaux d'intégration et de coordination

sur le champ des personnes âgées pourront utilement s'inspirer des acquis, des bassins de santé intermédiaires auvergnats et des filières gériatriques rhônalpines (notamment en ce qui concerne la gouvernance mise en place).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Soutenir les dispositifs de coordination entre les acteurs (sanitaires, médico-sociaux et sociaux / bassins de santé intermédiaires et filières gérontologiques) en s'appuyant sur les dynamiques développées à l'échelle de ces territoires de parcours et de coopération (TEPCO).
- Améliorer le partage d'informations entre les acteurs (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) en optimisant l'efficacité et l'interopérabilité de leurs systèmes d'information.
- Inciter les établissements et services médico-sociaux à intégrer des formations croisées dans leur plan de formation.

05 ● CONCEVOIR ET CONFORTER DES DISPOSITIFS CAPABLES DE GARANTIR LA CONTINUITÉ DES SOINS, DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS CENTRÉE SUR L'USAGER

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Proposer aux pharmaciens d'officine l'expérimentation de « bilans de médication », à l'instar des démarches entreprises dans d'autres régions.
- Améliorer la couverture médicale des EHPAD / Sécuriser les prises en charge de nuit et prévenir les hospitalisations inappropriées.
- Promouvoir la mise en œuvre effective d'une réponse adaptée, coordonnée, graduée et si possible de proximité aux situations cliniques spécifiques des patients âgés à domicile ou en établissements et services médico-sociaux, notamment en améliorant l'accès, pour les médecins traitants, en cas de besoin, à une expertise gériatrique hospitalière tenant compte de l'évaluation des différents dispositifs existants.
- Promouvoir l'organisation de prestations de répit.

06 ● PROMOUVOIR L'ORGANISATION D'UN PARCOURS HOSPITALIER ADAPTÉ À LA PERSONNE ÂGÉE

Les personnes âgées sont souvent hospitalisées de manière itérative et certaines hospitalisations pourraient être évitées. Ainsi :

1 personne sur 3, âgée de 75 ans et plus, sera hospitalisée au moins une fois dans l'année.

14 à 20% de ces personnes le seront via un service d'accueil des urgences.

Ce pourcentage atteint 40 % pour les personnes âgées de 85 ans et plus, versus 15 % pour les personnes âgées de 30 à 70 ans.

Dans certains cas, l'hospitalisation est requise mais le passage par les urgences pourrait être évité. Dans d'autres cas, le passage par les urgences va induire une hospitalisation médicalement évitable du fait d'un retour à domicile difficile à organiser.

Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'hospitalisation aux urgences est souvent inappropriée, voire délétère.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Optimiser le recours à l'hôpital en programmant les hospitalisations et en limitant le recours inadapté (en particulier en formant et sensibilisant les intervenants à la prise en charge des situations d'urgence en gériatrie).
- Privilégier la montée en charge de l'hospitalisation à domicile en encourageant le recours à l'hospitalisation à domicile en établissements et services médico-sociaux et en améliorant l'articulation de la prise en charge en hospitalisation à domicile avec les autres modalités de prise en charge à domicile.
- Promouvoir à l'hôpital une prise en charge globale, décloisonnée, stable et continue, pas uniquement centrée sur l'acte technique, prenant en compte les spécificités liées au grand âge.
- Anticiper et préparer les sorties d'hospitalisation afin d'éviter les ré-hospitalisations et de diminuer le risque de perte d'autonomie.

07 ● RÉPONDRE AUX BESOINS DE PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES : MALADIES NEURODEGÉNÉRATIVES, SOINS PALLIATIFS, ONCOGÉRIATRIE, PSYCHOGÉRIATRIE

L'évolution de ces prises en charges suppose d'accompagner l'évolution des compétences des profes-

sionnels afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de ces publics.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Veiller à la mise à jour des plans de formation des ESMS en fonction de l'évolution des publics accueillis et à la mise en œuvre des recommandations des bonnes pratiques professionnelles (HAS) et des plans nationaux.*
- *S'assurer de la prise en compte des attentes et besoins des résidents : projets personnalisés de prise en charge.*
- *Analyser les publics accueillis pour mieux organiser le pilotage des compétences.*

08 ● OPTIMISER LES RÉPONSES APPORTÉES PAR LES UNITÉS MEDICO-SOCIALES

Le déploiement de plus d'unités spécialisées, dans une logique de maillage territorial et de montée en

compétence des professionnels, permettra d'apporter des réponses plus spécifiques.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Améliorer le maillage des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA).*
- *Accompagner l'amélioration qualitative de l'offre d'accueil (soutien à l'investissement).*

09 ● RECONFIGURER LES RESSOURCES GÉRONTOLOGIQUES DANS LES TERRITOIRES

Lorsque cela s'avère nécessaire, il faut définir une stratégie d'accompagnement pour reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires les plus fragiles, en particulier.

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique doivent conduire à travail-

ler en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, sur des scénarios de recomposition de l'offre (regroupements, mutualisation, etc.). Il s'agit également de structurer l'offre dans une logique de spécialisation et/ou de gradation des ressources, notamment en confortant l'offre de service.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Reconnaître et valoriser la ressource gériatrique hospitalière.*
- *Promouvoir la mise en place de plateformes de service autour des EHPAD, en particulier dans les territoires isolés conjuguant outre des capacités d'hébergement permanent et temporaire, des consultations avancées, des consultations mémoires, un exercice médical mixte, de la télémédecine...en réponse à la population âgée du territoire d'implantation.*
- *Structurer la réponse aux maladies neurodégénératives en spécialisant des capacités d'hébergement permanent en EHPAD.*
- *Reconnaître aux unités de soins de longue durée un rôle structurant dans la prise en charge des soins palliatifs.*
- *Fluidifier les réponses en géronto-psychiatrie.*

SANTE MENTALE



Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé se définit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

La santé mentale en constitue une composante essentielle qui doit s'entendre au-delà de l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. Elle est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

Le champ est vaste. Comme le rappelle l'OMS dans son plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, les politiques nationales de santé mentale ne doivent pas limiter leur champ d'action aux troubles mentaux. Il faut aussi qu'elles reconnaissent et prennent en compte les facteurs plus généraux qui favorisent la santé mentale. Il s'agit notamment d'intégrer la promotion de la santé mentale dans les politiques et programmes du secteur public. Outre le secteur de la santé, il convient d'associer aussi les secteurs suivants : éducation, emploi, justice, transports, environnement, logement et protection sociale, dans une optique de coordination des politiques publiques.

C'est dans cette optique que la Stratégie nationale de santé¹⁵ réaffirme la santé mentale comme un défi majeur et une priorité nationale de santé.

La Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 avait amorcé une refonte de la politique de santé mentale en France au travers des notions de territorialisation et de parcours de santé et a acté que « *La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elles est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie,*

des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion »¹⁶.

De manière plus précise, la notion de santé mentale recouvre un champ très large, qui inclut :

la prévention et la promotion de la santé mentale positive, la réponse à la détresse psychologique, la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques, l'accompagnement social et médico-social de ces personnes, la prévention et la prise en charge du handicap psychique, et qui concerne également le regard social porté sur la maladie et la discrimination qu'elle suscite¹⁷.

Si la politique menée jusqu'à lors a d'ores et déjà permis de développer la prise en charge des patients sous un mode largement ambulatoire, cette politique nécessite aujourd'hui d'être inscrite dans le cadre plus large d'une approche transversale de la politique de santé mentale.

Dans ce contexte, la santé mentale ressort véritablement comme un enjeu majeur pour le projet régional de santé (PRS) et pour l'action de l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans le cadre du parcours de l'utilisateur en santé mentale, des points de rupture se retrouvent tout au long du parcours et à tous les niveaux d'intervention, de la promotion de la santé mentale à la réinsertion.

Ainsi, les principaux points de rupture identifiés dans le parcours en santé mentale concernent les aspects suivants :

La lisibilité et la structuration des dispositifs

On relève notamment un manque de lisibilité des dispositifs existant en santé mentale auprès des partenaires, des personnes et de leur entourage et un manque de structuration de l'organisation territoriale de l'offre en santé mentale, ceci étant en grande partie dû à la multiplicité des acteurs et des champs d'intervention ainsi qu'à la diversité et au cloisonnement des pratiques.

¹⁶ Article L3221-1 du code de la santé publique.

¹⁷ Fiche annexe « politique de santé mentale » issue de la note complémentaire à l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé.

¹⁵ Stratégie nationale de santé 2018-2022, soumise à la consultation publique le 6 novembre 2017.

L'information et la stigmatisation

Les troubles mentaux sont stigmatisés, la population, les familles et les professionnels hors champ de la santé mentale sont insuffisamment informés sur les troubles psychiques, la connaissance de ce sujet étant souvent réservée aux initiés et la maladie psychiatrique souffrant d'une connotation négative.

La promotion de la santé mentale

Les programmes visant le développement des facteurs de protection et ceux visant le soutien à la parentalité sont insuffisamment développés pour promouvoir la santé mentale notamment des jeunes, les violences intra-familiales et leurs conséquences sont difficilement repérées et prises en charge, les programmes renforçant les facteurs de protection ne sont pas assez développés dans le champ de la petite enfance, en milieu scolaire et universitaire. Ceci est notamment lié au fait que les acteurs ne sont pas assez sensibilisés à l'importance du lien entre petite enfance et santé mentale positive pour promouvoir cette dernière qui, de manière générale, n'est pas assez valorisée dans les pratiques et les organisations, notamment en direction des jeunes.

Le repérage et le traitement des situations d'incurie dans l'habitat : conséquence d'un état de santé mentale dégradé de l'occupant du logement, avec ou sans diagnostic psychiatrique, l'incurie dans l'habitat se caractérise par une manière d'habiter qui rend inutilisables certaines pièces, voire le logement, soit à cause d'un encombrement excessif, soit de leur état extrêmement détérioré. Phénomène peu visible, il concerne pourtant des centaines de situations et constitue un véritable enjeu en matière de parcours de santé pour les personnes touchées et requiert un travail de mise en confiance des personnes alors que leur état de santé, les troubles à l'ordre public ou la sécurité du logement nécessiteraient une intervention en urgence.

Le repérage des liens avec la précarité

On note un manque de repérage et de connaissance des situations de précarité sur les territoires pertinents d'intervention, lié de manière plus générale à un lien insuffisamment poussé avec les acteurs du champ de la précarité.

Les décès par suicide et les tentatives de suicide

La stratégie régionale en matière de prévention du suicide est insuffisamment structurée, les déterminants spécifiques ne sont pas assez pris en compte

en promotion de la santé et on note un déficit en repérage du fait d'acteurs locaux et professionnels insuffisamment informés ou formés, des difficultés de prise en charge et d'orientation liées notamment à un manque de connaissance des ressources existantes et d'interconnaissance des métiers et un développement insuffisant de la post-vention. Par ailleurs la prévention des tentatives de suicide chez les adolescents, les personnes d'âge moyen, les personnes âgées est à améliorer, tout comme l'évaluation et le suivi des personnes ayant effectué une tentative de suicide (toutes tranches d'âges confondues).

L'accessibilité aux soins

L'absence préalable d'accès aux droits et à la prévention des publics précaires, le manque d'information et/ou de compréhension de la maladie occasionnant des retards de suivi, l'éloignement et l'enclavement géographique dans des zones isolées et/ou à faible densité de psychiatres, l'isolement et l'éloignement géographique des patients et l'impossibilité pour eux de se déplacer sont tout autant d'éléments générant des difficultés d'accessibilité à l'accompagnement et à la prise en charge en santé mentale.

Le repérage et le dépistage des troubles

On relève des problématiques liées à un repérage insuffisant ou tardif des troubles psychiques, des conduites à risque et des conduites suicidaires par les acteurs du premier recours, ceux du social, ceux du médico-social notamment chez le jeune enfant et la personne âgée et ceux du milieu scolaire pour ce qui concerne l'enfant et l'adolescent. Ces acteurs ne sont généralement pas suffisamment formés à ces sujets.

La coordination des intervenants

Du fait d'une méconnaissance des champs d'intervention de chacun, d'une carence d'articulation entre les acteurs et les dispositifs, d'une absence de culture commune et de la diversité des pratiques, les différents intervenants dans le champ de la santé mentale sont souvent mal coordonnés autour de la personne, quel que soit son âge.

Les dispositifs et offres adaptés aux besoins

On relève en particulier un déficit d'offres adaptées aux parcours, des taux de recours trop bas à l'hôpital de jour, un manque de solutions de prise en charge à temps complet autre que l'hospitalisation à temps plein, un recours parfois trop fréquent à l'hospitali-

sation à temps plein, un accompagnement insuffisant des adolescents et des dispositifs leur étant destinés, des carences dans l'accès aux soins de réhabilitation psycho-sociale, un manque de places en SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé) et SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) pour les personnes handicapées psychiques. Sur ces aspects l'offre quantitative se révèle souvent insuffisante.

Les soins spécifiques et l'accès aux avis spécialisés

Des difficultés sont relevées quant à l'accès :

aux soins somatiques et à certains soins spécialisés, à la pédopsychiatrie de liaison pour les enfants et adolescents hospitalisés en services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), aux services MCO et aux avis spécialisés de la psychiatrie de l'âge (accès inter-services en hospitalier pour cette population), des médecins généralistes à des avis psychiatriques à domicile ou en cabinet libéral, à certaines techniques spécifiques (ex : sismothérapie pour la personne âgée).

Ces difficultés sont essentiellement dues à un manque d'articulation entre les services et établissements.

La prise en charge de l'urgence et de la crise

La survenue des crises, dont la crise suicidaire, et de l'urgence psychiatrique fait parfois l'objet d'une gestion inappropriée, d'un défaut d'anticipation dans la prise en charge du patient. On note des recours inadéquats aux services d'urgences, notamment depuis le secteur médico-social et des pratiques inadaptées de prise en charge en urgence.

La qualité de la prise en charge et de l'accompagnement

Sont notamment relevés des difficultés de gestion des parcours complexes, des ruptures dans le parcours de vie et de soins de l'enfance vers l'adolescence et de l'adolescence vers l'âge adulte, des défauts de préparation à la sortie d'hospitalisation et d'organisation du retour à domicile ou en institution, des difficultés de réponse de la psychiatrie vis-à-vis des EHPAD face aux troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés et des personnes handicapées vieillissantes, des difficultés dans le suivi des personnes ayant un handicap psychique important. Toutes ces difficultés sont pour la plupart liées à des articulations insuffisantes entre professionnels et dispositifs de prise en charge et d'accompagnement. Un défaut d'évaluation du handicap psychique et

des inégalités de traitement selon les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont également pointés.

Les droits et le respect des patients

Les droits fondamentaux des patients hospitalisés ne sont parfois pas respectés, un recours excessif dans la région aux soins sans consentement tout comme un usage insuffisamment maîtrisé des pratiques d'isolement et de contention sont relevés. Les locaux parfois inadaptés et/ou vétustes, y compris dans les structures ambulatoires et alternatives, occasionnent par ailleurs de mauvaises conditions d'accueil et de prise en charge ne garantissant pas le respect de l'intimité et de la dignité des patients.

L'environnement et le parcours de vie

On note un défaut de scolarisation en milieu ordinaire et un maintien en milieu ordinaire insuffisant pour les jeunes vivant avec des troubles psychiques, un déficit de solutions de logement adapté ou de droit commun pour les personnes vivant avec des troubles psychiques chroniques, des carences d'accès à l'emploi adapté et ordinaire des personnes handicapées psychiques, un manque de soutien aux aidants familiaux et un isolement des familles. L'offre est souvent insuffisante sur ces aspects.

En raison de ces problématiques de parcours et points de rupture, divers besoins des usagers ressortent comme n'étant pas satisfaits par les réponses existantes et sont de plusieurs ordres.

Tout au long du parcours, il est ainsi nécessaire de :

rendre plus lisible le parcours en santé mentale et renforcer la coordination des dispositifs et des intervenants ;
développer l'interconnaissance des différents métiers, adapter les pratiques aux besoins et consolider les formations initiales et continues des professionnels sur cette thématique, notamment pour les médecins généralistes et les professionnels du social, du médico-social, de l'enfance et de l'addictologie ;
informer et sensibiliser la population, les acteurs locaux et les professionnels à la question de la santé mentale pour lutter contre la stigmatisation et les discriminations ;
renforcer les actions de promotion de la santé mentale, particulièrement en milieu scolaire et universitaire, et les actions de soutien à la parentalité ;
renforcer la prévention du suicide, le repérage précoce des signes de souffrance psychique et le suivi des personnes hospitalisées suite à tentative de suicide ;

favoriser l'accès au repérage et au diagnostic précoce des troubles mentaux et le recours aux avis spécialisés pour les services hospitaliers MCO, les médecins généralistes, les établissements médico-sociaux... ; réduire les inégalités territoriales de santé et garantir les soins et services minimaux sur les territoires ; favoriser l'accès aux soins somatiques des patients pris en charge en psychiatrie ; adapter l'offre aux besoins en rééquilibrant l'offre hospitalière et en développant les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement pertinents : accès plus rapide aux centres médico-psychologiques (CMP), développement des alternatives à hospitalisation complète, des équipes de liaison, des SAMSAH, des SAVS... ; développer la psychiatrie de l'âge : structuration de l'organisation et des liens inter-services / établissements, développement des dispositifs spécifiques de prise en charge... ; mieux gérer les sorties d'hospitalisation, notamment pour les patients âgés, et accompagner le maintien/retour à domicile ou en institution ; mieux gérer les situations de crise et d'urgence psychiatrique ; favoriser les droits des patients, réduire le recours aux soins sans consentement et limiter les pratiques d'isolement/contention ; développer la pair-aidance, la représentation d'usagers, la prise en compte de leur parole et le soutien aux aidants ;

mieux évaluer le handicap psychique. Sur la durée du schéma, une recherche action pourra être menée afin

de recueillir la parole des personnes souffrant de troubles psychiques et de leur entourage ; favoriser le maintien ou le retour vers l'emploi et le logement, ordinaires et adaptés ; maximaliser le potentiel de rétablissement et d'empowerment des personnes en généralisant les pratiques correspondantes, notamment la réhabilitation psycho-sociale.

Ces différents besoins répondent à des préoccupations majeures en santé mentale et nécessitent tous une réponse coordonnée et décloisonnée de la part de l'ARS.

Sur la base du diagnostic mené par l'Agence et des points de rupture identifiés dans le parcours, des objectifs spécifiques visant à améliorer le parcours des usagers sont formulés et répondent principalement, dans le cadre des orientations stratégiques du COS, aux enjeux suivants :

prévention et promotion de la santé mentale, notamment en milieu scolaire et en direction des jeunes ; accès le plus précoce possible au repérage et au diagnostic, aux soins, notamment de réhabilitation, aux accompagnements et aux services gradués et coordonnés sur tous les territoires ; adaptation de l'offre aux besoins et aux attentes des personnes et développement de dispositifs adéquats favorisant l'ambulatoire, l'accompagnement au domicile et le soutien aux aidants dans l'optique d'assurer des parcours individualisés ; renforcement des droits et du respect des personnes.

Les objectifs spécifiques pour contribuer à améliorer le parcours de santé en santé mentale sont au nombre de 8

1. Promouvoir un environnement favorable à la santé mentale et renforcer les facteurs de protection.
2. Optimiser le repérage et le dépistage précoce de la souffrance et des troubles psychiques.
3. Améliorer l'accès au diagnostic des troubles mentaux.
4. Améliorer la réponse aux situations de détresse psychologique, de crise et d'urgence en santé mentale.
5. Améliorer l'accès aux soins psychiatriques.
6. Améliorer et adapter les modalités de prise en charge et d'accompagnement en psychiatrie.
7. Optimiser le parcours de vie et de soins des personnes souffrant de troubles psychiques ou en situation de handicap psychique selon leurs besoins notamment en généralisant les pratiques favorisant le rétablissement, dont celles de réhabilitation psycho-sociale.
8. Optimiser la transversalité et la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale au niveau régional et à l'échelle des territoires.

01 ● PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ MENTALE ET RENFORCER LES FACTEURS DE PROTECTION

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Réduire le risque suicidaire par des mesures visant la population générale et renforcer les actions auprès des groupes populationnels à risque suicidaire.
- Réduire le risque suicidaire dans les établissements de santé et médico-sociaux en inscrivant systématiquement la prévention du suicide dans les projets d'établissement et en déclinant dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) une fiche-action spécifique prioritaire.
- Agir contre la stigmatisation et les discriminations en santé mentale en soutenant le déploiement des semaines d'information en santé mentale (SISM), en optimisant l'expertise en région, en prévoyant une commission spécifique dans les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et en portant une attention particulière aux personnes appartenant aux minorités sexuelles ou porteuses du VIH.

02 ● OPTIMISER LE REPÉRAGE ET LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DE LA SOUFFRANCE ET DES TROUBLES PSYCHIQUES

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Optimiser le repérage des troubles psychiques (incluant les troubles dépressifs) et la prise en charge des femmes enceintes et lors du post-partum (notamment chez les femmes victimes de violences) en systématisant l'entretien prénatal précoce (EPP), en renforçant la formation des professionnels en lien avec les 5 réseaux périnataux et en adaptant, avec la participation des usagers, les modalités de prise en charge pluridisciplinaire en fonction des besoins identifiés.
- Améliorer le repérage précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents notamment en développant des formations auprès des professionnels de la petite enfance et des professionnels intervenant auprès des jeunes (Education nationale, enseignement agricole, Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, psychologues des missions locales, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Aide Sociale à l'Enfance, champ du social).
- Déployer et pérenniser les programmes de proximité et d'aide à distance visant à repérer la souffrance psychique des jeunes et notamment des étudiants.
- Assurer un repérage plus précoce et une prise en charge de qualité des jeunes présentant des troubles du comportement alimentaire (TCA) par le soutien d'actions de prévention et d'information, l'incitation des professionnels de l'Education Nationale à mener des actions de prévention en lien avec les centres référents et le développement de la filière de prise en charge (création d'un centre référent sur l'ex-Auvergne, évaluation des centres existants).
- Sensibiliser et former dans une logique territoriale les professionnels de santé et partenaires des champs éducatif, social, médico-social, judiciaire et du travail au repérage de la crise suicidaire et des troubles psychiques.
- Améliorer le repérage de la dépression et de la crise suicidaire par le renforcement de la qualité de l'écoute et de l'orientation à partir des dispositifs d'aide à distance et par le déploiement d'actions de proximité et communautaires sur les territoires, et notamment au sein de la population âgée par des actions d'information en direction des EHPAD.
- Développer et consolider à l'échelle de la région le modèle d'intervention sur les situations d'incurie dans l'habitat (sur la base des parcours existant dans les départements du Rhône et de la Savoie) notamment via l'intervention coordonnée des acteurs du soin, du logement, de l'action sociale ou au sein d'instances partenariales traitant de la santé mentale et du logement, le suivi jusqu'à la mise en place de dispositifs d'aide à la personne évitant la récurrence et la formation des acteurs.

03 ● AMÉLIORER L'ACCÈS AU DIAGNOSTIC DES TROUBLES MENTAUX

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Favoriser l'accès des professionnels de première ligne (notamment médecins généralistes, psychiatres, urgentistes...) à une expertise permettant un diagnostic précoce des troubles mentaux et une orientation plus rapide, notamment par la mise en place dans chaque établissement ayant une mission de psychiatrie de secteur d'un numéro téléphonique unique.
- Développer l'expertise dans l'évaluation du handicap psychique au bénéfice des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) de la région.

04 ● AMÉLIORER LA RÉPONSE AUX SITUATIONS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE, DE CRISE ET D'URGENCE EN SANTÉ MENTALE

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Optimiser le suivi des personnes ayant réalisé une tentative de suicide et renforcer la « post-vention » dans le domaine de la « suicidologie » en diffusant les recommandations.
- Créer des alternatives à l'hospitalisation temps plein lors de la crise (incluant un soutien à l'entourage de type équipes mobiles de crise ou de case management de transition) et promouvoir les hôpitaux de jour (HDJ) dans la gestion des situations de crise en développant une offre en HDJ de crise dans chaque établissement ayant une mission de psychiatrie de secteur.
- Améliorer l'accueil et l'orientation des patients par la création dans les établissements ayant une mission de psychiatrie de secteur et recevant le plus de patients, d'une unité d'accueil et d'orientation, porte d'entrée des hospitalisations psychiatriques, destinée à recevoir des patients pour des hospitalisations maximales de 7 jours.
- Améliorer l'accueil et la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques en service d'urgences.
- Assurer le relai de prise en charge des patients ayant bénéficié de l'intervention de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) lors d'une situation sanitaire exceptionnelle et identifiés par cette dernière comme nécessitant un accompagnement prolongé.

05 ● AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Optimiser le fonctionnement des CMP par la réduction du délai d'accès pour les primo-consultants, le redéveloppement des interventions à l'extérieur et la promotion des recommandations de Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) – modalités du premier accueil, créneaux d'urgence, agenda partagé, suivi des délais de RDV...- en accordant une attention particulière à l'accès des jeunes enfants, des personnes handicapées et des personnes en situation de précarité.
- Améliorer l'accès aux soins psychiatriques au domicile en encourageant l'augmentation du nombre d'actes réalisés par les soignants des établissements psychiatriques en visite à domicile.
- Structurer la psychiatrie de l'âge par l'identification dans chaque établissement sectorisé d'une filière spécifique articulée avec la psychiatrie générale et le développement de modalités de réponse spécifiques (création de consultations spécialisées en gériatrie-psychiatrie et de visites à domicile, développement d'alternatives à l'hospitalisation temps plein, renforcement des équipes mobiles en direction des EMS), harmoniser les pratiques (création d'un centre ressources régional et mise en place d'un groupe de travail régional devant notamment définir les articulations et modalités de coordination avec la filière gériatrique pour les maladies neurocognitives) et améliorer l'articulation entre la filière de psychiatrie de l'âge et les différentes structures intervenant dans le parcours (MDPH, SSIAD, DPASAD, CDAS, CLIC, MAIA, maisons de l'autonomie...).
- Faire de la télémédecine un levier de couverture des besoins et de transfert des compétences.

06 ● AMÉLIORER ET ADAPTER LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHIATRIE

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Fluidifier la filière de pédopsychiatrie en diffusant les bonnes pratiques afin d'éviter les ruptures de parcours entre pédopsychiatrie et psychiatrie générale et en développant la pédopsychiatrie de liaison en services de pédiatrie et en maternité.
- Favoriser les prises en charge en ambulatoire.
- Limiter l'hospitalisation à temps plein au strict nécessaire en adaptant les modes de prise en charge : augmentation du recours à l'hospitalisation de jour, diminution du nombre moyen de venues par patient grâce à de nouvelles implantations dans les zones faiblement dotées et à taux de recours faibles, développement d'autres modes de prise en charge à temps complet par conversion de places, réduction des durées moyennes d'hospitalisation (DMH) dans les établissements où elles ont tendance à augmenter.
- Réguler au regard des besoins les hospitalisations au long cours en inscrivant dans les CPOM des établissements un objectif de réduction (visant à atteindre un taux maximal moyen de 15%) et en créant des équipes mobiles pour favoriser la sortie des patients d'hospitalisation temps plein et éviter les réhospitalisations rapides (équipes mobiles de type ACT : Assertive Community Treatment).
- Améliorer la prise en charge somatique des patients présentant des troubles psychiatriques en relançant l'enquête flash précédemment menée et en développant au sein des unités de psychiatrie de l'âge l'intervention d'équipes de soins somatiques (notamment gériatrie et soins palliatifs) et l'accès à un plateau technique et à un médecin somaticien.
- Améliorer les sorties d'hospitalisation et la mise en place des accompagnements.
- Promouvoir le respect des droits des patients, en référence aux bonnes pratiques, par la formation des soignants afin de mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients.

07 ● OPTIMISER LE PARCOURS DE VIE ET DE SOINS DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES OU EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE SELON LEURS BESOINS NOTAMMENT EN GÉNÉRALISANT LES PRATIQUES FAVORISANT LE RETABLISSEMENT, DONT CELLES DE REHABILITATION PSYCHO-SOCIALE

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Continuer le développement de la filière de réhabilitation psycho-sociale et soutenir les pratiques favorisant le rétablissement par la création d'un nouveau centre référent et de structures de niveau 1 et par le renforcement en moyens des structures de niveau 1 sous-dotées.
- Optimiser le parcours des jeunes présentant des troubles psychiques en développant des accompagnements adaptés en sortie de CAMSP une fois le diagnostic effectué (tels que la guidance parentale) et favoriser leur inclusion scolaire en formant/sensibilisant les professionnels des unités d'enseignement et établissements scolaires et en poursuivant l'adaptation de l'offre d'accompagnement sur les territoires notamment déficitaires (création ou redéploiement de places de SESSAD handicap psychique, SESSAD pro, CMPP, externalisation des unités d'enseignement en IME dédiés handicap psychique).
- Favoriser et optimiser le maintien en milieu de vie ordinaire des personnes présentant un handicap psychique en diversifiant l'offre de logement/hébergement en vue d'une adaptation aux besoins des personnes souffrant de pathologies/troubles psychiques, en développant sur les territoires déficitaires les services ambulatoires (SAMSAH, SAVS, SAJ) et l'habitat inclusif, en généralisant les groupes d'entraide mutuelle (GEM) dédiés handicap psychique ou cérébro-lésion et en incitant les établissements de santé à préparer dès l'entrée, en équipe pluridisciplinaire, les sorties d'hospitalisation.

- *Améliorer l'accès à l'emploi des personnes handicapées psychiques en requalifiant des places en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) pour ce public.*
- *Améliorer l'accès à l'emploi en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap, dans chaque département, en requalifiant un volant de places d'ESAT en places d'ESAT transitionnel et en développant au moins un dispositif d'emploi accompagné.*
- *Améliorer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes présentant des troubles psychiques en augmentant le nombre de places dédiées dans les structures médico-sociales sur l'ensemble du territoire régional.*

08 ● OPTIMISER LA TRANSVERSALITÉ ET LA COORDINATION DES ACTEURS DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE AU NIVEAU RÉGIONAL ET À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Renforcer le pilotage de la prévention du suicide en améliorant la coordination inter -institutionnelle et associative des actions de prévention à chaque échelle territoriale, en élargissant les missions de l'observatoire régional du suicide (avec une fonction de veille articulée avec SIVSS et une fonction d'accompagnement en complément aux missions actuelles), en optimisant la fonction ressource régionale dédiée à la prévention du suicide (sur le modèle des structures ressources de PPS et intégrant les différentes têtes de réseaux prévention, soin et médico-social) et en évaluant la mise en œuvre de la prévention du suicide dans ses différentes composantes à mi-parcours du SRS (en mettant notamment l'accent sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et l'organisation régionale et départementale).*
- *Accompagner les acteurs dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) en veillant à intégrer les différentes composantes en santé mentale (promotion, prévention, soin, accompagnements, etc.) tout en garantissant la représentation de ces acteurs dans l'organisation territoriale mise en place et à prévoir une articulation avec la filière addictologie sanitaire et médico-sociale.*
- *Consolider les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sur l'ensemble de la région notamment en définissant ce que l'ARS en attend.*



PRÉPARER LE SYSTÈME DE SANTÉ À FAIRE FACE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Pour mémoire, en application de l'article L. 1434-2 du code de santé public, le COS doit comporter des objectifs visant à organiser, dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé (ORSAN), la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles, y compris en lien avec les forces armées et le service de santé des armées (ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018).

Pour mémoire en Auvergne-Rhône Alpes, les orientations dans ce domaine sont les suivantes :

Mettre en place une veille prospective et travailler sur les situations complexes et les risques systémiques. Responsabiliser la population par une communication adaptée.

Rendre les réponses interopérables et travailler en réseau.

Renforcer la capacité de résilience du système de santé.

Pour la période 2018-2022, sont posés, au regard de celles-ci, les objectifs suivants

1. Améliorer la capacité d'analyse prospective de l'ARS et favoriser le développement de celle des acteurs de l'offre de soins et médico-sociale.
2. Investir l'ensemble du champ de la communication de crise : de la préparation/planification à la gestion de la crise « active », et jusqu'au retour à la normale.
3. Développer une position sanitaire harmonisée, et intégrer un processus de décision en réseau pour sécuriser à la fois les décideurs et la décision.
4. Renforcer la capacité du système de santé à surmonter une crise.

01 ● AMÉLIORER LA CAPACITÉ D'ANALYSE PROSPECTIVE DE L'ARS ET FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE CELLE DES ACTEURS DE L'OFFRE DE SOINS ET MÉDICO-SOCIALE

La société doit faire face à des évolutions susceptibles d'impacter le système de santé au quotidien, mais également en cas de situations sanitaires exceptionnelles. Ces évolutions, dont certaines peuvent avoir des impacts négatifs sur le système de santé (ce sont les risques systémiques), désignent les grands changements qui affectent notre société (évolutions démographiques, changement de l'environnement, concentration des structures socio-économiques, évolutions technologiques...).

Ces risques systémiques doivent être pris en compte par l'ARS et le système de santé dans son ensemble. Il faut y ajouter les risques « courants » qui impactent déjà le système de santé, comme les risques

naturels et les risques anthropiques (risques technologiques, risques réseaux, risques transports).

En cas de situations exceptionnelles, les commandes de niveau national et la pression des acteurs induisent un fonctionnement pour pallier au plus urgent, ce qui rend difficile une prise de recul pourtant nécessaire pour bien gérer la crise.

Par conséquent, l'Agence doit se doter d'une capacité d'analyse prospective lui permettant de mieux anticiper les situations de crise et l'évolution de situations exceptionnelles complexes, qu'elles soient émergentes, dormantes ou cumulatives.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Identifier l'impact potentiel des risques systémiques sur l'organisation et la capacité à réagir à une situation exceptionnelle de l'Agence régionale de santé et des établissements de l'offre sanitaire et médico-sociale.*
- *Proposer, sur la base de l'analyse évoquée précédemment, la mise en place et l'organisation de la veille prospective au sein de l'ARS : définir le champ de veille prospective, développer la culture du concept de veille prospective, organiser son fonctionnement, en lien avec les acteurs et partenaires internes et externes dont les établissements de santé et médico-sociaux.*

02 ● INVESTIR L'ENSEMBLE DU CHAMP DE LA COMMUNICATION DE CRISE : DE LA PRÉPARATION/PLANIFICATION À LA GESTION DE LA CRISE « ACTIVE », ET JUSQU'AU RETOUR À LA NORMALE

Il est important de préparer la population aux situations potentielles de crise, afin qu'elle se responsabilise et adopte les bons comportements en cas de survenue de situations exceptionnelles.

Pour ce faire, il convient de sensibiliser la population et les professionnels de santé, afin de leur donner les moyens de se prémunir contre les conséquences des risques. Cela passe notamment par l'utilisation d'outils et de messages adaptés, afin d'aider la population à se préparer et à se prendre en charge. Cette sensibilisation aux risques sera d'autant plus efficace que les messages seront ciblés, adaptés et bien relayés par les différents acteurs concernés

(professionnels de santé, établissements de santé (publics, ESPIC, privés, SSA), établissements médico-sociaux, agents ARS, médias, préfectures, mairies...).

La sensibilisation de la population à la préparation et à la prise en charge en situation de crise est un objectif à long terme.

A moyen terme, afin de sensibiliser la population et d'impliquer les différents relais dans la transmission efficace des messages, l'Agence doit investir l'ensemble du champ de la communication de crise : de la préparation/planification à la gestion de la crise « active », et jusqu'au retour à la normale.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Identifier et définir le périmètre du travail à effectuer avec la population (thématiques prioritaires, messages types selon les relais, etc.), afin qu'elle « augmente en compétence » sur les sujets situations sanitaires exceptionnelles.*
- *Développer et renforcer les liens de l'ARS avec un réseau de partenaires relais (hors santé) auprès de la population, afin de diffuser plus largement les messages de préparation et de conduite à tenir en cas de situation exceptionnelle.*
- *Développer de nouvelles modalités d'échanges entre l'ARS et les partenaires santé (au sens large : établissements de santé (publics, ESPIC, privés, SSA), établissements médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, etc.) afin d'améliorer le partage d'informations sur ces sujets SSE, et in fine, de mieux responsabiliser les partenaires santé et accroître leur autonomie en cas de situation exceptionnelle.*

03 ● DÉVELOPPER UNE POSITION SANITAIRE HARMONISÉE, ET INTÉGRER UN PROCESSUS DE DÉCISION EN RÉSEAU POUR SÉCURISER À LA FOIS LES DÉCIDEURS ET LA DÉCISION

La planification ORSEC est élaborée de manière segmentée, en fonction de la nature des risques traités (généraux, comme « pandémie », ou spécifiques, comme « Ebola »).

L'expérience des situations exceptionnelles et des exercices montre qu'il serait plus opérationnel de ne plus raisonner risque par risque, mais de façon plus globale, par type de conséquence de risque (elles peuvent être similaires entre plusieurs risques), et en intégrant davantage de souplesse et de flexibilité pour s'adapter à une situation. En effet, les acteurs de la gestion de crise qui utilisent des plans segmentés par risque peuvent se trouver rapidement démunis si l'évènement ne correspond pas à la procédure planifiée.

Par ailleurs, l'ARS doit se préparer à faire face à des crises multifacettes, liant plusieurs aspects : technologiques, économiques, de santé publique, etc. Il ne doit plus y avoir de séparation entre les disciplines ou les territoires. Cela implique de travailler plus en amont ces situations, en considérant la gestion de crise non plus seulement comme la gestion

« active » de l'évènement à chaud, mais comme un processus continu, s'étendant de la préparation/planification, à la gestion de l'évènement et jusqu'au retour à une situation en équilibre.

Les enjeux, dans la partie amont du processus de crise, sont de : développer une position sanitaire harmonisée, commune à tous les départements, plus transversale et adaptable, prendre en considération les différentes facettes de l'impact de la crise, notamment au niveau de la typologie des victimes et de leur parcours, proposer d'intégrer cette approche dans les plans préfectoraux et leur articulation, si les besoins l'exigent et, sous la conduite du Préfet, avec la chaîne inter-armées de défense.

Après déclenchement de la crise, face à des situations complexes, la prise de décision par une seule personne, quel que soit le niveau de prise de décision, constitue un risque supplémentaire en soi. La structure de gestion de crise de l'ARS doit intégrer un processus de décision en réseau pour sécuriser à la fois les décideurs et la décision.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Elaborer des scénarii sanitaires plausibles et intégrés dans les plans interservices.*
- *Actualiser, sur la base de l'évolution des risques et des menaces ainsi que de leurs conséquences, les différents volets du dispositif ORSAN (Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) en lien avec l'ensemble des acteurs concernés, afin de garantir à la population un niveau de protection élevé.*
- *Mettre en œuvre les notions de partage dans la prise de décision en gestion de crise, afin que les décisions à chaque niveau soient issues d'une concertation ; d'anticipation, pour proposer aux décideurs différentes options de décision avec les conséquences afférentes.*

04 ● RENFORCER LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ À SURMONTER UNE CRISE

La réactivité et la réponse opérationnelle du système de santé en cas de situations sanitaires exceptionnelles dépendent étroitement :

du niveau de préparation des professionnels des établissements de santé, médico-sociaux et du secteur ambulatoire ;

des travaux de planification (plans blancs et plans bleus élaborés et mis à jour pour prendre en compte les dernières orientations et obligations) ;

de l'opérationnalité des modalités organisationnelles de gestion de crise définies par les plans blancs et bleus, en articulation avec le plan départemental de mobilisation et le dispositif ORSAN.

La planification doit également intégrer :

la nécessité de ménager une marge de sécurité, en termes de capacités de prise en charge NOVI_ (nombreuses victimes) des établissements de santé, pour maintenir la permanence des soins hospitaliers et des urgences du quotidien, même en situation de crise ;

la sécurisation des ressources critiques (services des urgences, blocs, pharmacie et gaz médicaux, véhicules médicalisés, centres de régulation du SAMU, moyens de communication, services de stérilisation, etc.) ;

le choix préférentiel de zones non soumises aux risques naturels ou anthropiques pour l'implantation de nouveaux établissements ou, à défaut, la prise en compte, dans les projets, d'un besoin de sécurisation accru des nouveaux établissements implantés en zone à risque(s).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Optimiser et sécuriser les modalités de réponses du système de santé confronté à une situation de crise en renforçant les processus transversaux de gestion de crise et ceux internes aux structures sanitaires et médico-sociales de gestion de crise.*
- *Faciliter le parcours de soins des patients nécessitant une prise en charge psycho-traumatique.*

2

Les leviers stratégiques à la main de l'agence

L'évolution des techniques et des pratiques médicales, les exigences en termes de qualité et de sécurité des soins, les tensions sur la démographie médicale, la recherche d'efficacité, et plus globalement la logique d'organisation du système de santé en parcours constituent autant de facteurs qui rendent nécessaires la poursuite du développement et le renforcement des coopérations.

La réflexion sur le maillage territorial de l'offre en santé doit être menée en intégrant tous les établissements, structures et services de prise en charge et d'accompagnement du territoire tant publics que privés. Il appartient à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire, quel que soit leur statut, de répondre de façon concertée aux besoins de santé de la population en s'appuyant sur les dispositifs y compris de prévention en amont et en aval de la prise en charge hospitalière (médecine de ville et médico-social en particulier). Les coopérations entre tous ces acteurs doivent être promues, notamment les coopérations « public-privé » qui peuvent être le moyen de pérenniser une offre de soins sur un territoire, en mutualisant les ressources de chacun, dans un contexte de raréfaction des ressources médicales et soignantes.

Plusieurs projets, portés par des acteurs et structures de tout statut, ont été élaborés et mis en œuvre dans la région. Ils contribuent à la redéfinition de l'offre de soins, à son adaptation aux besoins de la population et à la création de filières de prise en charge, participant ainsi à la viabilité des établissements, et au maintien d'une réponse aux besoins de santé en proximité.

L'objectif consiste à garantir à la population, grâce à ces coopérations, un accès à des soins

de proximité et, si nécessaire, une orientation adéquate vers un service proposant une prise en charge plus spécialisée.

Ces coopérations permettent de préciser le rôle et les missions de chaque acteur de santé dont les établissements de santé, quel que soit leur statut, au sein de la zone d'activités de soins à laquelle ils appartiennent, de rendre lisible l'offre de soins et sa gradation, de mutualiser les compétences, d'assurer au patient une orientation vers l'équipe ou le service le plus à même de le prendre en charge, tenant compte de ses besoins et de son lieu d'habitation.

Dans ce contexte, le service de santé des armées (SSA) est un partenaire important dans le cadre des missions de santé publique. En effet, outre ses missions régaliennes que sont la projection opérationnelle et le soutien aux forces, l'hôpital inter armée Desgenettes soigne la population générale, les soins aux civils constituant 85 % de son activité. Cet établissement s'inscrit d'ores et déjà dans une forte dynamique de coopération via une centaine de conventions actives avec des établissements de santé ou médico-sociaux du territoire.

À côté des soins, il est important de souligner l'intérêt de ces coopérations dans le cadre de l'enseignement et de la recherche. On peut noter des partenariats nombreux sur le plan universitaire. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles, quelles que soient leurs causes, s'inscrit aussi pleinement dans ces coopérations.

L'ensemble de ces actions de partenariat ont vocation à se renforcer de manière significative.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Favoriser les coopérations entre tous les acteurs : établissements de santé, médico-sociaux, libéraux afin de consolider l'offre de proximité, préserver la ressource médicale spécialisée, la qualité de la prise en charge et le maillage territorial.*

Cet objectif général est précisé dans quelques-uns des différents leviers décrits ci-après. Ces leviers ont été sélectionnés au regard de leur impact dans la mise en œuvre des réponses pour améliorer les

parcours de santé proposées précédemment et qu'ils sont communs la plus part du temps à plusieurs d'entre eux.



ADAPTER L'OFFRE EN RESSOURCES HUMAINES AUX ENJEUX MÉDICO-SOCIAUX ET SANITAIRES

Le levier stratégique « ressources humaines » est à inscrire dans la perspective de l'objectif transversal formalisé dans le préambule du COS : « le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficacité des prises en charge et des accompagnements », ainsi que dans les perspectives énoncées dans la stratégie nationale de santé 2018-2022.

Dans le prolongement des lois de « modernisation de notre système de santé » et « adaptation de notre société au vieillissement », la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, renforce les politiques de désinstitutionnalisation et de soutien à domicile : soins ambulatoires, inclusion et/ou du maintien dans le milieu ordinaire, mutualisation des ressources (GHT, coopérations...) avec toujours pour finalité l'accès aux soins pour tous, la réduction des inégalités, la préservation de l'autonomie et des droits à la citoyenneté.

Le renforcement de la prévention, de la coordination et de la transversalité dans les pratiques autour du parcours sur les territoires nécessitent une adapta-

tion et un décloisonnement des pratiques professionnelles avec l'actualisation des connaissances au regard des résultats scientifiques issus de la recherche d'une part, et d'autre part, l'émergence des techniques chirurgicales et médicales de plus en plus pointues impliquant une réflexion autour de l'activité, le développement des coopérations entre les professionnels de santé et les formations spécifiques. Cette évolution répond à la demande de qualité et de respect de leurs droits des usagers, plus largement impliqués dans les décisions relatives aux politiques de santé.

Dans le cadre du PRS (2012-2017), des travaux ont permis de répondre à cette nécessité d'estimation des besoins en compétences au regard de l'évolution des publics et de l'activité.

Sur le médico-social un plan régional d'actions ressources humaines 2014-2017 centré sur le déploiement de l'attractivité des métiers de la perte d'autonomie par les pratiques de gestion des ressources humaines a été piloté en partenariat avec les institutionnels régionaux.

La déclinaison des différents plans (santé mentale, précarité, MND, autisme, cancer...) invitent clairement les ARS à mener des actions pour contribuer à l'adaptation des formations aux nouvelles compétences.

Le volet ressources humaines a vocation à estimer, analyser et rendre compte de données pouvant permettre d'objectiver quantitativement et qualitativement les besoins prévisionnels. Il s'agit d'assurer une meilleure gestion prévisionnelle régionale des effectifs et des compétences et garantir l'offre et la qualité des services et prestations sur les territoires de parcours dans un contexte d'optimisation de la ressource existante.

En conséquence, le développement d'une stratégie « ressources humaines » doit pouvoir contribuer à :

- l'enrichissement de la connaissance des besoins en qualifications et en métiers sur les territoires de parcours,
- l'anticipation et l'analyse prospectives des besoins et pour la mise en œuvre des réformes,

- l'adaptation et l'optimisation de la ressource et de l'offre existantes,
- l'accompagnement de l'évolution des pratiques professionnelles autour du parcours pour l'amélioration de la qualité des soins et des accompagnements,
- l'information et le partenariat avec des acteurs impliqués sur les sujets ressources humaines.

L'ARS sera vigilante sur la situation de la démographie des professionnels de santé et mettra en place, en tant que de besoin, une concertation permettant de conforter l'offre des établissements de santé.

Ce volet transversal vaut pour l'ensemble des directions métiers de l'Agence régionale de santé au sein desquelles il est décliné par un plan d'actions spécifique et/ou dans le cadre de leurs missions.

Les enjeux relatifs à l'offre de premier recours / libérale sont développés au sein du paragraphe « Accompagner l'offre de premier recours dans ses évolutions organisationnelles afin d'améliorer la réponse de proximité ».

DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELLS : RÉPONDRE AUX BESOINS DES SECTEURS DE SANTÉ



La région Auvergne-Rhône-Alpes offre de grandes disparités dans la répartition des professionnels de santé et médico-sociaux sur son territoire : faible densité dans les zones rurales et dans l'arc alpin, forte densité dans

les zones urbaines. L'objectif est de répondre aux

besoins de soins de la population et de mettre à disposition sur la marché du travail des professionnels de santé et médico-sociaux formés et compétents sur l'ensemble du territoire.

Le médico-social, confronté à une hétérogénéité de l'offre caractérisée par la diversité des publics accueillis, des statuts et autres spécificités liées à l'histoire, demeure peu attractif. Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes âgées sont plus touchés par les problématiques de recrutement.

La démographie médicale

Contexte et enjeux

De nombreux établissements de santé et établissements et services médico-sociaux de la région, publics, privés à but lucratifs ou non lucratifs, sont aujourd'hui en situation de fragilité pour le recrutement de médecins du fait des contraintes de la démographie médicale.

L'augmentation progressive du *numerus clausus* intervenue à partir de 2005 commence à produire ses effets mais parallèlement, le départ à la retraite de l'importante génération du baby-boom, la tendance à l'hyperspécialisation que la réforme du 3^e cycle risque de renforcer, le souhait de travailler en grandes équipes, la réduction du temps de travail médical, la pénibilité de la permanence des soins conduisent à une aggravation du déficit médical, tout particulièrement hors des grands centres urbains, dans les petits établissements de santé et les structures médico-sociales.

Cette situation conduit à de la surenchère, voire à de la concurrence entre les établissements d'un même territoire et génère des surcoûts importants (la progression des charges de personnel médical est de + 3 % par an en moyenne), en raison notamment du recours à de l'intérim ou à des vacataires. Le décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé fixe un salaire brut maximum pour la rémunération d'un praticien mis à disposition dans un établissement public de santé

par une entreprise de travail temporaire. Ce décret prescrit également aux agences de travail temporaire de renseigner les établissements sur les qualifications, l'autorisation d'exercice, l'aptitude, ainsi que le non-cumul d'activité des praticiens qu'elles mettent à disposition. Les contraintes s'imposant actuellement aux établissements de santé et la nécessité de disposer d'une offre de soins coordonnée, obligent à s'interroger sur la meilleure organisation des activités et donc sur la meilleure répartition des ressources médicales.

Certains territoires de la région apparaissent particulièrement en défaut d'attractivité médicale pour l'exercice hospitalier comme en témoigne également le fort taux de recours par des établissements publics à des contrats de cliniciens hospitaliers, le recours à l'intérim et les contrats temporaires dans les établissements privés non lucratifs, qu'il s'agisse des établissements de santé ou médico-sociaux. L'objectif est donc de développer l'attractivité de l'exercice médical pour l'ensemble des établissements participant au service public.

Le législateur a introduit de nouvelles mesures destinées à développer l'exercice médical partagé et à encourager l'engagement dans le service public hospitalier.

Il s'agit notamment de :

La prime d'exercice territorial, qui permet de moderniser et d'adapter le régime indemnitaire des praticiens pour soutenir notamment les dynamiques d'équipes médicales de territoire.

Les points de rupture

Les territoires isolés

Une des caractéristiques de la région, malgré, ou du fait de sa taille, est de disposer d'un grand nombre d'établissements de santé de proximité.

En contrepartie, cette dispersion de l'offre génère des difficultés pour assurer un bon niveau de compétences médicales, bien qu'elle permette l'accès aux soins à tous publics, y compris les plus vulnérables, et pour maintenir la performance des établissements dans un système porté par l'activité.

Pour les établissements de santé : la mise en place des groupements hospitaliers de territoire doit permettre de pallier ces difficultés dans le secteur public et de garantir, de ce fait, un même niveau de qualité de prise en charge à tous les habitants de la région.

Sur le secteur médico-social, la répartition d'une offre équitable et adaptées aux besoins, par redéploiement ou ouverture de structures dans un contexte de réformes multiples autour du fonctionnement en réseau articulé et optimisé.

Les spécialités en tension

Certaines spécialités essentielles au fonctionnement hospitalier sont particulièrement confrontées à des difficultés actuelles de recrutement et souffrent d'un manque d'attractivité. Ces spécialités identifiées lors des précédents SROS des deux ex-régions, demeurent identiques dans la région Auvergne-Rhône-Alpes ; il s'agit des :

anesthésiste-réanimateurs,
radiologues,
urgentistes,
pédiatres,
gynécologue-obstétriciens,
psychiatres.

La prime d'engagement dans la carrière hospitalière créée au bénéfice des praticiens contractuels et assistants des hôpitaux qui s'engagent, au travers d'une convention de carrière hospitalière, à exercer à l'hôpital public dans une spécialité définie en tension au niveau local ou au niveau national et à passer le concours national de praticiens hospitaliers.

D'autres spécialités médicales indispensables au fonctionnement des ESMS sont également confrontées à des difficultés de recrutement : les médecins coordonnateurs, les médecins généralistes.

Les problématiques territoriales

Pour l'exercice hospitalier, certains territoires de la région apparaissent particulièrement en défaut d'attractivité médicale comme en témoigne notamment le fort taux de recours par des établissements publics à des contrats de cliniciens hospitaliers ; c'est le cas notamment de l'Allier et de la Loire.

Le secteur médico-social, est confronté depuis plusieurs années à des postes vacants de médecins, non pourvus soit en totalité, soit partiellement, plus particulièrement de médecins coordinateurs sur le secteur des personnes âgées.

Les orientations et objectifs de l'ARS

Pour toutes ces raisons, l'ARS entend poursuivre une politique de soutien aux établissements pour renforcer l'attractivité médicale, notamment par l'amélioration des conditions de travail des médecins et par le développement d'une organisation territoriale de l'offre de soins renforçant l'accessibilité aux soins hospitaliers et assurant une utilisation optimisée des ressources médicales disponibles.

Ainsi, le recours à des assistants spécialistes partagés et le développement d'équipes médicales de territoire sont des leviers à actionner, afin de définir et de décliner les projets médicaux de territoire. La réflexion et la co-construction de projets médicaux d'une filière de soins sur un territoire peuvent être un facteur d'attractivité pour le recrutement de médecins.

Sur le secteur médico-social, une réflexion devra être portée sur la valorisation de la fonction de médecin plus spécifiquement, avec le développement du soutien pour l'exercice de leurs fonctions, notamment dans l'articulation et la continuité des soins (relation ville-hôpital-ESMS...) et la mutualisation de temps de médecins sur certains territoires.

Les professionnels de santé et médico-sociaux

Contexte et enjeux

Les instituts de formation aux métiers de la rééducation forment de plus en plus de professionnels. Le fort écart de rémunération entre l'exercice salarié et l'exercice libéral entraîne une forte désaffection de l'exercice en établissements et service de soins et de soins médico-social. Certains postes offerts dans les ESMS et les établissements de santé restent non pourvus. L'attractivité n'est pas seule en cause et certains territoires sont véritablement confrontés à un déficit d'offres en métiers sur le marché du travail. Les métiers de la rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes...), ainsi que des infirmiers, souffrent d'un fort défaut d'attractivité en établissements de santé et en ESMS. Les besoins en professionnels de niveau V¹⁸, plus particulièrement les aides-soignantes sont toujours élevés. Les départements transfrontaliers, après une accalmie, ont dû fermer des structures faute de professionnels sur le marché du travail. Certains territoires ruraux et montagneux rencontrent les mêmes difficultés.

Une étude menée en partenariat avec le conseil régional, la DRDJSCS et la DIRECCTE dans le cadre du précédent PRS, documente la problématique et en présente les causes multifactorielles. La reconnaissance professionnelle et la qualité de vie au travail sont prioritairement évoquées.

Une étude réalisée par l'INSEE projette l'évolution des besoins au regard du vieillissement de la population recensée en incluant les personnes handicapées vieillissantes. La méthode d'estimation prospective des besoins est calée sur les orientations des politiques de santé, notamment le développement du soutien à domicile face à une offre en établissements médico-sociaux stabilisée. Au total, en 2020, 110 000 personnes en situation de dépendance (soit 59 % du total des personnes en situation de dépendance et donc une progression de 4 points) vivront à domicile. Au regard de cette projection, ce qui pose la question de la répartition territoriale de l'offre de soins notamment en soins infirmiers.

Les instituts de formations des filières soins et social, plus particulièrement les niveaux V peinent à attirer un nombre de candidats correspondant à leurs capacités de formation.

Sur le médico-social, des actions ont été menées pour valoriser ces professionnels de niveau V, notamment par le financement des parcours de validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'aide-soignant ou d'agent éducatif et social. La création de ce nouveau diplôme, « Accompagnant éducatif et social » (DEAES) apporte une offre en ressources qualifiées complémentaires avec 3 spécialisations pour trois lieux d'exercice : le domicile, l'établissement et le milieu scolaire.

¹⁸ Ce niveau correspond aux métiers suivants aides-soignants, accompagnant éducatif et social, moniteurs éducateurs, tous les métiers dont la formation ne nécessite pas le baccalauréat.

Les points de rupture

A l'instar du corps médical, le défaut de personnels qualifiés nuit à l'accès aux soins, à la qualité des prestations. Certains secteurs et territoires sont plus impactés, avec des fermetures et non installation de places programmées dans le schéma régional, sur le médico-social. Des départements, comme ceux de l'arc alpin, cumulent les difficultés aggravées par la proximité de la frontière suisse.

L'observation demeure un enjeu pour l'anticipation et le suivi. L'insuffisance en professionnels qualifiés disponibles a amené les acteurs à s'appuyer sur les viviers de compétences ressources. Des expérimentations sont conduites par des établissements de santé (ES) et Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) pour assurer la continuité des soins et des accompagnements.

Pour l'ensemble de ces professionnels il conviendra :

d'analyser les besoins en activités et en professionnels de santé et médico-sociaux, quantitativement et prospectivement, avec l'appui des outils existants et en partenariat avec les institutions compétentes ;
de développer l'observation du suivi des formations et de l'insertion des jeunes professionnels sur le marché du travail pour la totalité des professions concernées et pour l'ensemble des différents modes d'exercice : sanitaire et médico-social, salarié et libéral ;
de repérer les expériences et les réalisations, plus particulièrement sur le médico-social pour répondre aux besoins de la population.

Pour la période 2018-2022 sont posés les objectifs suivants :

1. Améliorer l'observation et développer des outils pour mieux répartir l'offre en professionnels et identifier les besoins en emplois et en métiers.
2. Mettre en œuvre des modalités d'évaluation, de suivi et d'anticipation des besoins en ressources humaines.
3. Activer des leviers pour le développement de l'attractivité des métiers dans la continuité des actions menées et en partenariat avec les partenaires régionaux.
4. Repérer les dispositifs de coopération et de mutualisation innovants et/ou efficaces sur les territoires.
5. Mener ou impulser des actions sur les territoires prioritaires pour renforcer les effectifs en professionnels sur le marché du travail.
6. Poursuivre les actions autour des déserts médicaux.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Observer, identifier les besoins en ressources humaines, en professionnels de santé par typologie d'Etablissements de santé (ES) et d'Etablissements et service médico-sociaux (ESMS).*
- *Inciter les ES et ESMS à mesurer, analyser et anticiper les besoins en effectifs par le biais des outils existants.*
- *Renforcer les partenariats avec les partenaires chargés de définir les besoins en formation initiale.*
- *Développer des dispositifs à distance prenant appui sur les nouvelles technologies (télémédecine, téléconsultation, télé expertise, télésurveillance) dans les structures (EHPAD) et territoires prioritaires.*
- *Déployer les coopérations entre professionnels de santé.*
- *Repérer les pratiques de terrain mises en œuvre (mutualisation, groupements, coopérations parcours professionnels...).*
- *Mener des expérimentations modélisables à partir des réalisations de terrain pour répondre aux besoins des usagers à partir des ressources existantes (viviers de compétences, délégations de tâches...).*
- *Valoriser et déployer les parcours VAE sur les niveaux V dans le secteur médico-social.*

ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES



Contexte et enjeux

La mise en œuvre des réformes et la déclinaison des orientations, face à la nécessité d'efficacité, d'optimisation de la ressource et de réduction des dépenses, enjoignent les ES et ESMS à appliquer et

mettre en œuvre la réglementation rapidement. Les CPOM sont des leviers aux mains de l'ARS. Les démarches d'évaluation interne-externe (ANESM) et de certification (HAS) accentuent les exigences relatives aux organisations internes pour la « qualité continue » des prestations d'accompagnement et de soins.

Parallèlement, les outils et le contenu même des prestations évoluent, les interventions des professionnels sortent des murs et/ou des services dans le respect des droits des usagers et de leur parcours. La prévention, l'éducation pour la santé et la santé communautaire sont des axes prioritaires des réformes de la santé. Dans le cadre du précédent PRS, plusieurs projets territoriaux inter sectoriels et inter établissements et services ont été menés, pour l'accompagnement des pratiques de gestion ressources humaines.

Souvent en partenariat avec les DIRECCTE, acteurs de l'emploi et les OPCA, ils permettent à l'ARS de favoriser les échanges de bonnes pratiques de gouvernance et de management et de contribuer à l'amélioration des fonctionnements en amont des inspections. Ainsi, dans la Loire, la DIRECCTE et l'ARS, se sont associés pour animer une action collective autour des ressources humaines.

La formation, initiale et continue, est également un levier pour l'évolution des pratiques professionnelles¹⁹. Des directives sont d'ailleurs adressées par le ministère à destination de la FPH et actualisées chaque année. De fait, une réingénierie des forma-

tions des filières sociale et sanitaire est actuellement pilotée au niveau du ministère pour adapter les référentiels de formation initiale. Le secteur de la formation continue, avec le soutien des OPCA contribue à l'adaptation de l'offre de formation et de nombreux programmes actualisés sont à disposition des secteurs. Leur labellisation est également à l'étude.

Les instituts de formation doivent relever de nombreux défis : organisation des terrains de stages, adaptation, qualification et reconnaissance du corps enseignant inscrits dans la dynamique de la réingénierie des formations paramédicales, dimensionnement et répartition géographique des instituts, processus « d'universitarisation » et intégration aux universités. Dans le cadre de ces missions l'ARS soutient ce processus. Conformément aux engagements pris lors de la Grande conférence de santé en février 2016, l'ARS favorisera le processus d'intégration des formations paramédicales à l'université notamment en veillant à :

- répartir et harmoniser l'offre de formation paramédicale,
- définir les conditions d'un meilleur encadrement pédagogique des formations paramédicales en partenariat avec les universités.

Par ailleurs la constitution des groupements hospitaliers de territoires impacte l'organisation et les modalités de fonctionnement des instituts de formation rattachés à un établissement public de santé.

Les établissements supports des GHT désignent les directeurs des soins coordonnateurs des instituts de formations. Ces derniers pilotent les projets partagés de formation en privilégiant les actions de coopérations et de mutualisation dans les domaines suivants : stages, ressources pédagogiques (enseignement par simulation, enseignement à distance, e-learning) ressources documentaires, sélection des candidats).

¹⁹ INSTRUCTION N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/211 du 26 juin 2017 relative aux orientations retenues pour 2018 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Points de rupture

Les nouvelles approches bousculent les fonctionnements classiques et nécessitent que les dirigeants et professionnels soient accompagnés face à ces changements. La rapidité des changements nécessitent que les acteurs de la formation soient informés sur les orientations et que les projets soient convergents et adaptés aux besoins et à la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

La formation initiale

Médicale

La réforme du 3^e cycle des études médicales (internat), entrée en vigueur à la rentrée universitaire 2017-2018, s'intègre au schéma Licence-Master-Doctorat des études médicales aux fins d'uniformisation européenne. Elle a pour enjeux de faire évoluer la conception de formation spécialisée vers une dynamique de métier afin de mieux répondre aux besoins de santé et aux évolutions de la médecine.

Elle apporte une plus grande lisibilité des formations des spécialités médicales et chirurgicales, désormais toutes qualifiantes et filiarisées, ainsi qu'un cadre pédagogique solide par le biais d'un référentiel garantissant l'acquisition progressive de l'ensemble des compétences nécessaires à l'exercice des métiers. La création de trois phases d'apprentissage permet d'adapter les projets et techniques pédagogiques, non seulement en facilitant la prise de fonctions des internes en début de parcours mais également en tendant vers une autonomisation supervisée en fin de parcours. La réforme renforce également l'accompagnement des internes, à la fois individualisé et collégial. Ainsi, l'évaluation régulière et personnalisée de chaque parcours appuyée sur un contrat de formation et sur un portfolio se conjugue avec l'évaluation collégiale par des commissions de coordination locale et régionale pour chaque spécialité.

L'un des objectifs du plan « renforcer l'accès territorial aux soins » est de « favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation » (objectif n°6 au sein de la priorité n°1 « renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicales et soignantes accrue »).

Par ailleurs, la formation seule ne suffit pas à faire évoluer les pratiques professionnelles, elle doit être complétée par des leviers identifiés et mis en œuvre par les dirigeants et encadrants dans le cadre d'une stratégie ressources humaines et managériale.

Ainsi, il s'agira de développer les stages extrahospitaliers, c'est à dire les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation, pour l'ensemble des spécialités, en facilitant l'accueil des étudiants en médecine, en développant les aides et en améliorant leurs conditions d'hébergement et de transport, en partenariat avec les institutions concernées. Pour les maîtres de stage, il s'agira de revaloriser financièrement l'indemnité des maîtres de stage en zone sous-denses de 50 % (soit 300 €), par le biais de conventions médicales ; et de simplifier les démarches pour devenir maître de stage. Les autres mesures du plan « renforcer l'accès territorial aux soins » sont développées dans la partie 1^{er} recours.

Paramédicale et médico-social

Dans le cadre réglementaire prévu, l'ARS veille à garantir le renouvellement des professionnels de santé afin de garantir la pérennité de l'offre de soins. Elle doit pour cela réguler et organiser l'offre de formation initiale des futurs professionnels. L'ARS, en partenariat avec le Conseil Régional a mis en place un dispositif de suivi de formation et d'insertion des nouveaux professionnels pour l'ensemble des formations dispensées dans la région.

La formation initiale, soumise aux référentiels réglementaires, sur les filières soins et sociale, est encore très hospitalo-centrée et/ou établissement-centrée. La pratique professionnelle autour du parcours requiert que les modalités de formation s'adaptent dans le respect des référentiels. Les instituts de formations et les enseignants doivent eux aussi s'adapter à l'évolution des pratiques d'accompagnement pour répondre aux attentes des usagers.

La formation continue

Dans le cadre du PRS (2012-2017), des travaux ont permis de répondre à cette nécessité d'estimation des besoins en compétences au regard de l'évolution des publics et de l'activité.

Le Ministère de la santé a choisi une entrée par les référentiels²⁰ pour faciliter la participation des acteurs de terrain.

La déclinaison des différents plans (santé mentale, précarité, maladies neurodégénératives, Autisme, cancer...) invitent clairement les ARS à mener des actions pour contribuer à l'adaptation des formations aux nouvelles compétences. Le décloisonnement des pratiques professionnelles et des fonctionnements doit faire l'objet d'actions de formation prioritaire et pluridisciplinaire afin de favoriser la diffusion de l'état des connaissances actualisées d'une part et, d'autre part, la coordination des interventions autour des parcours des usagers.

L'ARS doit impulser ou piloter des actions d'information et de sensibilisation (ex. : autisme, santé mentale...) auprès des professionnels et acteurs de la formation.

Elle peut également identifier et prioriser des actions cibles pour l'accompagnement des pratiques, conformément à la réglementation.

Formation et développement professionnel continu (DPC)

Concernant la formation des professionnels de santé paramédicaux, il faut distinguer la formation initiale, pour laquelle l'ARS est garante du respect des contenus pédagogiques enseignés au sein des instituts de formation de la région, et la formation continue, qui s'inscrit principalement dans le cadre du DPC (Agence Nationale du DPC, partenariat avec l'ANFH).

Ainsi, l'ARS a initié un travail en lien avec les partenaires sociaux (ANFH) pour que les professionnels de santé paramédicaux aient à leur disposition une offre de formation répondant aux évolutions de prise en charge des patients (le virage ambulatoire en établissements de santé, l'évolution technologique et des concepts de prise en charge, la télémédecine...).

Pour la période 2018-2022 sont posés les objectifs suivants :

1. Identifier les leviers de soutien, les outils de l'ARS.
2. Mener la Réforme du 3^e cycle des études médicales en partenariat avec les universités et les CHU.
3. Développer des formations prioritaires dans le cadre du DPC, en partenariat avec les OPCA.
4. Elaborer des actions et des projets avec l'appui des fédérations prenant appui sur les réalisations remarquables.
5. Contribuer à la mise en œuvre du service sanitaire des étudiants en santé.
6. Favoriser le développement de formations transversales, inter professionnelles, inter secteurs.
7. Associer les OPCA à la dynamique d'accompagnement des pratiques professionnelles.
8. Communiquer auprès des formateurs des instituts les évolutions du secteur médico-social.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Mettre en œuvre la réforme du 3^e cycle des études médicales.*
- *Favoriser la mise en œuvre de la coordination et de la mutualisation des Instituts de formation au sein des GHT et à l'échelle du territoire.*
- *Inscrire dans les CPOM et les démarches qualité les axes de formation prioritaires.*
- *Prendre appui sur le DPC pour élaborer et conduire un programme pluriannuel de formation prioritaire, sous forme de séminaires, en direction notamment des médecins généralistes.*
- *Organiser un plan de communication en direction des instituts de formation autour de l'accompagnement des pratiques professionnelles.*
- *Impulser la mise en œuvre de formations pluridisciplinaires.*

²⁰ Cf. réf 2016 Encadrants et parcours.

ACCOMPAGNER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL



L'un des domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé 2018-2022 est « prendre soin de ceux qui soignent », dont l'un des 3 objectifs est « améliorer la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels de santé et médico-sociaux ».

Ces orientations s'inscrivent dans la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail (décembre 2016, complétée par un second volet consacré aux professionnels de santé exerçant en ambulatoire en mars 2017).

La qualité de vie au travail (QVT) est également un enjeu de performance. Inscrite dans les orientations de la stratégie nationale de santé, le déploiement de la démarche relève également de l'organisation et du management.

L'objectif est de décliner au niveau régional et/ou local, les orientations nationales relatives à la qualité de vie au travail, les enjeux de la promotion de la santé et du bien-être au travail, des professionnels de santé définies au niveau national ou en cours de définition :

la mission de structuration de l'organisation des médiations en établissements de santé, menée par Monsieur Edouard Couty (médiateur national) ;
la mission sur la qualité de vie au travail des professionnels de santé (DGOS et HAS).

Dans un secteur d'activité connu pour sa forte exposition aux risques professionnels (cf. rapports annuels du COCT²¹) l'Agence se mobilise auprès des établissements de santé en cofinçant des équipements, des expertises et des formations-actions visant l'amélioration des conditions de travail. Les financements des CLACT²² doivent être pérennisés.

Afin de mieux cibler les accompagnements, le repérage des établissements les plus exposés doit être renforcé, car les conséquences (perte de compétence, de disponibilité, de bienveillance) peuvent avoir des répercussions sur la prise en charge des usagers.

La HAS et l'ANACT développent des outils afin de conjuguer « qualité de vie au travail » des salariés, qualité des prises en charges et performance. Une démarche territoriale sur les secteurs du sanitaire et du médico-social, inter établissements, alternant des interventions au sein des structures et collective, pilotée par l'ARS, intitulée « Cluster QVT » a été conduite par l'ARS.

Le pilotage de plusieurs expérimentations, dont « le cluster QVT » et projets territoriaux, sur la question des pratiques de gestion des ressources humaines, amène à soulever un point de vigilance sur la nécessité de faire de la QVT une démarche intégrative et transversale, et non pas une démarche venant s'ajouter aux autres instances et/ou travaux (démarche qualité, démarche d'élaboration du plan de formation, projet d'établissement d'organisation et de management...). Plus précisément, l'analyse et le bilan de ces travaux convergent vers le même constat : les structures peinent à se passer d'un pilotage externalisé et peuvent rencontrer des difficultés à internaliser la démarche. La QVT doit être avant tout « internalisée », appropriée et intégrée pour être pérenne.

De nombreux acteurs se sont emparés actuellement de la dimension QVT (CARSAT, l'ARACT, les OPCA, les écoles de management et les Instituts d'administration des entreprises) et sollicitent les établissements de santé et les ESMS.

²¹ Comité d'orientation pour les conditions de travail, instance rattachée au ministre en charge du travail.

²² Contrat local pour l'amélioration des conditions de travail.

Pour la période 2018-2022 sont posés les objectifs suivants en déclinaison de la Stratégie nationale de santé

1. Renforcer les équipes de santé au travail en établissements de santé.
2. Accompagner l'expression et l'initiative des équipes médicales et soignantes, ainsi que l'évolution des organisations afin d'améliorer la qualité de vie au travail.
3. Encourager les établissements à mettre en place des dispositifs de détection et de prise en charge des risques psycho-sociaux, et notamment des syndromes apparentés à l'épuisement professionnel (« burn-out »).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Inscrire dans les CPOM, des actions pour l'amélioration des pratiques de GRH, de QVT, en priorité dans le secteur médico-social.*
- *Valoriser et favoriser des démarches de QVT territoriales et inter-établissements.*
- *Favoriser et valoriser les actions territoriales autour des échanges de pratiques de gestion des ressources humaines.*
- *Diffuser les outils existants (ARS, HAS) et faciliter le déploiement des démarches qualité de vie au travail en ESMS et en établissements de santé.*
- *Veiller à la couverture des établissements par la médecine de travail, en promouvant une logique de gradation (dans le cadre des GHT et / ou de services inter-entreprises).*
- *Poursuivre l'effort d'accompagnement des établissements au travers des CLACT.*



Le parcours de santé se définit « comme la prise en charge globale du patient et de l'usager dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire (tant en ville qu'en établissements de santé), du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement » (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2012 SGMCAS).

Il est dit complexe, « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux » (article 74 loi de modernisation du système de santé).

La Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 met en avant l'organisation des soins du patient dans le cadre d'une médecine de parcours reposant sur la coopération et la coordination de l'ensemble des acteurs de santé.

LA COORDINATION AUTOUR DE LA PERSONNE, POUR UN PARCOURS DE SANTÉ SANS RUPTURE



Depuis plusieurs années, des dynamiques existent pour développer les liens entre acteurs de santé et mieux coordonner les parcours de santé, qu'il s'agisse d'information, d'orientation ou de coordination des parcours :

2000 : les Centres locaux d'information et de coordination – CLIC.

2002 : les réseaux de santé.

2010 : généralisation des Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie – MAIA : guichet intégré et gestionnaires de cas.

2010 : PRADO pour la sortie des établissements de santé (CNAM).

2013 : les Coordination territoriale d'appui – CTA du projet PAERPA.

2016 : les plateformes territoriales d'appui à la coordination – PTA.

2016 : les Maisons départementales des personnes handicapées – MDPH créées en 2005) sont compétentes pour élaborer un plan d'accompagnement global et mettre en place un dispositif d'orientation permanent.

Ces dispositifs ont donc une maturité différente. Leur répartition territoriale est également différente : couverture nationale intégrale pour les MDPH, quasiment réalisée pour les MAIA (99 % du territoire), couverture hétérogène pour les CLIC selon les politiques départementales, et montée en charge progressive pour PAERPA et PTA. Le plan d'accompagnement global (PAG) en phase de déploiement dans certains départements volontaires, sera généralisé au 1^{er} janvier 2018.

Les populations cibles des dispositifs ne sont pas identiques :

Pour les personnes handicapées : les MDPH lorsqu'elles élaborent un plan d'accompagnement global. Pour les personnes âgées : les CLIC (le cas échéant pour les personnes handicapées), les MAIA et les CTA de PAERPA.

Pour les personnes en situation complexe sans distinction d'âge, ni de pathologie : les PTA et les réseaux de soins polyvalents.

Enfin ces dispositifs ont une couverture territoriale différente : le département pour les MDPH, infra départementale majoritairement pour les PTA, les réseaux de soins, les MAIA, les CTA et enfin les CLIC.

Par ailleurs, compte tenu de la complexité de certains parcours, les établissements et/ou services de santé ont pu mettre en place de nouvelles fonctions de coordination, comme les infirmiers de coordination en cancérologie. Pour renforcer la coordination médecins et infirmiers, le dispositif d'action de santé libérale en équipe dit « Asalée » a permis d'expérimenter de nouvelles organisations en prévention et soins primaires.

Pour la prise en charge des personnes handicapées, 30 pôles de compétences et de prestations externalisées maillent aujourd'hui le territoire régional et constituent des effecteurs des MDPH en ce qu'ils sont à même de prévenir la dégradation d'une situation en intervenant notamment auprès des personnes sur liste d'attente, en devenant les correspondants de pôles régionaux d'expertise de niveau 3 permettant ainsi aux équipes pluridisciplinaires de disposer d'un diagnostic complexe et différentiel et comme viviers de coordonnateurs de parcours.

Une dynamique de type méthode intégrée en matière de troubles du spectre de l'autisme pourrait être initiée sur la métropole de Lyon, avec l'appui du CREAI. Cette juxtaposition de dispositifs se révèle complexe tant pour les usagers que pour les professionnels concernés.

L'ARS s'inscrit dans l'objectif national de leur convergence dans les territoires de la région, qui sera de plus le cadre d'une réelle évolution des pratiques professionnelles sur les territoires, au service du développement de réponses ambulatoires coordonnées, visant à améliorer le parcours de santé, ou susceptible de réduire les hospitalisations évitables ou les prises en charge en urgence.

L'ensemble de ces dispositifs, existants ou nouvellement créés par la Loi de santé, concourent à l'objectif commun de d'améliorer le parcours des publics. L'enjeu majeur aujourd'hui est celui de leur convergence, dans un souci de lisibilité, d'efficacité et d'efficience du système de santé. Cette convergence est confortée par la fongibilité des financements les concernant, permise par l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

UN ENJEU FORT : FACILITER LA CIRCULATION DE L'INFORMATION ENTRE LES INTERVENANTS DES PARCOURS



La circulation de l'information entre acteurs de santé constitue un enjeu majeur pour une bonne coordination des parcours de santé de la population. Le dispositif régional d'échange et de partage d'informations de santé

vient en soutien de ces nouvelles organisations. L'objectif est de proposer à l'ensemble des acteurs de santé des services numériques contribuant à une prise en charge globale, continue et coordonnée, en garantissant la sécurité et la confidentialité des échanges. Chaque professionnel et structure de santé, utilise une interface adaptée à sa pratique et autant que possible à son outil habituel. Ces outils sont évolu-

tifs pour répondre au mieux au besoin des professionnels.

Ainsi, dans le cadre de la coordination des parcours de soins l'agence va poursuivre le déploiement à destination des réseaux de santé, MAIA et PTA d'un outil régional, sous forme de portail web sécurisé. L'objectif poursuivi est celui d'un équipement des structures de coordination en outils numériques permettant de mieux gérer leur file active, mais surtout d'échanger de manière dématérialisée la plus fluide possible en centralisant l'information sur le patient et en la partageant entre les différents acteurs concernés, dans le respect du consentement à l'utilisation de ces données par le patient.

De manière plus générale, la fluidification de la circulation de l'information entre professionnels, que leur exercice s'effectue en libéral ou en établissement, qu'ils soient professionnels médicaux, paramédicaux, socio-médicaux ou sociaux, en utilisant les outils numériques, constitue un axe important pour les prochaines années.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Accompagner la convergence des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé dans chacun des territoires de la région.*
- *Soutenir les initiatives de coordination autour des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriale de santé ; et faciliter leur accès à des données de santé pour constituer des projets de santé. A noter que le dispositif « Balises » permet à tous les acteurs de disposer d'une information fiable, actualisée et comparative avec les données régionales et nationales.*
- *Faciliter la circulation et le partage de l'information utile à la coordination des parcours, entre l'ensemble des professionnels et usagers en leur proposant des services numériques contribuant à une prise en charge globale, continue et coordonnée, tout en garantissant la sécurité et la confidentialité des échanges.*



LES OUTILS D'APPUI ET DE COORDINATION DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, les orientations définies au sein du cadre d'orientation stratégique, mais aussi les objectifs d'amélioration des

parcours en santé proposés, supposent de renforcer ou nouer de nouveaux partenariats, de créer un cadre d'intervention propice à l'action, et de soutenir les acteurs.

Au regard de ces enjeux, les objectifs suivants seront poursuivis dans les 5 prochaines années

1. Développer les liens avec les universités.
2. Contribuer à une meilleure articulation entre les porteurs de politiques publiques.
3. Soutenir le développement d'un environnement favorable à la santé.
4. Développer l'appui aux acteurs du secteur de la prévention de la santé.
5. Développer les outils d'appui et de coordination en réponse aux besoins des acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé.

O1 ● DÉVELOPPER LES LIENS AVEC LES UNIVERSITÉS

Dans le cadre du renforcement de la prévention et promotion de la santé, il convient de s'appuyer sur la mise en place d'actions probantes et les évolutions possibles dans ce domaine, auxquels les Universités de la région contribuent de leur côté.

Les travaux universitaires en cours visent à mettre en place un « secteur de santé publique » qui repo-

sera sur l'ensemble des universités de la région (4 CHU et diverses structures de formation existantes volontaires).

Dans le contexte de cette dynamique, il est apparu particulièrement important que l'ARS soit en lien très fort, dès le démarrage de ce projet, avec les porteurs.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Mettre en place des relations régulières pour partager et accompagner la démarche pour construire un véritable projet de santé publique commun.*
- *Contribuer, en tant que de besoins, au repérage et au partage d'une cartographie détaillée de l'ensemble des formations et des travaux universitaires en cours dans le champ de la santé publique.*
- *S'appuyer sur les résultats des travaux universitaires en particulier de recherche, voire les susciter dans le cadre des objectifs du PRS, afin de créer des synergies de mise en œuvre des actions les plus adaptées aux besoins de la région.*

O2 ● CONTRIBUER À UNE MEILLEURE ARTICULATION ENTRE LES PORTEURS DE POLITIQUES PUBLIQUES

Dans notre système de santé, la place de la prévention et de la promotion de la santé demande à être réaffirmée. Cette réaffirmation doit s'accompagner d'une efficacité des actions déployées et donc une meilleure coordination entre les institutions ou directions porteurs de politiques publiques en région.

Ce contexte nécessite d'assurer, au sein d'un même territoire, la cohérence et la complémentarité des actions portées en direction des jeunes, des personnes âgées ou en situation de handicap, des malades chroniques, des personnes en souffrance psychique ou les personnes en situation de précarité.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Contribuer au bon fonctionnement de la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, ainsi qu'à celui de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.*
- *Formaliser des partenariats avec les partenaires institutionnels notamment avec l'Education nationale et l'enseignement supérieur et de la recherche²³, la direction de la protection judiciaire de la jeunesse²⁴.*
- *Mettre en œuvre le programme de travail annuel élaboré avec l'assurance maladie dans le cadre de la convention de partenariat signée en juin 2017.*

²³ Convention cadre de partenariat du 29 novembre 2016 entre le Ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le Ministère des affaires sociales et de la santé.

²⁴ Convention cadre de partenariat en santé publique du 25 avril 2017 entre la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse et la direction générale de la santé.

03 ● SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ

Le plan régional santé environnement (PRSE) Auvergne-Rhône-Alpes 2017-2021 entend participer à la promotion de la santé dans la région, en s'appuyant sur deux axes forts à vocation éducative et préventive.

Le premier, largement porté par l'Agence régionale de santé vise à renforcer les compétences en matière de santé environnementale des décideurs et du public, par le recueil et à la mise à disposition continue des connaissances nécessaires à l'action locale, ainsi que par la structuration d'une offre coordonnée d'éducation et de formation à la santé et à l'environnement à destination des différents acteurs.

Le volet préventif du PRSE3, s'attachera pour sa part principalement à améliorer la prise en compte des enjeux de santé dans les politiques territoriales à vocation économiques, sociales ou environnementales, avec une attention particulière accordée aux

projets d'aménagement. Le réseau des agences d'urbanisme de la région sera un acteur essentiel dans la mise en œuvre de cet axe. Des partenariats durables sont à établir avec les principaux intervenants mobilisés sur ce projet.

D'une façon plus transversale, le PRSE 3 s'attache à construire des outils, (méthodes, référentiels, offre d'éducative) et à les mettre à disposition des acteurs des territoires pour les inciter et les accompagner dans l'action. Les réalisations les plus démonstratives ont vocation à être largement valorisées pour servir d'exemple aux communautés les moins avancées.

Ainsi, le PRSE répond à l'objectif stratégique du COS « Promouvoir un environnement favorable à la santé » dont il a fait sa finalité, de sorte qu'il est pleinement partie prenante du PRS.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Développer, avec l'Observatoire régional de santé, la démarche d'observation, et de mise à disposition de l'information, en lien avec les différents fournisseurs de données environnementales.*
- *Poursuivre la formation des élus avec la collaboration de l'EHESP.*
- *Développer, en lien avec l'université, une offre de formation continue pour plusieurs branches professionnelles, et notamment pour les professionnels de santé.*
- *Elaborer, avec le « Pôle d'éducation santé environnement Auvergne Rhône Alpes », une stratégie locale en éducation à la santé et à l'environnement, et mettre en place l'appui méthodologique nécessaire à son déploiement dans les territoires.*

04 ● DÉVELOPPER L'APPUI AUX ACTEURS DU SECTEUR DE LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ

L'enjeu pour les 5 ans à venir est double. Premièrement, poursuivre le renforcement de la professionnalisation des acteurs afin d'améliorer la qualité des interventions en Prévention et Promotion de la San-

té ce qui suppose de renforcer les capacités à faire des acteurs. Deuxièmement améliorer la programmation régionale en réalisant des diagnostics et en accédant au partage des données probantes.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Réaffirmer, dans le cadre de la mise en œuvre des priorités définies dans le projet régional de santé, le rôle des structures ressources afin de favoriser l'émergence, la structuration et la coordination de projets de promotion de la santé articulant les acteurs.*
- *Réaffirmer le rôle ou les missions du dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé" (DAPPS), créé au 1^{er} juillet 2017 par fusion des deux pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé : notamment de favoriser l'appropriation des connaissances des acteurs autour de l'état de santé des populations et de ses déterminants et des données probantes et de développer le repérage des actions ayant fait leur preuve afin de les capitaliser.*
- *Soutenir la mise en œuvre du service public en santé.*

05 ● DÉVELOPPER LES OUTILS D'APPUI ET DE COORDINATION EN RÉPONSE AUX BESOINS DES ACTEURS DU CHAMP DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Les Unités transversales d'éducation du patient (UTEP)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients atteints de maladies chroniques, y compris en santé mentale, à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer leur maladie, de façon plus autonome, en cherchant à prévenir les complications et à maintenir la meilleure qualité de vie possible.

Les UTEP sont reconnues comme facilitatrices dans la promotion et dans le développement de l'éducation du patient. L'ARS Auvergne Rhône-Alpes a choisi de pouvoir s'appuyer à l'échelle du département sur ces UTEP en les confortant dans leur rôle d'appui méthodologique pour les programmes autorisés ou émergents et de formation à l'ETP.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Pouvoir s'appuyer et financer une UTEP par département.*
- *Permettre aux patients et aux professionnels de santé de trouver un programme d'ETP autorisé le plus proche de son domicile pour la maladie chronique le concernant (développement du site Internet Ephora).*

Les Comités de coordination contre les infections sexuellement transmissibles (COREVIH)

Les Comités de coordination contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont les instances de coordination de l'ensemble des acteurs de ces thématiques selon une approche de santé sexuelle, assurant collectivement la prise en charge globale des infections sexuellement transmissibles et du virus de l'immunodéficience humaine.

En juillet 2017, le directeur général de l'ARS a défini les territoires de référence des comités régionaux de lutte contre le VIH (COREVIH) et a arrêté leur composition :

Le COREVIH d'Auvergne - Loire couvre les départements de l'Allier, du Cantal, de la Loire, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme.

Le COREVIH Lyon - Vallée-du-Rhône couvre les départements de l'Ain, l'Ardèche, la Drôme et du Rhône.

Le COREVIH de l'Arc Alpin couvre les départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie.

Ils ont pour mission de favoriser la coordination des professionnels de l'ensemble des champs de la santé et du social, et des représentants des usagers, de participer à l'amélioration de la prise en charge des patients et de procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques sur leur territoire.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *S'appuyer sur les COREVIH dans la mise en place, sur leur territoire, de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 notamment pour améliorer les parcours de santé et la connaissance des données épidémiologiques.*

Les dispositifs d'accompagnement vers la pratique d'activité physique

Au niveau national, le développement de la pratique de l'activité physique et sportive dans un objectif d'amélioration de la santé est prévu dans de nombreux textes et rapports : le 3^e Plan national nutrition santé 2011-2015; l'instruction interministérielle du 24 décembre 2012 qui enjoint les ARS et DRDJSCS de lancer la constitution de réseaux sports-santé-bien-être au niveau régional ; la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui prévoit « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient » ; le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 qui précise les « conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée ».

Au niveau régional, les plans régionaux « Sport santé bien-être » Rhône-Alpes 2013-2017 et Auvergne 2013-2016 ont été élaborés en ce sens et prévoient tous deux la mise en place de dispositifs structurants facilitant les parcours des publics des structures sanitaires et/ou sociales vers la pratique d'une activité physique régulière.

Deux obstacles majeurs à la pratique pérenne d'activité physique et sportive ont été constatés :

le passage de la personne d'une structure sanitaire ou sociale (hôpital SSR...) à une structure de pratique d'activité physique et sportive (club sportif, centre social...),

le maintien de cette activité au-delà des premiers temps.

C'est pour répondre à ces problématiques que des dispositifs spécifiques proposant un accompagnement individuel ont vu le jour, selon des initiatives locales, dans certains départements de la grande région. Dispositifs ayant des « appellations » différentes : plateformes sport santé, DAHLIR mais dont l'objectif est bien de favoriser les parcours des publics des structures de prise en charge sanitaire ou sociale vers une pratique d'APS régulière et sécurisée.

Cette diversité nécessite de clarifier ces dispositifs et leur fonctionnement afin d'élaborer une stratégie de promotion et de communication. La recherche d'homogénéisation à terme n'occultera pas pour autant les particularités locales.

L'enjeu final est bien d'accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapeutique non médicamenteuse plus particulièrement pour les porteurs de maladies chroniques, les personnes handicapées, les personnes âgées et les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Favoriser, accompagner et financer la mise en place d'une structure ou une antenne dans chaque département de la région type plateformes sport-santé départementales ou DAHLIR (dispositif d'accompagnement de l'humain vers des loisirs intégrés et réguliers).
- Faire un état des lieux des actions (ponctuelles) déjà financées dans les départements et concourant à la mise en œuvre du plan "sport santé bien être" afin d'étudier leur intégration dans des dispositifs plus structurants.
- Harmoniser le fonctionnement des structures (type plateforme ou DAHLIR) et les amener à coopérer et mutualiser notamment sur les fonctions de communication et de formation.
- Donner de la lisibilité à cette offre dans la région aux professionnels de santé et aux malades.

L'offre sanitaire en addictologie

L'organisation de la filière de soins en addictologie est définie par la circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008.

La filière hospitalière de soins en addictologie a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé.

Sur son territoire d'implantation, une filière propose des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques.

Au sein de la filière, la personne ayant une conduite addictive bénéficie d'une palette complète de prises en charge spécifiques, assurées : en consultation, en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète programmée ou non programmée, y compris en services de soins de suite et de réadaptation.

L'accompagnement et l'orientation à la sortie de l'hospitalisation permettent de réduire le risque de réadmission dans ces services.

Outre ces missions, la filière de soins en addictologie contribue à la diffusion de la culture addictologique et à la formation des personnels.

La filière s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes présentant une conduite addictive. Les dispositifs concernés sont multiples et impliquent les compétences sanitaires, médico-sociales et la ville. Cette diversité de l'offre de prise en charge constitue une richesse qui doit être conservée et renforcée, dans la mesure où elle se développe de manière harmonieuse, complémentaire et coordonnée.

La filière est organisée en 3 niveaux :

Activités de niveau 1 (ELSA, consultations externes d'addictologie, sevrage simple)

Les ELSA ont une mission de repérage des personnes ayant des conduites addictives, d'évaluation des situations reçues à l'hôpital quel que soit le service, et d'orientation. Elles ont également pour mission de former le personnel hospitalier à l'addictologie. Les ELSA sont composées d'équipes pluridisciplinaires (médecin, infirmier, assistant social, etc....).

Les consultations externes d'addictologie proposent une prise en charge ambulatoire avant et/ou après le sevrage hospitalier si celui-ci est nécessaire voire un sevrage ambulatoire d'emblée. Elles sont également constituées d'équipes pluridisciplinaires.

Activités de niveau 2 ou niveau de recours

Le niveau de recours doit proposer, pour un bassin de 500 000 habitants, une prise en charge des sevrages complexes dans des lits dédiés évalués à 15, ce pour une durée moyenne de séjour supérieure à 11 jours, puis, pour le suivi de la prise en charge après le sevrage, des places d'hôpital de jour et un service de soins de suite et de réadaptation.

Activités de niveau 3 (recherche et enseignement)

Elles assurent en plus des missions des structures de niveau 2, des missions d'enseignement et de formation, de recherche, de coordination régionale. Une structure de ce type doit être envisagée, comme objectif à terme, dans chaque CHU ou dans un établissement de santé lié au CHU par une convention hospitalo-universitaire dans le domaine de l'addictologie.

L'état des lieux réalisé met en évidence une certaine hétérogénéité sur l'ensemble de la région :

45 établissements de santé bénéficient de l'intervention d'une ELSA.

12 établissements sont reconnus comme réalisant des soins complexes, dont 2 en ex Auvergne (Aurillac et Clermont-Ferrand) et 3 hôpitaux de jours d'addictologie spécialisés en psychiatrie sont financés en ex Rhône-Alpes.

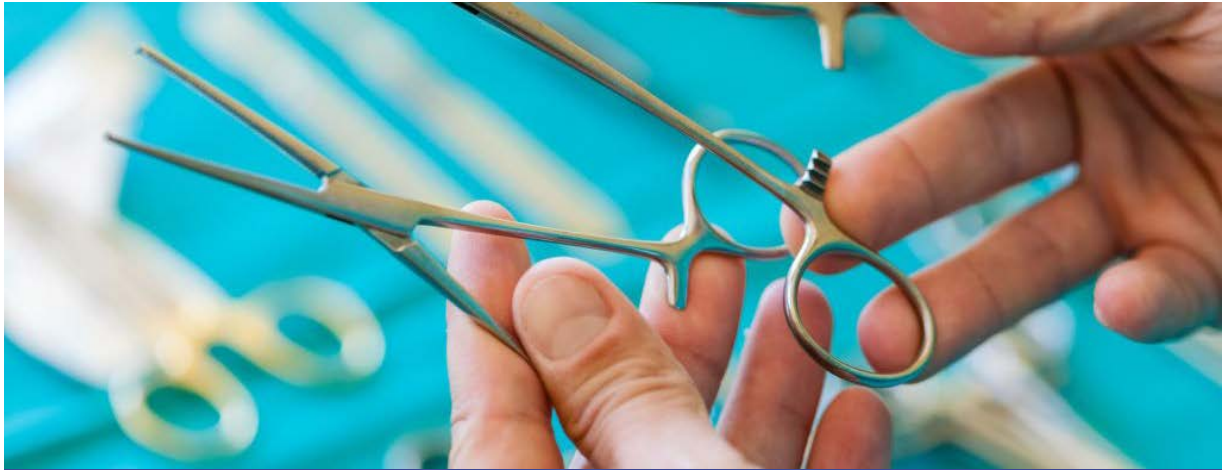
Aucun CHU n'est à ce jour reconnu officiellement comme disposant d'un niveau d'enseignement et de recherche.

La doctrine nationale et le contexte sont en mutation : en attente d'une révision de la circulaire relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, des travaux en cours en lien avec la réflexion sur le champ de la santé mentale, un rapport d'activité type pour les ELSA en test, la mise en œuvre progressive par les établissements de l'instruction n° DGOS/R4/R1/2016/350 du 24 novembre 2016 relative à l'hospitalisation de jour en addictologie, l'installation des groupements hospitaliers de territoire.

L'enjeu essentiel au regard de cet état des lieux est celui du renforcement du maillage territorial.

Au regard de celui sont retenus 3 objectifs

1. Poursuivre la création d'ELSA dans les établissements disposant d'un service d'urgence et/ou d'une maternité et/ou autorisé pour le traitement du cancer.
2. Poursuivre le renforcement de l'offre de niveau 2 en addictologie dans les zones où la réponse aux besoins n'est pas assurée.
3. Soutenir les projets de structures d'addictologie universitaire et de recherche à caractère transversal, portés conjointement par les dispositifs MCO et psychiatriques.



QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS, PRISES EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENTS

La capacité de garantir la qualité et la sécurité des prises en charges sanitaires et médico-sociales engage l'ensemble des acteurs du système de santé. Tous les intervenants prennent, chacun dans leur domaine de compétence, les mesures nécessaires à la sécurité des usagers et à la qualité de leur prise en charge, sans que cela puisse être résumé dans le PRS ; les ARS assument une fonction de supervision et de coordination des vigilances, se traduisant par des missions de contrôle transverses à l'ensemble des épisodes du parcours de santé, et une fonction d'appui et de régulation visant à promouvoir les meilleures pratiques professionnelles.

L'identification d'un levier stratégique portant sur ce sujet ne peut donc résumer l'ensemble des initiatives à mener sur la période du projet régional de santé ; il vise en priorité les actions nécessitant un engagement collectif des acteurs, mobilisant des moyens d'accompagnement de l'Agence et justifiant à ce titre une concertation dès le stade de l'élaboration du PRS, au bénéfice de la culture de sécurité et de bienveillance que les professionnels de santé de la région doivent promouvoir.

Pour rappel, ces actions s'inscrivent dans un dispositif élargi, encadré par de nombreuses initiatives nationales visant les différents secteurs d'exercice (hospitalier, médico-social, soins de ville) ; sans prétention d'exhaustivité, on peut citer :

Le socle que constituent les conditions techniques de fonctionnement des activités et les autres dispositions réglementaires portant sur les conditions de prescription et de réalisation des soins.

La déclinaison en Auvergne-Rhône-Alpes de la stratégie nationale de santé et notamment des mesures

visant à sécuriser les parcours, en particulier au travers des solutions qu'apporte la télémédecine.

Les mesures relatives au développement professionnel continu des professionnels de santé, dont l'importance et la structuration ont été réaffirmées en 2016 par la loi de modernisation du système de santé. Les engagements des établissements et des équipes de soins en matière de certification, d'évaluation et/ou d'accréditation, développé sous l'égide de la Haute autorité de santé ou de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La déclinaison régionale des plans nationaux tels que le programme national de sécurité du patient, le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins, le plan « antibiotiques », le programme national santé environnement.

L'organisation du réseau régional des vigilances et structures d'appui.

Les orientations déclinées dans les différents plans à destination plus particulière d'une filière de prise en charge (plan cancer, plan national maladies rares...) qui comportent des dispositions visant particulièrement la promotion de la culture de sécurité.

Les recommandations formulées par les sociétés savantes et ordres professionnels et qui ont vocation à être relayées auprès des équipes de soins concernées.

La généralisation d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui sont renseignés par les établissements et/ou par les patients et qui sont publiés largement à l'attention tant des professionnels que des usagers, et qui sont de manière croissante pris en compte dans le financement des activités hospitalières.

La démarche qualité ne doit pas être simplement pensée comme un outil de régulation des dysfonctionnements, même si elle permet de les révéler. Au contraire, cette démarche volontariste et collective, sur une longue durée, engagée par un établissement ou un service, doit l'amener à conforter ses points positifs et à réduire progressivement ses points faibles.

De même la démarche de prévention et de gestion des risques qui va donc au-delà de la maîtrise de la

gestion de crise quand survient l'évènement, s'intègre dans ce processus d'amélioration continue de la qualité.

L'Agence entend soutenir les établissements et services dans leur démarche d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, prises en charges et accompagnements par la mise en œuvre d'un plan régional ainsi que dans la promotion de la réflexion éthique au sein des établissements comme facteur de bientraitance.

Ce plan serait structuré autour de 3 objectifs

1. Favoriser le développement de la culture de sécurité au sein des équipes de soins, ainsi que dans le pilotage et le fonctionnement des établissements.
2. Investir en priorité certains risques dont l'amélioration encouragera le décroisement entre secteurs hospitalier, médico-social et de premier recours.
3. Etendre les méthodes du management des risques à la prévention des situations qui, renvoyant à des questions éthiques plus que techniques, peuvent entraîner des ruptures de parcours.

O1 ● FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ AU SEIN DES ÉQUIPES DE SOINS, AINSI QUE DANS LE PILOTAGE ET LE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

L'ARS entend promouvoir une culture de la sécurité en passant de la culture de la faute à l'approche positive de l'erreur. Le signalement fait par un établissement ne constitue pas par lui-même, un élément déclencheur d'inspection, procédure qui peut au demeurant aider à la résolution de dysfonctionnement. Il permet en effet d'appréhender les difficultés rencontrées par les établissements, de quantifier et qualifier les dysfonctionnements.

En matière d'évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS), la mise en place d'une démarche de retour d'expérience est indispensable pour garantir la qualité des soins. La survenue d'un

EIGS ne signifie pas qu'un dysfonctionnement constaté dans la prise en charge d'un patient relève de l'action d'un seul professionnel. La genèse de la plupart des EIGS est multifactorielle et fait notamment intervenir des risques inhérents aux procédures de soins, à l'organisation ou à l'environnement (installations, matériels, informatique...) des soins. L'analyse approfondie à la suite d'un EIGS est indispensable. L'analyse des causes immédiates et profondes ou approche systémique est nécessaire afin d'identifier et de prendre en compte tous les éléments organisationnels, techniques et humains qui ont contribué à la survenue de cet EIGS.

1.1 - Renforcer l'exhaustivité des signalements des évènements indésirables graves attendue dans le cadre de la prévention et la maîtrise des risques par la promotion des bonnes pratiques et la réalisation des retours d'expériences

La prévention de la survenue d'un évènement et le signalement à l'autorité d'un dysfonctionnement font partie intégrante d'une démarche de gestion des risques, elle-même intégrée à la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Dans le champ médico-social comme dans le champ hospitalier, le processus d'évaluation est lui-même corrélé au processus de renouvellement des autorisations. C'est ainsi qu'un des domaines de l'évaluation interne est consacré notamment à la protection et à la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.

Ce n'est donc pas seulement lorsqu'un évènement indésirable provoque une crise au sein d'un établissement qu'un signalement doit-être fait à l'autorité. Le signalement aux autorités participe aux obligations de tout professionnel de santé, contribuant au retour d'expérience collectif et ainsi à la sécurisation des parcours de soins.

C'est pour cette raison que le Législateur a confié à l'Agence régionale de santé la responsabilité de décliner au niveau régional la réforme des vigilances inscrite dans la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Ce chantier d'envergure a pour but de renforcer la sécurité sanitaire en région et au niveau national. Les objectifs du niveau régio-

nal portent sur : renforcer le rôle de l'ARS, en lui donnant le pilotage des structures régionales de vigilance, positionner les structures de vigilance non seulement en appui des professionnels de santé, mais aussi de l'ARS pour étayer sa place de garant de la sécurité sanitaire en région, faciliter par le développement de la télé-déclaration le signalement des évènements sanitaires par les professionnels de santé mais aussi par la population, améliorer la gestion des signaux par l'apport des experts externes. Le gestionnaire doit avoir identifié les risques liés à l'activité de son établissement ou service afin de répondre aux enjeux de sécurité des soins, mais aussi aux enjeux éthiques des droits des usagers, et plus largement aux enjeux réglementaires et légaux –satisfaire aux normes mais aussi parer les condamnations pénales– et aux enjeux médiatiques et économiques en termes d'image.

L'obligation de signaler aux autorités les évènements indésirables n'épuisant pas le sujet de la démarche qualité et la prévention des évènements indésirables, chaque structure quelle que soit sa taille doit disposer d'un protocole interne de traitement des évènements qui permettra : l'identification des risques individuels et collectifs, la mise en place d'un processus de prévention, le processus de recueil, de

traitement et d'analyse des incidents et le processus de signalement aux autorités.

De même, l'identification des risques professionnels, leur prévention et leur gestion participent de la sécurité et de la qualité des accompagnements et à ce titre doivent faire l'objet de la même attention.

La 1^{ère} vague d'évaluations interne et externe, obligation de la loi du 02/01/2002 pour les ESMS autorisés avant 2002 est arrivée à son terme en 2017. L'ARS entend tirer parti de l'exploitation des rapports d'évaluation externe pour proposer des axes d'amélioration des prestations médico-sociales.

Dans le champ sanitaire, le périmètre de signalement d'un événement indésirable grave est différent. En effet, un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Accompagner le développement du portail de signalement des événements sanitaires indésirables et sécuriser le traitement des événements sanitaires signalés, parmi lesquels les événements indésirables graves associés aux soins.*
- *Animer le réseau des structures de vigilance et d'appui (RREVA) en intégrant les nouvelles dispositions réglementaires et asseoir leur rôle fédérateur auprès des professionnels quel que soit leur mode d'exercice, ainsi qu'auprès des usagers.*
- *Retranscrire, à l'échelle régionale, les modalités d'une « culture juste » afin de clarifier les conséquences d'une déclaration d'EIG.*

1.2 - Développer la culture de gestion des risques dans le pilotage et le fonctionnement des établissements

Les établissements médico-sociaux, au même titre que les établissements de santé, peuvent être confrontés à des événements inhabituels ou graves. Il leur importe alors de garantir la continuité et la qualité des prises en charge par la mobilisation au plus juste de leurs ressources, de manière adaptée aux besoins des populations accueillies et à l'ampleur de la situation.

Désormais l'obligation de garantir la continuité et la qualité des prises en charge au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux passe notamment par l'élaboration des plans blancs ou bleus. Elaborés sous la responsabilité du directeur de l'établissement, ils sont des plans d'organisation permettant la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature.

La mise en place d'un plan permet aux établissements de s'inscrire dans une démarche qualité opérationnelle en réalisant un bilan exhaustif de leurs capacités de fonctionnement usuelles et en évaluant

leur réactivité face à une situation exceptionnelle voire en situation de crise.

Par ailleurs, au-delà de la démarche qualité qu'il permet d'initier, le plan doit être un véritable outil de travail à partager avec l'ensemble des agents de l'établissement sanitaire ou médico-social afin de développer la culture du risque au sein de l'établissement.

La publication par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes d'un guide général d'élaboration du plan bleu a pour ambition de faciliter l'élaboration ou la révision de ce dernier par les acteurs médico-sociaux tout en développant la culture du risque dans chaque établissement.

Il s'agit de rassembler dans un plan unique et cohérent toutes les dispositions déjà existantes, de les adapter et de les actualiser le cas échéant, pour faire face à une situation critique telle que : risque électrique ; évacuation ; risque infectieux ; pandémie ; événement indésirable grave....

Dans le champ hospitalier, la maturité des établissements en matière de management des risques fait partie intégrante du Compte Qualité, actualisé au moins tous les deux ans auprès de la Haute autorité de santé. L'un des enjeux sur la période du PRS portera sur le développement des certifications v2020 groupées (qu'il s'agisse de groupes de cliniques, de GHT) et la transition à prévoir entre sécurisation d'un épisode de soins et sécurisation d'un parcours de santé.

Dans le champ du premier recours, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent une opportunité significative pour encourager l'émergence de pratiques collectives d'évaluation des pratiques professionnelles entre professionnels libéraux afin notamment d'agir sur :

la promotion de la déclaration des événements indésirables par les équipes de soins primaires à destination de l'ARS et du réseau des vigilances, en particulier des événements indésirables graves ;
le soutien pratique et/ou technique à la déclaration des événements indésirables, au travers notamment d'une amélioration des systèmes d'information de santé et en lien, dès lors qu'elles existent, avec les plateformes territoriales d'appui (PTA) ;
la gestion de démarches territorialisées d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) chargées d'analyser les événements porteurs de risques, en collégialité pluri-professionnelle. Il s'agit notamment d'organiser et d'assurer l'animation d'instances telles que les Revues de morbi-mortalités pluri-professionnelles expérimentées par la HAS (RMMpp) et les Comités de retour d'expérience (CREX).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *S'assurer de l'élaboration des plans et de leur efficacité par l'inscription d'un objectif et d'un indicateur de résultats dans tous les nouveaux CPOM des établissements médico-sociaux, le contrôle des contenus par échantillonnage, et l'organisation d'exercices plans bleus et/ou blancs sous l'égide de l'ARS.*
- *Encourager le développement d'initiatives territoriales visant l'évaluation des pratiques professionnelles en décroisement ville-hôpital, s'appuyant par exemple sur les CPTS.*

02 ● INVESTIR EN PRIORITÉ CERTAINS RISQUES DONT L'AMÉLIORATION ENCOURAGERA LE DÉCLOISONNEMENT ENTRE SECTEURS HOSPITALIER, MÉDICO-SOCIAL ET DE PREMIER RECOURS

2.1 - Prévenir la « iatrogénie » médicamenteuse en s'intéressant en priorité au sujet âgé poly-médicamenté et à l'antibiothérapie

Le sujet âgé, présentant des facteurs de risque aggravants (poly-pathologie, poly-médication) est tout particulièrement exposé au risque iatrogène médicamenteux. Certaines études ont ainsi montré que les effets indésirables médicamenteux étaient, en moyenne, deux fois plus fréquents après 65 ans. En outre, 20 % des hospitalisations des plus de 80 ans sont dues aux effets indésirables médicamenteux et 30 à 60 % des effets indésirables médicamenteux sont prévisibles et évitables.

Les initiatives pour mieux maîtriser ce risque sont nombreuses et amèneront nécessairement des interrogations sur la coordination entre secteurs. La pharmacie clinique et les méthodes de conciliation médicamenteuse sont amenées à se développer en établissement de santé, le déploiement du dossier

pharmaceutique se poursuit au niveau des soins de ville et parallèlement, les nouveaux modes de rémunération des pharmacies d'officine devraient encourager la réalisation des bilans de médication (cf. convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie signée le 21 novembre 2017).

Pour illustrer, l'évolution constatée du public accueilli en EHPAD va s'accroître dans les années qui viennent : âge plus tardif d'admission, profil poly-pathologique, dépendance plus importante. L'évolution en 2016 de la charge en soins mesurée à travers PATHOS préjuge d'un besoin renforcé de médicalisation, de compétences nouvelles et d'articulation plus intégrée entre acteurs de soins.

Par ailleurs, dans le cadre des obligations de signalement opposables aux établissements médico-sociaux, l'ARS observe depuis peu une augmentation significative des signalements relatifs à des erreurs médicamenteuses, fruit d'une succession de dysfonctionnements dans le processus de prise en charge médicamenteuse du résident. Les deux principales sources d'erreur sont dans 45% des cas une erreur d'administration et dans 38% des cas une erreur de préparation des piluliers.

Dans ce contexte, le risque médicamenteux auquel est exposé le sujet âgé demeure important voire s'accroît et donc la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé est un enjeu majeur de santé publique et représente également un enjeu économique important, d'où l'opportunité de proposer un accompagnement aux structures et aux professionnels, notamment les intervenants libéraux, acteurs dans la prise en charge médicamenteuse.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Actualiser le guide « sécurisation du circuit du médicament dans les EHPAD sans PUI (pharmacie à usage intérieur) » et d'en assurer la diffusion.*
- *Déployer dans de nouvelles filières gérontologiques, la démarche d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé, initiée en 2012 à titre expérimental dans un territoire déterminé (Haute-Savoie).*
- *S'engager dans le déploiement du dossier pharmaceutique et des bilans de médication, et structurer la concertation entre acteurs de la prise en charge, afin d'accélérer la conciliation médicamenteuse à l'échelle du parcours.*

2.2 - Etendre territorialement les dispositifs de maîtrise du risque infectieux

Sur la première période quinquennale du PRS, l'objectif sera principalement de finaliser les mesures déjà engagées pour étendre au champ médico-social l'expérience acquise dans le champ hospitalier en matière de prévention des IAS. Il est également nécessaire de tenir compte du développement des prises en charges au domicile et donc d'organiser la prévention sur tous les secteurs.

Dans le champ hospitalier, depuis de nombreuses années a été mis en place le dispositif des équipes opérationnelles d'hygiène ainsi que le BILANLIN, qui constitue une démarche d'autoévaluation des moyens engagés par l'établissement dans la prévention des infections associées aux soins. Les résultats sont rendus publics sous forme de scoring notamment sur scope santé.

Sans négliger l'effort à poursuivre en continu dans les établissements de santé, les EHPAD figurent comme une priorité pour la maîtrise du risque infectieux : public accueilli fortement dépendant et poly pathologique, immuno-sénescence de la personne âgée, risque infectieux et épidémique majoré du fait de la vie en collectivité, nécessité de réponse aux impératifs de la veille sanitaire tout en ayant des ratios de personnel modestes et pas ou peu de ressources

propres en hygiène. En 2011, l'ARS Rhône-Alpes estimait qu'un peu moins d'un EHPAD sur 5 pouvait disposer de ressources en matière de lutte contre les infections associées aux soins en étant rattaché à une structure d'hospitalisation. La grande majorité des établissements en était donc dépourvue.

Dans ce contexte et en s'appuyant sur des expérimentations d'Equipe mobile d'hygiène (EMH) en fonctionnement depuis plusieurs années, l'ex région Rhône-Alpes s'est dotée à partir de 2013 d'un dispositif spécifique permettant d'apporter une expertise en hygiène à l'ensemble des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes de la région.

En septembre 2016, 88,4 % des EHPAD sont soit en convention avec une EMH (70 %), soit en lien avec une EOH (18 %). 20 EMH couvre le territoire de l'ex région Rhône Alpes. Seule une partie d'un département auvergnat (Haute Loire) bénéficie du dispositif. Un taux de couverture de 95 % en ex Rhône-Alpes est atteignable en 2017.

Ce dispositif est en cohérence avec le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS 2015) qui s'articule autour de 3 axes prioritaires relatifs à la prise en charge du

patient et de son parcours au sein des secteurs d'offre de soins :

Développer la prévention des infections associées aux soins.

Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance.

Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Les équipes mobiles d'hygiène apportent leur concours à :

l'élaboration de l'état des lieux, en s'appuyant sur des outils à diffusion nationale tel le manuel d'auto évaluation du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) ;

l'élaboration du document d'analyse du risque infectieux (DARI) et d'un plan d'actions pour chaque établissement ;

la diffusion et l'adaptation de protocoles, une aide à l'élaboration d'un plan bleu opérationnel avec un volet infectieux ;

l'organisation de la surveillance des infections associées aux soins et du signalement (maladies à déclaration obligatoire, cas groupés...), selon les critères du signalement en vigueur et permettant l'identification précoce des cas ;

l'évaluation des actions mises en œuvre ;

l'aide à la gestion des alertes sanitaires et alertes environnementales.

Elles peuvent réaliser des formations ou informations sur l'hygiène de base pour le personnel des EHPAD, et participer à des instances de l'EHPAD ou des filières gérontologiques, et concourir au bon usage des antibiotiques.

Le réseau national des Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) a été positionné en termes de ressource régionale et de coordination pour les équipes mobiles. L'enjeu reste celui de prévenir les infections associées aux soins en EHPAD ; compte tenu de la période décennale du PRS il conviendra de s'interroger, à mi-parcours, sur le potentiel d'extension du rôle de ces équipes mobiles eu égard au maillage qu'elles représentent pour véhiculer de nouvelles priorités en faveur de la sécurité des usagers : il peut s'agir d'intervenir sur d'autres risques (identitovigilance, matériovigilance...) ou sur de nouveaux types de structures (handicap, premier recours, santé mentale...).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Finaliser le développement des équipes mobiles d'hygiène (EMH) en Auvergne-Rhône-Alpes.*
- *Assurer un suivi du dispositif EMH notamment en définissant un programme d'actions annuel sur des thèmes comme bactérie multi-résistante (BMR) - Bactérie hautement résistante émergente (BHRé) en EHPAD, déchets de soins à risque infectieux, accident d'exposition au sang et aux liquides biologiques, Grippe/vaccination.*
- *Intégrer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance en direction des EHPAD dans l'action des EMH en association avec d'autres acteurs notamment la médecine libérale.*

03 ● ÉTENDRE LES MÉTHODES DU MANAGEMENT DES RISQUES À LA PRÉVENTION DES SITUATIONS QUI, RENVOYANT À DES QUESTIONS ETHIQUES PLUS QUE TECHNIQUES, PEUVENT ENTRAÎNER DES RUPTURES DE PARCOURS

Dans le domaine de la maltraitance, l'efficacité de la politique de lutte contre ce phénomène dans les établissements et services médico-sociaux dépend non seulement de la détection précoce des situations à risque mais aussi du traitement immédiat des situations les plus graves pour lesquelles la santé ou

la sécurité des personnes a été ou est compromise. Afin de renforcer la prévention de la maltraitance et le traitement des signalements, il importe de disposer d'éléments de connaissance quantitatifs et qualitatifs du phénomène de maltraitance en institution.

3.1 - Promouvoir la définition et la mise en œuvre d'une stratégie de prévention des « comportements problèmes », facteurs de rupture de parcours (cf. RBB ANESM de décembre 2016)

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a donné une définition des « comportements-problèmes » : ils s'appliquent à des manifestations dont la sévérité, l'intensité et la répétition sont telles que ces comportements génèrent des gênes très importantes pour la personne elle-même et pour autrui, de nature à bouleverser durablement sa vie quotidienne et celle de son entourage.

Les répercussions concernent :

la qualité de vie des personnes handicapées (refus d'admission, rupture des prises en charge, absence de projet de vie, exclusion du milieu ordinaire, difficultés d'insertion, dont scolaire pour certains ou professionnelle pour d'autres, dégradation de la vie sociale, risques de blessures...);

leur santé (difficultés aggravées d'accéder à des soins somatiques et à une prise en charge de la douleur, difficultés à prendre en charge la souffrance psychique à l'origine ou conséquence d'un « comportement-problème » ; difficultés à poursuivre la mise œuvre d'interventions éducatives, comportementales, cognitives...);

le réseau social des familles (le « comportement-problème » d'un enfant conduit dans de nombreux cas à l'isolement social des familles, à de la souffrance psychique. Il a également des incidences économiques...);

les professionnels (risques de blessures physiques, risques psycho-sociaux, traumatismes et traumatismes vicariants), pour qui des espaces d'expression devront être réservés.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Soutenir la démarche d'analyse des facteurs de risques et des facteurs de prévention.*
- *Aider à l'identification des troubles associés au handicap et notamment le besoin de soins somatiques.*
- *Développer la reconnaissance et la prise en compte de l'expression de la douleur.*

3.2 - Soutenir le personnel des ESMS au travers de la promotion de la réflexion éthique, facteur de bientraitance : consentement de la personne en perte d'autonomie et limitation des libertés individuelles dans un contexte de gestion des risques

Le questionnement éthique traverse et interroge différents domaines, en particulier : le droit des usagers, la bientraitance ou la prévention de la maltraitance, la démarche qualité ou l'évaluation.

Les professionnels sont régulièrement confrontés à la question éthique. Elle se pose par exemple, lorsque, à l'occasion d'une situation concrète, le droit à la liberté se heurte à l'impératif de sécurité ; ou encore, lorsque la nécessité du partage de l'information rentre directement en conflit avec le devoir de confidentialité ; une autre configuration classique est celle de l'écart possible entre le respect de la volonté de la personne et l'impératif d'intervention.

Le questionnement éthique prend tout son sens au regard des deux éléments propres aux accompagnements dans le secteur social et médico-social :

la vulnérabilité des populations accueillies ou accompagnées, qui donne à chaque décision un poids et une portée particulière, et appelle une responsabilité des professionnels en conséquence ;

la complexité croissante des situations auxquelles les professionnels se trouvent confrontés, qui rend bien souvent impraticables les impératifs juridiques et déontologiques sans une réflexion permettant des ajustements dans la pratique.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Inciter à l'inscription d'un objectif dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen passés avec les établissements.*
- *Soutenir des formations croisées usagers/professionnels sur cette question.*
- *Promouvoir l'observation des pratiques éthiques dans les ESMS.*



UN PLAN RÉGIONAL AU SERVICE DE LA PERTINENCE DES SOINS ET PRISES EN CHARGE

Les enjeux de pertinence, que ce soit pour les actes, les prescriptions les examens et les hospitalisations, répondent à la fois à des objectifs de qualité et sécurité des soins mais aussi d'efficacité.

Le maintien d'un système de santé solidaire passe par le recours pertinent aux soins dans tous les domaines, tant en ce qui concerne les prises en charge en ville que celles réalisées à l'hôpital.

L'optimisation de la réponse du système de soins aux besoins de santé vise à développer les programmes de prévention, à inciter la population à recourir de manière pertinente aux soins, à amener les professionnels de l'ensemble des secteurs à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins en réduisant le nombre d'actes et de soins non pertinents permettant une amélioration de la qualité des soins et une modération des coûts.

Les notions de la juste prescription et du juste soin doivent être intégrées à chaque étape de la prise en charge du patient.

Les actions régionales déjà engagées portent sur plusieurs axes :

l'organisation du parcours de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale et la mise en place de web RCP pour la greffe rénale, la prise en charge des patients ayant subi un accident ischémique transitoire, la poursuite de l'analyse régionale de la démarche pertinence des ré-hospitalisations des personnes âgées de plus de 75 ans, l'optimisation des prises en charge en aval des structures de soins de suite et de réadaptation, le développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie, la pertinence des césariennes programmées à terme. La promotion de la pertinence dans toutes ses composantes : soins, prescriptions, organisations des prises en charge est un enjeu fort du projet régional de santé car elle permet de garantir qualité, sécurité des soins et maîtrise des coûts.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Poursuivre activement la politique de gestion du risque et d'efficacité du système de soins partagée entre Etat et Assurance maladie, élaborée au sein de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins, en concertation avec les usagers, les professionnels de santé, les différentes fédérations hospitalières.*
- *Rechercher de nouvelles orientations s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques, la lutte contre la poly-médication et la « iatrogénie » notamment chez la personne âgée seront à accompagner sur la durée du PRS.*



Notre système de santé se transforme non seulement du fait des contraintes fortes qui pèsent sur lui (vieillesse de la population et augmentation des maladies chroniques, besoins en ressources professionnelles de plus en plus spécialisées, modèles de financement à repenser...) mais aussi de mutations liées :

- aux progrès scientifiques ;
- aux nouvelles technologies y compris de l'information ;
- aux expérimentations de nouvelles modalités d'organisations (par exemple la mise en œuvre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale – LFSS – 2018) ;
- aux changements dans les pratiques professionnelles désormais ancrées dans une approche parcours de santé, qui suppose coordination et partage accru des informations ;
- aux évolutions des attentes des usagers qui souhaitent être acteurs de leur santé (développement de dispositifs : usager expert, patient traceur, médiateurs de santé pair...).

Cet environnement en mutation impacte les domaines de la recherche, de l'innovation, et de l'enseignement. Il est essentiel que les acteurs ayant compétence dans ces domaines en région collaborent afin de créer un cadre propice pour porter cette dynamique d'évolution.

La recherche, et l'innovation qui en résulte, est une voie privilégiée en France pour répondre aux défis sociétaux du champ de la santé : évolution des connaissances et des technologies mais aussi nouvelles attentes des acteurs professionnels et usagers.

Par ailleurs, il apparaît que, pour être pérenne, l'innovation ne doit pas être opportuniste et qu'elle doit se construire autour de preuves de son service

rendu à la population ou aux professionnels de santé, en termes de qualité, sécurité, usages et efficacité de la dépense. De fait, l'innovation doit s'inscrire dans un cadre conceptuel défini en amont, notamment dans une logique d'aide à la décision à partir d'études.

L'innovation constitue d'ailleurs un des 4 domaines de la stratégie nationale libellé « innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens ». Dans ce domaine, les objectifs retenus visent notamment à soutenir la recherche et l'innovation en :

Développant la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances. Un axe de travail peut impliquer les agences en région : celui du développement de la recherche en santé publique dans une démarche multidisciplinaire, contextualisée et participative. Soutenant les innovations en santé médicales et technologiques. L'enjeu poursuivi est une évolution du cadre financier et réglementaire des innovations de santé.

Facilitant l'émergence et la diffusion des organisations innovantes. Il est attendu que les responsables en région s'engagent aux côtés des responsables nationaux afin d'aider à l'émergence et à la réussite des projets pilotes en matière d'organisation.

Accélération l'innovation numérique en santé. L'enjeu est de garantir un accès effectif aux technologies numériques et de définir un cadre éthique adapté pour leurs applications. En région Auvergne-Rhône-Alpes, ce volet complète les engagements décrits dans les systèmes d'information en santé.

Garantissant l'accès aux diagnostics et aux traitements innovants. Le défi à relever est celui de l'accès aux traitements innovants pour tous, notamment par

une adaptation du cadre réglementaire et par l'introduction de modèles économiques.

Par ailleurs le lien sera fait avec l'enseignement des professionnels de santé, grâce au renforcement des travaux communs qui réunissent l'agence et les universités et écoles de la région.

A noter un nouveau champ de partenariat : le service sanitaire qui sera mis en œuvre dès la rentrée 2018 pour les 47 000 étudiants en santé.

Les agences régionales de santé co-présideront, avec les recteurs d'académie, le comité régional du ser-

vice sanitaire pour déterminer en région la stratégie visant à assurer la mise en œuvre du service sanitaire et en coordonner le pilotage.

Certains des objectifs énoncés ci-dessous trouvent une déclinaison plus opérationnelle dans d'autres chapitres du SRS comme le levier ressources humaines, les outils d'appui et de coordination des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, l'accompagnement de l'offre de premier recours dans ses évolutions organisationnelles.

Au regard de ces enjeux, les 5 objectifs suivants seront poursuivis :

1. Contribuer à la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances.
2. Accompagner le développement de la recherche en santé publique autant qu'en recherche clinique et médico-sociale.
3. Suivre des projets pilotes émergents en matière d'organisation dans le champ sanitaire et médico-social, en lien éventuel avec le champ social dans un objectif d'amélioration des parcours.
4. Contribuer aux initiatives visant à faciliter l'accès effectif aux technologies numériques et à définir un cadre éthique à leur mise en œuvre.
5. Développer les liens avec les Universités.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Etablir des liens privilégiés avec les acteurs scientifiques de la région afin de réaliser une veille sur les innovations les plus probantes qui seront à intégrer dans l'offre régionale et ainsi construire une aide à la décision de l'agence en complément des informations nationales.*
- *Participer en lien avec les partenaires notamment l'assurance maladie aux études médico-économiques et notamment mesurer les coûts générés par l'absence ou les retards de soins, ainsi que les coûts évités par la prévention et la lutte contre le non recours.*
- *Participer à l'émergence d'organisations innovantes en faisant connaître, dans ses domaines de compétences, les priorités de l'ARS lors d'appels à projet nationaux auxquels répondent des acteurs régionaux ou d'appels à projet portés en région par des partenaires ou acteurs du système de santé.*
- *Développer la médiation numérique vis-à-vis des usagers les plus fragiles afin de garantir leur accès effectif aux télé-services proposés.*
- *Participer au déploiement d'offre numérique nationale en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient.*
- *Soutenir en région le développement des interactions entre équipes de soin ou acteurs de prévention et équipes de recherche ; et notamment inciter au développement de la recherche en soins primaires en favorisant le développement des maisons de sante universitaires ou le déploiement de centres de sante universitaires.*
- *Engager une réflexion en lien avec les universités pour proposer une transposition de projets éprouvés – à titre d'exemple la simulation en santé- au sein des universités en direction des lieux de soins et d'accompagnement médico-social.*
- *Contribuer au déploiement de dispositifs permettant de mieux*
- *prendre en compte les spécificités de certains publics dans une logique d'améliorer leur état de santé (à titre d'exemples : le service sanitaire, la médecine universitaire...).*
- *Faciliter l'émergence de projets dérogoires aux règles, portés par les universités.*



LA STRATÉGIE RÉGIONALE DE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ

Les systèmes d'information sont un outil de partage et d'échange d'informations entre acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social. Un socle e-santé a été défini par le ministère des affaires sociales, qui doit être décliné au niveau régional. Sont en particulier concernés :

les outils d'identification de l'offre (répertoire opérationnel des ressources – ROR) et du patient (référentiel d'identification unique du patient) ;

les outils de partage d'informations entre professionnels (messagerie de santé sécurisée – MSS – ou dossier médical partagé – DMP).

Cette politique nationale sera déclinée au niveau régional selon trois axes :

le développement des solutions numériques à destination des professionnels libéraux et des établissements (solutions métier, MSS) ;

l'appui à la coordination des acteurs : outillage des structure de coordination des parcours de soins ; répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;

la télémédecine, comme outil d'accès aux soins notamment dans les territoires en tension.

S'agissant du premier axe, l'agence veillera particulièrement à l'interopérabilité des systèmes retenus, et, le cas échéant, à leur concours au déploiement du dossier médical partagé (DMP) porté par l'assurance-maladie et que l'ensemble des intervenants du secteur de la santé sont invités à alimenter et utiliser. Sur la base de ce socle d'interopérabilité, des solutions innovantes développées sur le territoire pourront être soutenues afin de contribuer aux

axes stratégiques régionaux, par exemple en matière de prévention.

S'agissant du second axe, l'équipement des structures de coordination et des acteurs concernés a déjà été évoqué supra ; le peuplement du ROR et son utilisation afin d'optimiser l'utilisation des ressources feront également l'objet d'une attention particulière.

Enfin, en matière de télémédecine, l'agence capitalisera sur les expérimentations déjà menées dans le cadre de l'appel à projets innovants mené les années précédentes. L'effort portera en particulier :

En matière de téléconsultation et de télé-expertise, l'agence accompagnera le développement d'activités de télémédecine autour de pôles structurés disposant d'une taille critique (maisons de santé, EHPAD...), en s'appuyant autant que possible sur les possibilités de délégation de tâches permises par la réglementation. Les publics visés sont les personnes éloignées des soins, pour des raisons géographiques (zones sous-dotées en ressources médicales et paramédicales), de pathologie et d'état général du patient (personnes âgées en établissement) ou autres (personnes incarcérées par exemple).

En matière de télésurveillance, l'agence procèdera par expérimentations afin de valider l'intérêt médico-économique de ce type d'activité.

Au total, la région pourra capitaliser sur son écosystème ainsi que sur les actions déjà menées tout en s'insérant dans le cadre national, afin d'exploiter ses réels atouts en matière de e-santé.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Peupler le ROR et l'utiliser à des fins de coordination.*
- *Poursuivre l'équipement des professionnels de santé en MSS.*
- *Contribuer au déploiement du DMP.*
- *Déployer des solutions de télémédecine adaptées aux territoires et populations en bénéficiant.*



LA STRATÉGIE D'INVESTISSEMENT

En matière d'équipement, la période 2018-2022 sera marquée par les tendances suivantes :

La poursuite de la digitalisation : investissement considérable dans le partage informatisé du dossier patient, décloisonné entre acteurs du premier recours, de l'hospitalier et du médico-social.

En parallèle, le périmètre des données de santé couvert par l'informatique va s'étendre, de même que les flux sécurisés échangés entre professionnels devraient fortement augmenter ; de même, les attentes des usagers sont fortes pour accéder aux informations qui les concernent et pouvoir interagir avec l'équipe de soins.

Le développement généralisé de la télémédecine, au-delà des premières expérimentations, quel que soit le niveau de recours à ce service (relation patient-médecin, relation médecin-médecin, relation médecin-expert médical...).

La révision des stratégies d'investissement publiques (immatériel, matériel et immobilier) à l'échelle territoriale des GHT, en fonction des nouveaux projets médicaux partagés entre les hôpitaux publics.

La vétusté des établissements médico-sociaux. Une partie considérable du patrimoine d'hébergement sanitaire et médico-social relève des plans d'humanisation de la période 1960-1980, en particulier au niveau des EHPAD/USLD adossés à des établissements publics de santé.

Le besoin de renouveler toute ou partie de ces EHPAD et USLD hospitaliers publics mérite d'être réinterrogé par les établissements de santé eux-mêmes dans le cadre des filières de soins et de prise en charge car il entraîne un nouveau cycle d'investissement, confronté cependant à un contexte macroéconomique fragile, y compris du côté des conseils départementaux également concernés, alors

même que le degré attendu de confort hôtelier va croissant (chambres et sanitaires individuels...).

La vétusté de l'équipement médico-social public fera l'objet d'une attention particulière de l'Agence, car parmi les tendances évoquées, il s'agit de celle qui concentre les facteurs de risque : enjeux de sécurité pour les patients, enjeux de bienveillance, mais également enjeux de sécurité pour les professionnels.

La prise en charge de résidents en situation de très forte dépendance suppose des soins considérables ainsi qu'une charge émotionnelle conséquente pour les soignants ; or l'analyse des données d'activité des établissements de santé met en évidence que les établissements médico-sociaux et de soins de longue durée subissent des difficultés d'absentéisme et de recrutement plus aggravés que les autres secteurs, et ce constat est à relier aux conditions d'exercice, qui leur sont imposées sur certains sites.

Le développement technologique des prises en charge hospitalières. Les exemples sont nombreux : robotisation de la dispensation médicamenteuse, automatisation de la biologie, recours croissant à des équipements de pointe pour la réalisation des actes médicaux qu'ils soient diagnostiques ou thérapeutiques, lits dotés de capteurs de l'état du patient...

Les capacités d'investissement des établissements sont très fortement sollicitées en matière biomédicale et limitent le degré avec lequel ils peuvent accompagner les points précédents. Ce développement a pour contrepied la réduction des besoins d'hébergement sanitaire, les parcours de santé privilégiant les soins à domicile en dehors des épisodes aigus d'actes techniques et de surveillance médicale. Cette réduction ne peut cependant devenir effective qu'à la condition de développer des alternatives à l'hospitalisation lors d'épisodes épidémiques.

Enfin, le développement de l'exercice regroupé qui entraîne des besoins immobiliers spécifiques dans le premier recours ; les collectivités locales sont très impliquées dans la construction de locaux adaptés et susceptibles d'attirer des professionnels, d'autant qu'elles cherchent à lutter contre le risque de désertification médicale.

A noter la situation particulière des hôpitaux de proximité, dont le rôle couvre les trois champs du premier recours, du médico-social et des soins hospitaliers gériatriques.

Au travers du fonds d'intervention régionale (FIR) et du Plan d'aide à l'investissement (PAI), mais aussi de son positionnement institutionnel, l'Agence peut venir en appui des initiatives des acteurs de santé.

Ces moyens restent modérés au regard des enjeux et supposent donc une démarche de hiérarchisation, afin de fournir de la lisibilité sur les priorités. Les leviers sont de deux ordres :

Veiller au développement de partenariats et à l'économie générale des dispositifs. Ce point concerne en particulier les systèmes d'information, pour lesquels les actions de l'Agence doivent privilégier des solutions offrant un potentiel d'extension régionale. Le soutien aux partenariats concernent également l'immobilier, notamment dès lors que les projets des investisseurs tiers tels que les collectivités dans le premier recours, ou des foncières dans le secteur médico-social.

Venir en soutien financier, en vérifiant le meilleur bénéfice socio-économique, ainsi que l'effet de levier du cofinancement.

Au regard du contexte évoqué précédemment, l'Agence considère que la priorité doit porter sur les conditions d'équipement des sites assurant l'hébergement des résidents en situation de forte dépendance et les soins de longue durée, de manière à assurer la sécurité des résidents à la fois sur le plan technique et en matière de personnel.

Il s'agit également de rétablir une forme d'équilibre entre les différents modes d'exercice des professionnels, le secteur du court séjour ayant bénéficié d'un effort considérable de rénovation lié à la fois à la T2A et aux plans d'investissement 2007 et 2012.

Cette approche devra nécessairement être opérée en étroite concertation avec les conseils départementaux, car les priorités portent sur le financement des conditions d'hébergement et non sur le financement des soins.

La conduite d'un tel programme suppose une démarche structurée et étalée sur l'ensemble de la durée du SRS du fait de la variabilité, selon les sites, de l'ampleur des travaux à réaliser.

Enfin, la démarche doit tenir compte du contexte actuel de financement des investissements, qui se trouve au croisement de deux facteurs : un affaiblissement des capacités financières des opérateurs publics et inversement, un gain d'attractivité relatif du secteur de la santé pour les investisseurs extérieurs, confrontés à une conjoncture économique défavorable dans les autres secteurs.

Cette attractivité peut être considérée comme une opportunité mais peut utilement bénéficier d'un retour d'expérience partenarial, visant à garantir sur le long terme la capacité juridique et financière des gestionnaires à faire évoluer le patrimoine immobilier qu'ils occupent en fonction des besoins du PRS.

Ce point fait écho aux préconisations nationales en matière d'analyse socio-économique préalable des projets immobiliers majeurs, telles que portées par le Commissariat Général à l'Investissement.

L'Agence devra poursuivre l'effort d'accompagnement des structures dans la réalisation de ces analyses, visant à garantir le meilleur bénéfice des investissements réalisés tant sur le plan environnemental que sociétal. Le résultat de ces analyses peut avoir des conséquences sur les professionnels et entraîner des mobilités tant fonctionnelles que géographiques ; le cas échéant, ces mobilités seront accompagnées.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Se doter de méthodes d'évaluation de l'état du patrimoine des sites assurant l'hébergement des résidents en situation de forte dépendance et les soins de longue durée.*
- *Hiérarchiser les besoins et définir, pour les sites prioritaires, les modalités partenariales permettant d'aboutir à la rénovation attendue.*
- *Soutenir les démarches de mesure d'impact sur l'amélioration des conditions d'exercice ainsi que sur les risques.*
- *Déployer une approche spécifique pour les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), tirant le bilan des implantations existantes et des nécessaires interactions de ces unités avec les autres activités sanitaires et médico-sociales.*



LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ ET LES RELATIONS PARTENARIALES ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 est emblématique de la reconnaissance de la place des citoyens dans le système de santé puisque 38 des 227 articles de la loi y font référence.

Quant à la Stratégie nationale de santé, elle évoque « une gouvernance renouvelée des politiques de santé, plus transversale et plus proche des citoyens, des usagers, des familles et des aidants ». Dans sa réaffirmation du rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et de l'association des citoyens à la gouvernance du système de santé, elle vise dans un environnement en pleine évolution, 2 enjeux majeurs : permettre à chacun de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche d'une part, renforcer la représentation et le rôle de l'expertise des usagers et des citoyens dans le système de santé d'autre part.

La mise en œuvre de ces orientations amènera à un changement de culture, dès lors que les usagers s'approprient leurs droits et que l'ARS développera des actions d'information, de coordination et soutiendra des promoteurs d'actions innovantes sur le vaste champ de la démocratie en santé.

C'est dans un esprit de dialogue et de concertation que la démocratie en santé s'inscrit, avec pour finalité d'associer l'ensemble des acteurs et des partenaires autour de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'une politique de santé partagée. Cette ambition de démocratie et de débat public sur les questions de santé est exigeante et impose la confiance et le dialogue, qui sera d'autant plus fécond qu'il rassemblera notamment les professionnels de la santé et les usagers attachés à défendre et

promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

Parmi les multiples enjeux du projet régional de santé figure celui de promouvoir en direction de tous ces personnels (professionnels de santé, gestionnaires d'établissements sanitaires ou médico-sociaux, représentants des usagers, institutionnels) une culture ouverte et respectueuse des droits des « usagers » et un cadre facilitant leur mise en œuvre.

Ainsi, les axes fondamentaux du cadre d'orientation stratégique (COS) relatifs à la démocratie sanitaire et aux relations partenariales entre les professionnels et les usagers sont :

La prise en compte du point de vue de l'utilisateur dans l'élaboration du schéma régional de santé en repérant les besoins au travers des parcours de santé populationnels. Cette approche vise notamment, à développer les coordinations entre les structures, les professionnels et les usagers en vue de faciliter les parcours de santé. L'implication des usagers ou de leurs représentants à la définition de ces parcours est primordiale.

Le renforcement de l'information et de la communication pour un bon usage raisonné du système de santé.

L'accompagnement et le soutien des représentants des usagers, et le développement de la démocratie directe.

7 objectifs participeront à la réaffirmation du rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et à l'association des citoyens à la gouvernance du système de santé

1. Affirmer la place des usagers dans le système de santé.
2. Renforcer l'information des usagers sur leurs droits et sur leur santé.
3. Développer l'accompagnement des proches aidants et faciliter la relation « proches aidants/aidants » professionnels.
4. Accompagner les instances de démocratie en santé.
5. Conforter la représentation des usagers dans les instances et les établissements de santé.
6. Permettre et valoriser l'expression des usagers.
7. Impliquer et mobiliser tous les acteurs.

O1 ● AFFIRMER LA PLACE DES USAGERS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

La participation de l'utilisateur constitue un enjeu essentiel pour la définition des politiques de santé dans la mesure où son point de vue et son expertise viennent enrichir celui des professionnels et institutionnels.

Parallèlement, sa participation en tant qu'acteur de son parcours de santé conforte son adhésion aux traitements proposés et en améliore leur efficacité.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Co-construire le parcours de santé avec l'ensemble des acteurs de santé.*
- *Asseoir la fonction de « référent de parcours » pour accompagner les usagers les plus vulnérables et les situations les plus complexes, afin d'accompagner la personne dans son parcours et éviter les ruptures.*
- *Promouvoir les pratiques professionnelles prenant en compte la parole des usagers.*

O2 ● RENFORCER L'INFORMATION DES USAGERS SUR LEURS DROITS ET SUR LEUR SANTÉ

L'information est au cœur de la connaissance et de l'exercice des droits de l'utilisateur du système de santé.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Diffuser largement de l'information sur les droits individuels et collectifs des usagers.*
- *Adapter les supports d'information sur les droits ou sur la santé aux jeunes, aux populations vulnérables, précaires et étrangères. Les rendre accessibles et compréhensibles par tous.*
- *Accompagner l'utilisateur vers une information fiable et balisée, en s'appuyant sur des associations de Santé agréées et par le biais des nouveaux moyens de communication.*
- *Contribuer en région à l'alimentation du service public d'information en santé.*

03 ● DÉVELOPPER L'ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES AIDANTS ET FACILITER LA RELATION PROCHES AIDANTS/AIDANTS PROFESSIONNELS

Le maintien choisi ou le retour à domicile ne sont possible que par une importante implication des aidants proches. Ces derniers doivent pouvoir dispo-

ser d'une écoute et d'un accompagnement dans leurs démarches.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Donner la possibilité aux aidants familiaux d'être formés et écoutés :*
 - Former au « métier d'aidant » : gestes et postures... pour le bien-être de l'aidé comme de l'aidant.
 - Informer sur le handicap de l'aidé et ses spécificités, ses conséquences, son évolution.
 - Informer et conseiller sur les dispositifs légaux, les démarches administratives, les possibilités de soutien et d'accompagnements existants pour l'aidant et l'aidé.
 - Organiser des échanges avec des pairs, espaces de rencontres, de partage et d'expression afin de rompre l'isolement, de créer des liens et de renforcer la solidarité.

04 ● ACCOMPAGNER LES INSTANCES DE DÉMOCRATIE EN SANTÉ

Le développement de la démocratie en santé sur le territoire s'appuie sur les instances de démocratie sanitaires, qui sont autant de forces de proposition pour développer le dialogue, l'écoute et la concertation avec les usagers.

mandations sur la mise en œuvre de droits des usagers en région.

Les Conseils territoriaux de santé contribuent aux projets territoriaux de santé, notamment sur l'organisation des parcours.

La CRSA concourt par ses avis à la définition de la politique de santé en région et formule des recom-

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Favoriser l'articulation des instances, soutenir, développer et faciliter le travail collaboratif.*
- *Permettre à ces instances de disposer des informations utiles à l'exercice de leurs missions.*

05 ● CONFORTER LA REPRÉSENTATION DES USAGERS DANS LES INSTANCES ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Pour assurer une bonne représentation des usagers au niveau des territoires et au sein des établisse-

ments, il est nécessaire de s'appuyer sur les associations d'usagers agréées et leurs représentants.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Soutenir la mise en œuvre du dispositif de désignation des représentants des usagers dans les instances où ils sont appelés à siéger ainsi que des personnes qualifiées dans le domaine médico-social.*
- *Accompagner les représentants d'usagers dans l'exercice de leur mandat et s'assurer qu'ils ont bien été formés.*
- *Faciliter et promouvoir leur engagement militant bénévole.*

06 ● PERMETTRE ET VALORISER L'EXPRESSION DES USAGERS

L'expression des usagers via les instances de démocratie sanitaire va se compléter sous 2 angles :

L'expression directe des usagers : la démocratie directe s'exprime lors des débats publics délocalisés et organisés conjointement par la CRSA et les CTS mais

aussi lors des différentes manifestations organisées par l'ARS, seule ou en partenariat.

L'expression des usagers dans le cadre des projets innovants.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Faciliter l'organisation de débats publics et la prise en compte de leurs conclusions.*
- *Elargir le champ des modes d'expression en direction des usagers en recourant aux réseaux sociaux, forum...*
- *Faire la promotion des projets innovants et encourager les initiatives en relayant les dispositifs nationaux tels que le « label droits des usagers de la santé » et la convention nationale culture et santé et en poursuivant l'appel à projets régional annuel démocratie sanitaire visant à former les représentants des usagers d'une part, à recueillir les besoins des usagers et professionnels de santé.*
- *Prévoir la participation des usagers lors de l'élaboration et l'évaluation des actions locales les concernant.*
- *Favoriser l'émergence d'initiatives sur ce champ émanant des acteurs eux-mêmes. Cf. l'appel à projet national dit art 92 visant Appel à projet Accompagnement à l'autonomie en santé Art 92 LMSS.*

07 ● IMPLIQUER ET MOBILISER TOUS LES ACTEURS

La formation des professionnels constitue un levier essentiel pour l'acquisition des connaissances sur les

droits des usagers et pour le développement des compétences relationnelles.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Inclure un module relatif aux droits des usagers dans la formation continue des professionnels de la santé et du social et si possible avec des séances interprofessionnels.*
- *Faciliter la participation des usagers à l'animation de ces modules.*



SOUTENIR LES AIDANTS, DÉVELOPPER, STRUCTURER ET RENDRE ACCESSIBLE L'OFFRE DE RÉPIT

Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, peu de données sont actuellement disponibles.

Toutefois, à partir de différentes sources de données, le CREAL a estimé que le nombre de personnes en situation d'aidant en ex Rhône-Alpes était de 160 000.

L'enquête nationale handicap santé indique que 66 % des aidants ont moins de 60 ans. Le profil des aidants varie selon le type de handicap, la pathologie et l'âge de la personne aidée.

Lorsqu'elles vivent en couple, les personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile sont le plus souvent aidées par le conjoint (80 %), dans un premier temps. Avec l'avancée en âge, l'aide des descendants se substituent à celle du conjoint.

De nombreuses actions d'accompagnement ont été mises en œuvre en direction des aidants au cours des dernières années sur tout le territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Portées par plusieurs acteurs, les interventions en faveur du soutien des aidants ne cessent de croître, intégrant l'accompagnement du couple « aidant-aidé ». Ces interventions en direction des aidants sont réalisées par des acteurs issus du monde professionnel, du bénévolat (...).

Les pouvoirs publics reconnaissent le rôle central et indispensable des aidants pour leur concours à l'accompagnement et aux soins de leurs proches. La loi relative à « l'adaptation de la société au vieillissement » instaure ainsi la reconnaissance du statut de « proche aidant » et du droit au répit. La CNSA encourage et finance la mise en œuvre d'actions en direction des proches aidants. Une offre de prestations en direction des aidants est formalisée dans une « RAPT », la réforme de la tarification des ESMS

(SERAPHIN-PH), le plan autisme, [le plan maladies neuro-dégénératives \(PMND\)](#), les deux volets de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (polyhandicap et handicap psychique). Des budgets sont fléchés spécifiquement sur des actions de soutien des aidants.

Cependant, les aidants sont confrontés à des problématiques de santé et d'épuisement avec des répercussions sur leur vie professionnelle. « Selon l'INSEE, plus de huit aidants sur 10 disent ressentir une charge lourde et éprouver un sentiment de solitude, 75 % se sentent anxieux, stressés ou surmenés ».

Trois problématiques sont soulevées :

Les actions menées en direction des aidants sont multiples et portées par bon nombre d'acteurs et d'associations. Mais le repérage des situations des aidants, toutes pathologies confondues, pour mener des accompagnements et les actions de formations, est encore trop tardif, bon nombre d'entre eux n'identifient pas leur statut d'aidants.

Qu'ils exercent en établissements ou à domicile, les professionnels ne sont pas encore suffisamment sensibilisés sur la place des aidants. S'ils doivent renforcer le partenariat avec les aidants, mieux les associer afin de reconnaître les compétences notamment dans le cadre de la guidance parentale, des soins à domicile, ils doivent également participer à l'évaluation et l'anticipation des risques d'épuisement.

La demande de répit est récurrente. Force est de constater que l'offre de répit existante ne permet pas toujours de répondre à la demande croissante des aidants, en Auvergne-Rhône-Alpes.

Au regard desquels sont posés des objectifs

1. Prévenir les situations d'épuisement, intervenir le plus précocement possible.
2. Reconnaître le rôle des aidants et accompagner les professionnels dans le développement d'un partenariat.
3. Structurer et renforcer une offre de répit adaptée.

01 ● PRÉVENIR LES SITUATIONS D'ÉPUISEMENT, INTERVENIR LE PLUS PRÉCOCEMENT POSSIBLE

Pour prévenir les situations d'épuisement en intervenant le plus précocement possible, il convient de diffuser largement les informations à destination des aidants, avec l'appui des associations et des professionnels. Des actions collectives déjà engagées, dans

le cadre du PMND, visent, par le biais de conférences et d'interventions dans les lieux publics ou professionnels, à repérer et informer les aidants des soutiens et des dispositifs existants.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Prendre appui sur les actions collectives en direction des aidants mises en œuvre dans le cadre de la mesure 50 du PMND.
- Repérer les actions en faveur de la paire-aidance et leur diffusion (plan autisme, volet handicap psychique...)
- Mettre en place des actions pour développer la transversalité et le partenariat entre les associations de bénévoles (exemple du cahier des charges pour l'appel à candidature pour la mesure 2 du PMND).

02 ● RECONNAÎTRE LE RÔLE DES AIDANTS ET ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DANS LE DÉVELOPPEMENT D'UN PARTENARIAT

L'adhésion des familles et des aidants au projet de leurs proches en situation nécessite que les professionnels soient formés et adaptent une posture plus partenariale en laissant la place à l'usager et aux

proches aidants, valorisant les compétences de chacun.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Piloter des actions de formation pour faire évoluer les pratiques des professionnels associant les aidants et les usagers, promouvoir la « charte répit » dans les pratiques.
- Favoriser le déploiement de formations croisées associant les usagers (PMND, Ecole inclusive (fiche-action)).

03 ● STRUCTURER ET RENFORCER UNE OFFRE DE RÉPIT ADAPTÉE

Les travaux engagés permettent d'envisager une nouvelle dynamique de travail des plateformes d'accompagnement et de répit : mise en place d'outils de collaboration entre structures, de groupes territoriaux de réflexion et de rencontres périodiques.

L'ARS a choisi de confier un travail d'étude sur la place et le rôle des PFAR à l'URIOPSS. Un travail qui s'est appuyé sur des contributions des plateformes (PA et PH) elles-mêmes et de leurs partenaires.

Plusieurs principes partagés :

Si l'on veut que l'offre de répit soit dans une dynamique inclusive, besoin d'une offre de relative proximité pour pouvoir mobiliser les ressources de droit commun de proximité.

Si l'on veut que l'offre de répit soit mobilisée, il faut qu'elle soit identifiable et notamment démontrée à l'aidant l'intérêt du répit pour l'aidé (vrai autant pour l'aidant professionnel que l'aidant « naturel »).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *S'appuyer sur cette dynamique pour faire évoluer les projets de service des plateformes d'accompagnement et de répit et envisager une mobilisation de ces plateformes comme de véritables ressources pour les territoires (y compris en appui des autres dispositifs de répit (AJ, HT pour lesquels des repositionnements sont engagés).*
- *S'appuyer sur une charte répit qui viendra englober les enjeux suivants : diversifier et optimiser la palette de l'offre existant dans la région et assurer la couverture territoriale (de la formation au Baluchonnage, relayage), assurer la visibilité et l'accès (portail sur le net), impulser une démarche qualité en la matière (charte répit), faire évoluer les structures d'accueil temporaires pour qu'elles deviennent de véritables dispositifs d'accueil thérapeutique et de répit et s'appuyer sur les plateformes d'accompagnement et de répit.*

3

Une organisation de l'offre en santé au service de la qualité et la continuité des parcours de santé



MAILLER LE TERRITOIRE EN OFFRE EN SANTÉ DE PROXIMITÉ EN APPUI AU MAINTIEN À DOMICILE ET AU DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION

ACCOMPAGNER L'OFFRE DE PREMIER RECOURS DANS SES ÉVOLUTIONS ORGANISATIONNELLES AFIN D'AMÉLIORER LA RÉPONSE DE PROXIMITÉ



des soins de premier recours.

Ces soins comprennent :

la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
l'éducation pour la santé.
Ils sont couverts par l'offre de soins ambulatoire, qu'elle soit libérale ou salariée, en collaboration avec les établissements de santé ainsi que les structures médico-sociales et sociales, publics et privés, et les structures sociales.

Les missions du premier recours, en particulier celles du médecin généraliste, dépassent la prise en charge curative des patients. En effet, le développement

Un des grands enjeux de la loi de modernisation de notre système de santé ainsi que la stratégie nationale de santé est d'assurer aux usagers un égal accès à des soins de qualité à travers une meilleure organisation

des maladies chroniques avec une multiplicité d'intervenants dans le parcours de santé, le vieillissement de la population avec l'enjeu du maintien à domicile nécessitent une implication toute particulière des professionnels du premier recours, au premier rang desquels les médecins de ville, acteurs clés de l'accès aux soins, mais également d'autres professions paramédicales telles que les infirmiers qui connaissent particulièrement bien la situation de vie à domicile.

Bien orienter le patient dans le système de santé, permettre une bonne coordination des soins par une coopération entre les professionnels soignants sont des enjeux majeurs auxquels il faut pouvoir répondre sur tous les territoires dans un contexte d'inégalités de répartition de certains professionnels de santé.

L'évolution de ces missions doit aussi prendre en considération le virage ambulatoire des établissements de santé.

Le premier recours est un des maillons essentiels de notre système de santé. C'est en travaillant sur l'évolution des organisations qu'il est possible de répondre à ces enjeux tout en confortant l'accès aux soins de premier recours et en poursuivant le décloisonnement du système de santé.

Au regard de ces enjeux, les principaux objectifs à poursuivre sont

1. Réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins.
2. Décliner les orientations du plan d'accès aux soins.
3. Accompagner le développement des exercices regroupés pluri professionnels en soins primaires.
4. Faciliter les coopérations entre les acteurs de l'offre de soins de premier recours et les autres acteurs en santé, hospitaliers et médico-sociaux).
5. Organiser la prise en charge de soins non programmés non urgents en journée, en lien avec l'organisation des soins de proximité.
6. Soutenir la prise en compte de la prévention dans les projets de santé.
7. Organiser la réponse aux besoins de transports sanitaires urgents qui nécessite l'action coordonnée de plusieurs acteurs de l'urgence pré-hospitalière, dont le SAMU – Centre 15.

01 ● RÉDUIRE LES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS

L'hétérogénéité des territoires de la région est importante comprenant aussi bien de grandes agglomérations, que des territoires ruraux (certains d'entre eux se désertifiant) et des zones de mon-

tagne étendues. Cette hétérogénéité nécessite une politique adaptée à chaque type de territoires en matière d'accès aux soins.

1.1 - Concernant l'offre médicale

Des zones fragiles ont été arrêtées selon une méthodologie nationale. La démarche a mis en exergue 4 niveaux de zones :

les zones d'intervention prioritaire, qui correspondent à 15,1 % de la population Auvergne-Rhône-Alpes ;
les zones d'action complémentaire ;

les zones de vigilance ;
les territoires non classés.

L'identification de ces zones permet de mobiliser de façon hiérarchisée différents dispositifs spécifiques de soutien à l'installation ou au maintien de l'activité médicale.

1.2 - Concernant la problématique de la « désertification officinale »

L'analyse de la situation a constitué une des priorités de ces cinq dernières années et s'est traduite par plusieurs chantiers impliquant les ARS dont l'un porte sur la réalisation d'un diagnostic territorial des conditions d'accès aux officines. Le but étant d'identifier et de caractériser sur leurs territoires respectifs les difficultés d'accès aux officines, afin de repérer le cas échéant, les évolutions organisationnelles, juri-

diques et économiques nécessaires au maintien d'un maillage officinal adapté.

L'objectif principal est de garantir l'accès de la population aux médicaments sur tout le territoire en partant du principe que le maillage officinal est globalement assuré mais que des disparités territoriales existent et que des fragilités pourraient s'aggraver.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Poursuivre le diagnostic des territoires fragiles ou potentiellement fragiles dans lesquels des possibilités d'installation dérogatoires seront offertes, ainsi que des accompagnements financiers pour favoriser ou maintenir l'offre pharmaceutique, en cohérence avec les zonages des autres professionnels de santé.*
- *Poursuivre et renforcer l'implication des pharmaciens dans les actions sur les structures de santé pluri-professionnelles de proximité.*
- *Accompagner les pharmaciens dans la mutation actuelle de leur exercice (nouvelle réglementation, nouvelles missions, etc.).*

1.3 - Concernant la spécificité de l'accès aux soins en zones de montagne

La dynamique engagée sera poursuivie.

Les zones de montagne ont un profil particulier en raison notamment de l'inégale répartition de la population qui les caractérise et de la forte variation saisonnière des besoins. Les médecins de ville assurent 95 % des prises en charges liées à la traumatologie des sports d'hiver.

Les cabinets de montagne sont situés dans des territoires isolés. Ils sont le plus souvent distants de plus de 30 minutes d'un SMUR. Les fluctuations démo-

graphiques saisonnières propres à ces zones impactent fortement la constance de la patientèle des cabinets.

En lien avec l'attractivité touristique des zones de sports d'hiver, les médecins doivent y assumer des charges plus lourdes. Ces charges touchent autant les loyers que le coût global de la vie plus élevés qu'en moyenne générale. L'acquisition de l'équipement spécifique nécessaire à la traumatologie induit également des surcoûts.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Accompagner financièrement les cabinets de montagne labélisés dans le cadre de l'acquisition de matériels de radiologie.*
- *Former des médecins généralistes à l'urgence.*
- *Poursuivre le déploiement des médecins correspondant du SAMU dans les territoires à plus de 30 minutes d'un SMUR afin de permettre à la population qui réside dans les zones de montagne d'avoir accès à des soins urgents.*

02 ● DÉCLINER LES ORIENTATIONS DU PLAN D'ACCÈS AUX SOINS (PAS)

Parce que chaque territoire est différent en ville, en périphérie, à la campagne ou en montagne, la prise en charge des problèmes de santé se pose de façon différenciée. La démarche pour l'égal accès aux soins vise à ce que chaque territoire dispose d'un projet de santé adapté.

Un projet de santé territorial doit proposer des solutions aux problématiques identifiées par les patients, mais aussi par les élus et les professionnels de santé. Il doit être construit en lien avec l'ARS et mis en œuvre par l'ensemble de ses partenaires.

Chaque professionnel de santé exerçant dans un territoire ou souhaitant s'y installer pourra élaborer son propre projet professionnel et mieux l'articuler avec sa vie privée grâce à la mise en place d'un guichet unique qui l'informerait, l'aiderait et l'accompagnerait dans ses démarches administratives.

Les tensions démographiques en raison de la diminution du nombre de médecins généralistes libéraux en exercice et des départs en retraite des médecins de plus de 65 ans pourraient accroître le nombre de zones de faible accessibilité à un professionnel de

santé et progressivement s'étendre à de nouveaux territoires.

Les nouvelles aspirations des jeunes médecins, qui recherchent plus d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, un travail en équipe élargie et une diversité des modes d'exercice risquent d'accroître également ce phénomène en favorisant les regroupements dans des zones plus attractives.

Afin de répondre à ces différents enjeux, quatre orientations phares seront portées sur la région Auvergne-Rhône-Alpes :

le renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue ;

la mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances ;

une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue ;

une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs de territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Promouvoir les contrats incitatifs à l'installation dans les zones sous-denses en termes de démographie médicale proposés dans le cadre de la convention médicale de l'assurance-maladie :*
 - contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM),
 - contrat de transition pour les médecins (COTRAM),
 - contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM),
 - contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM).
- *Poursuivre les signatures des contrats d'aide à l'installation (PTMG, PTMA, PIAS).*
- *Promouvoir les contrats d'engagement de services publics (CESP) auprès des jeunes en formation.*
- *Identifier les modalités de promotion de la maîtrise de stage des professionnels de santé.*
- *Définir les modalités d'accompagnement des futurs maîtres de stage en zones sous-denses.*
- *Développer les coopérations entre les professionnels de santé, développer le dispositif action de santé libérale en équipe (ASALEE) et encourager le déploiement des protocoles de coopération sur la région en encourageant les délégations de tâches entre médecins et autres professionnels de santé.*
- *Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances :*

- inscrire le partage de données utiles à la coordination dans un cadre sécurisé,
- poursuivre le déploiement des équipements dans les EHPAD de la région.
- *Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue :*
 - coordonner les différents dispositifs de prise en charge des cas complexes afin de fluidifier et rendre lisible les dispositifs de coordination sur la région,
 - expérimenter, en milieu rural éloigné des dispositifs spécialisés en addictologie, la création au sein des MSP de microstructures de prise en charge de l'addictologie.
- *Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover :*
 - travailler avec les conseils territoriaux en santé afin d'encourager les acteurs de terrain à construire leur projet de territoire,
 - inciter les structures d'exercices regroupées à décliner des outils améliorant la prise en charge les maladies chroniques (ETP...).

03 ● ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DES EXERCICES REGROUPÉS PLURI-PROFESSIONNELS EN SOINS PRIMAIRES

Face aux constats sur les inégalités de répartition de l'offre ambulatoire et sur les difficultés d'accès aux soins qui peuvent en résulter, un des enjeux du PRS est de poursuivre le déploiement des exercices regroupés (maisons et centres de santé) répondant d'avantages aux aspirations des jeunes professionnels de santé et rendant les territoires plus attractifs.

Les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) ont connu dans la région un développement quantitatif important (171 MSP). Leur répartition dessine toutefois un maillage territorial encore inégal, certains des départements voyant se mettre en œuvre plus de projets que d'autres (cf. Ain, Savoie, Isère).

Les délégations départementales de l'Agence sont très actives dans l'accompagnement des porteurs de projets. La formalisation d'un partenariat avec la fédération des maisons de santé en Auvergne-Rhône-Alpes (FEMASAURA) est un levier dans la progression de l'exercice regroupé.

Enfin, depuis 2016, un partenariat avec l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) offre la possibilité de mieux former les coordinateurs de regroupement pluri-professionnels.

Concernant les centres de santé, on dénombre 223 centres en fonctionnement parmi lesquels 70 centres de santé sont polyvalents.

Dès 2015 un appel à projets a été lancé porteur de deux finalités :

développer les centres de santé dans les territoires fragiles en termes d'offres de soins, accompagner les centres de santé monothématiques à évoluer vers la polyvalence.

Dans le même temps, une aide a été mise en place pour accroître la médicalisation des centres de santé. Un partenariat formalisé avec le groupement régional des centres de santé (GRCS) favorise le développement de ces centres, quantitativement et qualitativement.

Enfin, d'une manière générale, il conviendra de davantage inscrire l'organisation en matière de santé à une politique régionale d'aménagement du territoire, partagée entre l'ensemble des partenaires institutionnels (collectivités territoriales, Etat, conseil régional, assurance-maladie...).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Poursuivre le soutien aux centres de santé polyvalents et aux centres de santé monothématiques souhaitant évoluer vers la polyvalence notamment dans les territoires dépourvus d'une offre de soins libérale.*
- *Engager une réflexion sur les centres de santé portés par un établissement de santé afin de renforcer le lien ville-hôpital en travailler avec les fédérations hospitalières sur le sujet de l'adossement d'un centre de santé à un établissement hospitalier.*
- *Poursuivre les travaux engagés sur l'observatoire des centres de santé.*
- *Promouvoir la participation des centres de santé aux actions de santé publique.*
- *Poursuivre le soutien aux gestionnaires de centre de santé se situant en zone fragile dans le recrutement de médecins généralistes.*
- *Développer les rencontres avec les internes pour les sensibiliser à l'exercice regroupé.*
- *Inciter au développement de la recherche en soins primaires en favorisant le déploiement des centres de santé universitaire ceci peut notamment passer par la formalisation d'un partenariat avec la faculté de médecine concernant la recherche en soins primaires et la sensibilisation des internes à l'exercice regroupé.*
- *Engager une réflexion sur la participation des centres de santé aux actions de santé publique.*

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Poursuivre le déploiement des MSP en incitant à une répartition homogène des projets afin d'enrayer les inégalités territoriales d'accès aux soins et de structurer les soins primaires sur les territoires.*
- *Accompagner davantage les projets qui émergent dans les zones dépourvues d'offre en soins primaires.*
- *Inciter au développement de la recherche en soins primaires en favorisant le déploiement de maisons de santé universitaires.*
- *Inciter à l'exploitation du système d'information.*
- *Développer les rencontres avec les internes pour les sensibiliser à l'exercice regroupé.*
- *Poursuivre, en lien avec l'EHESP, la formation des coordinateurs de regroupement pluri-professionnels en développant d'autres sessions de formation.*
- *Formaliser un partenariat avec la faculté de médecine concernant la recherche en soins primaires et la sensibilisation des internes à l'exercice regroupé.*

04 ● FACILITER LES COOPÉRATIONS ENTRE LES ACTEURS DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS ET LES AUTRES ACTEURS EN SANTÉ, HOSPITALIERS ET MÉDICO-SOCIAUX

La qualité et la continuité des prises en charge des patients passent par une organisation structurée des soins de proximité mais aussi par un travail organisé et complémentaire avec les professionnels du secteur hospitalier et du médico-social.

Dans ce sens, la loi de modernisation de notre système de santé a défini les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en reconnaissant le rôle premier des professionnels de santé pour faire émerger ces organisations.

Ces mesures favorisent une réelle évolution des pratiques professionnelles sur les territoires, au service du développement de réponses ambulatoires coordonnées, visant à améliorer le parcours du patient, ou susceptibles de réduire les hospitalisations évitables et les prises en charge en urgence.

A l'initiative des acteurs de terrains, les CPTS doivent permettre d'engager des collaborations plus étroites entre les professionnels de santé exerçant en ville (1^{er} et 2nd recours) et les acteurs hospitaliers, médico-sociaux et sociaux.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *S'appuyer sur l'offre libérale pour organiser des consultations avancées de médecins spécialistes au plus proche des patients, dans le cadre notamment de projets pluri-professionnels d'équipes de soins primaires (ESP), de MSP ou de centres de santé polyvalents.*
- *Promouvoir la politique régionale d'accompagnement des communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) avec les représentants des acteurs de santé et les partenaires institutionnels permettant de faire émerger et soutenir les projets.*
- *Assurer un suivi des pré-projets déposés conformément au cahier des charges et engager les dynamiques des projets sur les territoires.*
- *S'appuyer sur le maillage des centres hospitaliers de proximité (ex hôpitaux locaux), acteurs structurants de l'organisation des soins de proximité pour développer les coopérations avec les professionnels de santé libéraux et le second recours.*
- *Contractualiser avec les CPTS pour organiser au mieux les parcours de soins.*

05 ● ORGANISER LA PRISE EN CHARGE DE SOINS NON PROGRAMMÉS NON URGENTS EN JOURNÉE, EN LIEN AVEC L'ORGANISATION DES SOINS DE PROXIMITÉ

En 2015, près de 75 % des patients qui se présentent aux urgences sont classés en CCMU 1 ou 2, c'est-à-dire ne nécessitant pas ou peu d'actes techniques associés. La prise en charge de ces patients relève davantage d'une activité de médecine générale. Les périodes de forte activité se situent principalement en journée notamment sur la tranche horaire 16h–20h et traduisent un besoin continu de prise en charge non programmée aux horaires de continuité des soins.

Ce type d'activité pourrait être transféré, avec une même qualité et sécurité de prise en charge, sur des structures plus adaptées hors services d'urgences.

Ainsi, le développement des structures alternatives (type centres de soins non programmés) semble une démarche intéressante car elle vise à rétablir un accès aux soins non programmés de proximité en proposant aux patients une organisation répondant de manière plus adaptée aux besoins des patients les moins lourds dont la proportion de consultation augmentent dans les services d'urgences.

Les « centres de soins non programmés » répondent aux orientations de la ministre de la santé comme le déploiement des structures d'exercices regroupés.

Ces structures sont aussi facteur d'attractivité pour les médecins généralistes souhaitant s'investir dans une activité diversifiée.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Mettre en place des structures d'accueil et de prise en charge de soins non programmés au sein des cabinets de médecine générale, maisons et centres de santé, établissements de santé de proximité.*
- *Organiser un accès aux soins non programmés au sein des cabinets médicaux, maisons de santé pluri professionnelles, notamment durant les périodes de congés et les samedis matins en particulier lors des périodes épidémiques.*
- *Renforcer le maillage territorial des maisons médicales de garde.*
- *Encourager les établissements de santé disposant d'une structure des urgences de mettre en place une filière courte avec l'intervention de médecins libéraux.*
- *Proposer un accompagnement des hôpitaux de proximité n'ayant pas de service d'urgences pour organiser un accès aux soins non programmés.*
- *Encourager le déploiement des médecins correspondants SAMU dans les zones à plus de 30 minutes d'un SMUR afin que la population puisse avoir accès à des soins urgents en moins de 30 minutes.*

06 ● SOUTENIR LA PRISE EN COMPTE DE LA PRÉVENTION DANS LES PROJETS DE SANTÉ

Les centres et maisons de santé développent dans le cadre de leur projet de santé des actions de prévention, qui ouvrent droit, dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) et dans le cadre conventionnel des centres de santé, à des financements afférents aux actions prioritaires développées.

Dans le cadre des approches populationnelles, différentes thématiques liées aux actions de préventions ont été ciblées.

Une attention particulière sera portée pour les actions auprès des « jeunes », notamment dans le cadre de la vaccination, et du dépistage.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Identifier les problèmes de santé publique prioritaires dans le territoire concerné.
- Proposer dans les projets de santé des actions de prévention adaptées notamment aux personnes en situation de fragilité sociale.
- Développer plus spécifiquement des actions de prise en charge des addictions notamment en termes de coordination avec les dispositifs et services spécialisés en addictologie.

07 ● ORGANISER LA RÉPONSE AUX BESOINS DE TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS

L'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences pré-hospitalières. A cette fin, il est indispensable que les SAMU et les ambulanciers privés agissent de manière concertée.

Le mode de déclenchement des moyens ambulanciers, le plus souvent par appel téléphonique atteint ses limites, tant pour ce qui est du temps de départ des moyens que de la qualité de la transmission des informations propres à l'intervention.

L'enjeu est de garantir sur l'ensemble de la région l'efficacité et la qualité de la réponse aux besoins de transports sanitaires terrestres urgents pré-hospitaliers et inter-hospitaliers.

Une attention particulière doit être portée au déclenchement et au suivi des missions.

L'urgence pré-hospitalière est assurée notamment par la permanence du transport sanitaire d'urgence. Elle se définit, comme toute demande d'intervention non programmée nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient, en vue de soins hospitaliers d'urgence.

Il conviendra d'apporter une plus-value pour les SAMU-Centre 15 en centralisant leur mission sur leur cœur de métier.

Sur la région, le dispositif ambulancier dédié à l'urgence pré-hospitalière est hétérogène : il permet au centre 15 de connaître avec plus ou moins de précision l'état de la disponibilité des moyens.

Concrètement, le dispositif doit permettre :

d'avoir un système d'information commun à toute la région,
de limiter les indisponibilités ambulancières,
d'avoir une position en temps réel des moyens disponibles et des interventions sur une carte interactive,
de suivre les interventions,
d'évaluer la pertinence et la conformité des données,
de bénéficier de statistiques avancées,
d'automatiser le transfert de données aux ATSU.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Mettre en place progressivement un projet régional innovant reposant d'une part sur un système d'information régional fondé sur un logiciel unique de gestion de transport et de géolocalisation des véhicules, d'autre part sur la mise en place de coordonnateurs ambulanciers au service des centres 15. Le système permettra de rechercher la ressource optimale en fonction du type de mission demandé.
- Permettre la transmission automatique des informations entre le système d'information (SI) du SAMU générant la demande et la plateforme ambulancière.

POUR SUIVRE LE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION



La prévention se structure non seulement autour de l'action des associations agis-

sant dans ce champ, mais aussi de dispositifs prévus réglementairement. Pour ces derniers sont définis des objectifs à 5 ans afin qu'ils viennent encore davantage en soutien de l'action des professionnels dans la mise en œuvre des parcours de santé.

● LES CENTRES GRATUITS D'INFORMATION, DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC – CEGIDD

Au 1^{er} janvier 2016, 15 centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST) sont habilités.

Ces nouvelles structures nées de la fusion des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH et des hépatites virales et des centres

d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) ont des missions élargies dans une approche globale de la santé sexuelle.

Les CeGIDD doivent répondre à leurs nouvelles missions, aux besoins des populations les plus exposées au risque de transmission du VIH, des IST et des hépatites virales et être intégrés dans le parcours de santé pour le volet santé sexuelle.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Définir avec les CeGIDD leurs besoins en matière d'éducation à la sexualité / contraception au regard de leurs nouvelles missions.
- Développer des actions « aller vers », en partenariat avec les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les associations communautaires, les rectorats.
- Faciliter l'accès aux dépistages répétés dans les CeGIDD notamment à l'aide des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), de la remise d'autotests.
- Développer la vaccination contre l'hépatite B (VHB) et contre les infections à papillomavirus humains (HPV), et leur rattrapage éventuel.
- Accompagner et développer la prophylaxie pré exposition (PREP) en CeGIDD.

● LA STRUCTURE RÉGIONALE DE DÉPISTAGE DU CANCER

Actuellement au nombre de 90 en France métropolitaine, les structures de gestion en charge de la mise en œuvre des programmes de dépistage sont principalement positionnées à un échelon départemental. Ces structures sont majoritairement de statut associatif (83 %).

En région Auvergne-Rhône-Alpes, les 9 structures de gestion des dépistages des cancers ont porté, à l'échelle de chaque département ou à un niveau interdépartemental pour deux d'entre elles, la généralisation des deux programmes nationaux de dépistage organisé -sein et colorectal-

Dans le cadre de leur mission ces structures ont la responsabilité de diverses activités : relations avec les professionnels, sensibilisation et information des professionnels et de la population, gestion des fichiers centralisés des personnes dépistées, relations avec les personnes dépistées, recueil de données et transmission des résultats aux personnes concernées, gestion optimale des moyens financiers, évaluation interne et de l'assurance qualité du programme, retour d'information vers les professionnels de santé, conservation de données.

Les structures contribuent également à l'évaluation du dispositif en transmettant les données et les indicateurs d'évaluation et de pilotage.

La réforme territoriale et l'évolution organisationnelle portée par le Plan Cancer 2014-2019 induisent un changement important d'échelle d'organisation, afin de répondre de manière plus efficiente à des objectifs de santé publique :

qualité des programmes de dépistage organisé (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col utérin) et des pratiques, déploiement des innovations technologiques (exemple : la mammographie numérique via le dispositif de dématérialisation des deuxièmes lectures dans le dépistage organisé du cancer du sein), accès à l'offre de dépistage et son interface avec le soin, actions de lutte contre les inégalités d'accès à l'offre de dépistage et les pertes de chance.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Poursuivre une logique de simplification et de rapprochement entre les structures de gestion.*
- *Promouvoir, dans un objectif d'harmonisation des pratiques et d'efficience, une organisation régionale de coordination du dépistage organisé des cancers en appui des échelons territoriaux.*
- *Coordonner au niveau régional les missions d'envergure comme la généralisation du dépistage du cancer du col utérin –création d'une structure régionale dénommée AuRADOC-CCU- ou le déploiement, pour les cancers du sein, d'un programme de dépistage personnalisé, plus humain et mieux coordonné en prenant appui sur les médecins généralistes.*

● CONSEIL MÉDICAL EN ENVIRONNEMENT INTÉRIEUR

A l'initiative des plans régionaux santé environnement de seconde génération, un réseau de conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI) a été mis en place en Auvergne-Rhône-Alpes avec le soutien actif du Conseil régional.

Il a permis de construire un maillage régional s'appuyant sur 9 professionnels à mi-temps, qui relèvent d'établissements hospitaliers, de collectivités locales ou de structures associatives.

Les CMEI interviennent à la demande d'un médecin pour effectuer un audit du logement d'un patient souffrant d'une pathologie respiratoire d'origine

allergique, et probablement imputable à son environnement intérieur. Ils rendent compte au professionnel de santé du résultat de leurs investigations et proposent, le cas échéant, au patient des solutions d'éviction des polluants chimiques et biologiques à même de limiter son exposition, et donc le recours aux soins.

L'évaluation du PRS Rhône-Alpes s'est attachée à faire un bilan des activités des Conseillers médicaux en environnement Intérieur. Dans le cadre du PNSE3 une étude nationale est également en cours sur les effets de l'intervention des CMEI en matière d'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Pérenniser le réseau des CMEI tout en s'attachant à en renforcer le pilotage.*
- *Elargir le champ des prescripteurs pour mieux intégrer le CMEI dans le parcours de soins des pathologies respiratoires.*

● LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ – PASS

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été créées suite à Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Adaptés aux personnes en situation de précarité, ces dispositifs hospitaliers visent à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Une PASS doit offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun et agir, à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci, pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi²⁵.

Tableau n°1 - Récapitulatif des PASS en Auvergne-Rhône-Alpes

	PASS	Consultations psychiatriques	Dispositifs mobiles	Consultations dentaires	Consultations pédiatriques
Ain	2 (Bourg en Bresse, Oyonnax)	1 (Bourg en Bresse)	0	0	0
Allier	3 (Moulins, Montluçon, Vichy)	0	0	1 (Moulins)	0
Ardèche	3 (Aubenas, Annonay, Privas)	0	0	0	0
Cantal	2 (Aurillac, Saint Flour)	0	0	0	0
Drôme	6 (Valence, Montélimar, Crest, Die, Romans, Nyons)	1 (Montéleger)	0	0	0
Isère	5 (2 à Grenoble, 1 à Bourgoin, 1 à Voiron, 1 à Vienne)	3 (Bourgoin, La Tronche, Vienne)	0	0	0
Loire	6 (Saint Etienne, Saint Cha- mond, Feurs, Montbrison, Roanne, Firminy)	0	1 (Roanne)	1 (Saint Etienne)	0
Haute-Loire	2 (Le Puy, Brioude)	0	0	0	0
Puy-de-Dôme	5 (Clermont Ferrand, Riom, Issoire, Thiers, Ambert)	1 (Clermont Ferrand)	0	0	0
Rhône	2 (Villefranche, Tarare)	0	0	0	0
Métropole de Lyon	4 (2 à Lyon, 1 à Givors, à Vénissieux)	1 (Lyon)	1 (Lyon)	1 (Lyon)	1 (Lyon)
Savoie	2 (Chambéry, Albertville)	0	0	0	0
Haute-Savoie	5 (Annecy, Sallanches, Rumilly, Bonneville, Thonon)	0	0	0	0
Total	47	7	2	3	1

²⁵ CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Une coordination régionale des PASS a été installée en 2012 sur 8 des 12 départements de la région. Le rôle de cette coordination est de veiller à la bonne compréhension du cahier des charges des PASS par les professionnels exerçant dans les établissements concernés, de soutenir les PASS dans leurs activités, de mettre en place des outils de statistiques et d'évaluation permettant d'avoir une vision régionale de l'activité, d'appuyer la mise en place de partenariat fort tant au sein de l'hôpital qu'avec la CPAM - dans 8 départements sur 12, une convention a été signée entre les PASS et les CPAM permettant un circuit privilégié des dossiers complexes d'ouverture de droits-, mais aussi avec les acteurs sociaux, les réseaux de santé, la médecine de ville, les pharmaciens, les cabinets dentaires etc., de favoriser les échanges nationaux en lien avec les coordinateurs des autres régions...

Ce dispositif est confronté à l'arrivée régulière de migrants sur le territoire et à l'augmentation de la précarité dans la population générale ce qui entraîne une sollicitation croissante à leur égard. La diversité des nationalités des publics accueillis induit des problèmes d'interprétariat pour les personnels des PASS.

Par ailleurs, les personnels des PASS somatiques sont souvent confrontés à des patients avec d'importants problèmes bucco-dentaires pour lesquels ils n'ont pas de solution. De même, le soin des jeunes enfants réfugiés avec des pathologies graves est difficile à gérer dans l'organisation actuelle des PASS.

Enfin, aucune coordination régionale n'a été mise en place à ce jour dans 4 départements et le modèle financier construit régionalement est inégalement mis en œuvre.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Harmoniser le modèle financier des PASS et le réajuster après objectivation des besoins nouveaux.*
- *Développer des consultations spécifiques au sein des PASS (dentaire, pédiatrique, psychiatrique, mobile) après objectivation de leur opportunité.*
- *Renforcer la fonction de coordination régionale.*
- *Accompagner les PASS afin qu'elles répondent spécifiquement aux missions définies dans le cahier des charges.*
- *Poursuivre le déploiement de convention PASS/CPAM.*
- *Mettre en place des conventions de partenariat avec les partenaires externes.*

ACCOMPAGNER LA RECOMPOSITION DE L'OFFRE EN BIOLOGIE



Sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes, plus de 98 % de la population, se situe à moins de 30 minutes d'un site de prélèvement d'un laboratoire de biologie médicale et près de 79 % de la population peut accéder à un site de prélèvement en moins de 15 minutes.

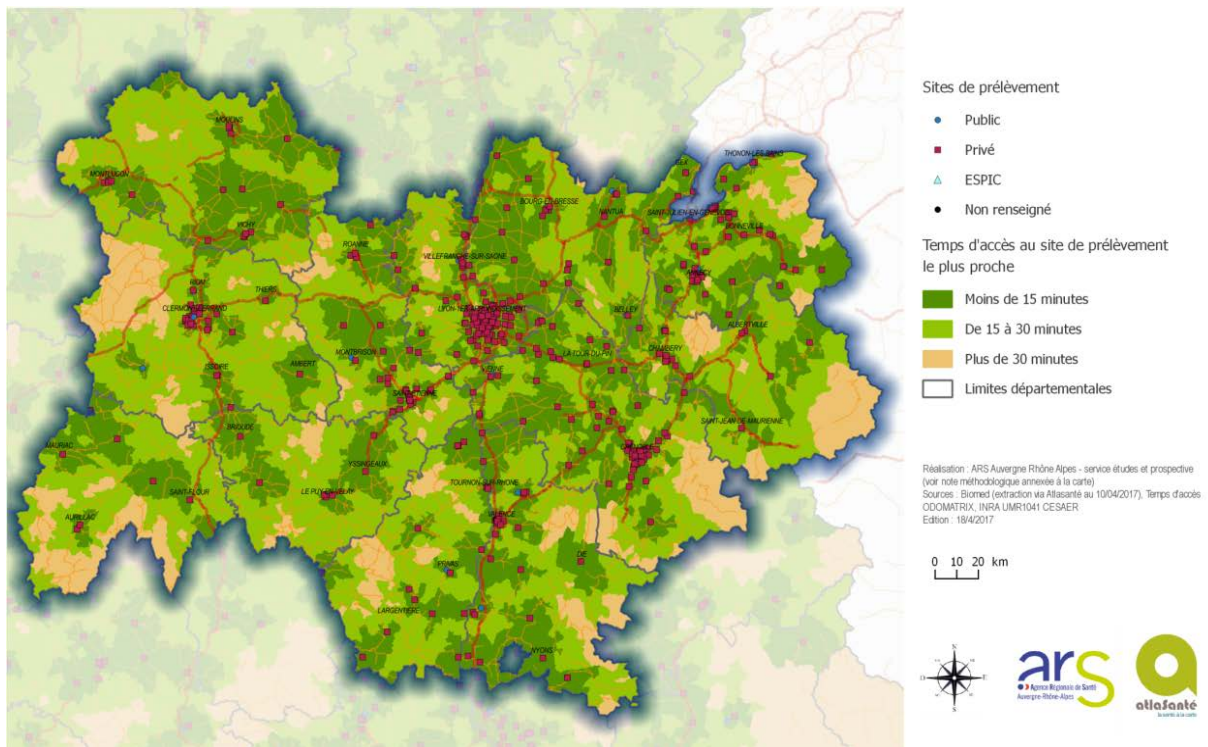
L'offre en biologie médicale peut être considérée comme satisfaisante à la fois en termes de maillage

territorial et en termes de qualité des analyses rendues.

La concentration importante des structures tant privées que publiques engagée depuis la réforme de la biologie (ordonnance 2010), s'accélère du fait de la baisse de la nomenclature des actes de biologie, de la nécessité d'accréditation par le Cofrac de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale à l'horizon 2020 et de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoires. Elle s'accompagne d'une restructuration des plateaux techniques et du développement du recours à la biologie délocalisée nécessaire à la prise de décision thérapeutique dans le cadre de l'urgence.

L'enjeu est d'accompagner ce mouvement afin de garantir une réponse de qualité aux besoins de la population.

Carte n°1 – Temps d'accès théorique au site de prélèvement le plus proche – Auvergne-Rhône-Alpes



Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Réguler, dans le respect du zonage de biologie et des règles prudentielles réglementant l'implantation des laboratoires, l'offre pour éviter les ouvertures et transferts de sites de laboratoires de biologie médicale dans les territoires sur-dotés au regard des besoins de la population.
- Préserver l'accessibilité à un site de prélèvement à moins de 30 mn pour l'ensemble de la population de la région.
- Veiller à la maîtrise de la phase pré-analytique indispensable à la qualité du résultat, pour les territoires peu dotés, lorsque le prélèvement doit transiter par un site de rupture de charge.
- Veiller à la mise en œuvre d'une organisation efficiente de la biologie au sein des territoires.
- Préserver des délais de transmission des résultats biologiques compatibles avec l'urgence définie par les cliniciens notamment en garantissant l'accès à une biologie d'urgence pour les établissements assurant la médecine d'urgence.
- S'assurer de la maîtrise du recours à la biologie délocalisée.
- Veiller à ce que tous les laboratoires de biologie médicale soient accrédités à 100 % au plus tard le 1^{er} novembre 2020.



LES OBJECTIFS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ET DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (PDSSES)



Un égal accès à des soins de qualité, avec toutes les conditions requises en termes de sécurité, à tout moment et en tout point du territoire

● DÉFINITION

La permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h le plus souvent, et jusqu'à 8h), le week-end et les jours fériés. La permanence des soins concerne tous les

établissements, aussi bien publics que privés. Ensemble, ces établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre nécessaire et suffisante par spécialité.

Elle est à différencier de la continuité des soins qui est l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés ou au cours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci.

Elle est à différencier de la continuité des soins qui est l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés ou au cours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci.

● LE PÉRIMÈTRE

La PDSSES est une mission de service public aux termes de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Elle s'applique au seul champ Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne relèvent pas du dispositif de PDSSES. Les structures de médecine d'urgence des établissements, les structures autorisées à l'activité de greffe et les structures d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Elle concerne les spécialités réglementées, pour lesquelles les modalités de permanence médicale sont définies par les textes, correspondant aux filières de soins d'urgence spécialisées à organiser, dans le cadre d'une approche territoriale des soins hospitaliers : réanimation, périnatalité, néonatalogie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, unités de soins intensifs, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, plateaux techniques spécialisés.

Certaines spécialités relevant des activités réglementées suivantes ne sont pas concernées par les obligations de permanence des soins : Traitement du cancer, Soins de suite et de réadaptation, Rééducation et réadaptation fonctionnelles, Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

D'autres spécialités médicales et chirurgicales, relevant de la continuité des soins, peuvent nécessiter l'organisation d'une PDSSES, éventuellement mutualisée.

Enfin les spécialités médico-techniques nécessaires à toute continuité des soins (biologie, radiologie et imagerie médicale, pharmacie), si elles ne relèvent pas à ce titre directement des schémas cibles de permanence des soins régionaux peuvent néanmoins s'inscrire dans la même logique de rationalisation et de mutualisation inter-établissements en cohérence avec les schémas cibles de PDSSES retenus et bénéficier d'un éventuel financement.

Compte tenu de la distinction entre la notion de permanence des soins et de continuité des soins, les

lignes seront attribuées aux établissements disposant d'un service d'urgences sauf impérieuse nécessité territoriale de disposer d'une permanence des soins non susceptible d'être couverte par une structure de ce type, ou critère particulier explicitement décrit. En dérogation à ce principe, les activités

autorisées et réglementées, peuvent se voir inscrites dans le schéma cible même en l'absence d'un service d'urgence sur site. Des dispositions réglementaires sont en cours d'établissement pour donner reconnaissance à des structures de consultations non programmées d'ici l'expiration du PRS.

● LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

Art. R. 6111-41.- Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le cadre du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6111-1-3. Ce volet évalue, sur la base du diagnostic défini à l'article R. 1434-2, les besoins de la population et fixe des objectifs, pour les zones définies au a) du 2° de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et

d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations.

Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, les zones ont été définies par arrêté en date du 11 janvier 2018. Elles s'imposent pour la définition de la PDSES.

Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans, au terme de la procédure prévue à l'article R. 1434-1. Toutefois, il peut être révisé chaque année lorsque l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie.

● LES ENJEUX DE LA RÉORGANISATION DE LA PDSES

Le nouveau schéma de PDSES doit permettre, par le biais de la convergence des deux schémas cibles établis en 2012 dans les anciennes régions Auvergne et Rhône-Alpes de répondre aux enjeux suivants :

01 - Améliorer l'accès aux soins et répondre aux besoins des territoires

L'optimisation de l'organisation de la PDSES, pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent, permet de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional ou régional selon les disciplines concernées, en lien avec l'offre de soins urgents.

02 - Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge

La qualité de prise en charge doit être améliorée en réduisant les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences et en sécurisant les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation.

Il convient aussi de donner une meilleure lisibilité des filières de prise en charge et de prendre en compte l'organisation existante du premier recours.

03 - Assurer une offre à des tarifs opposables, sans reste à charge pour le patient

La PDSES relevant des missions de service public, les tarifs opposables pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux du secteur 1.

04 - Améliorer l'efficacité de la PDSES en privilégiant les mutualisations

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 éliminant les doublons entre établissements sur une même activité. Cette approche efficace permet à la fois de préserver l'exercice dans un contexte de ressources rares et d'éviter des dépenses non pertinentes.

05 - Prendre en compte les nouvelles modalités d'organisation notamment la télémédecine

06 - Répartir les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.

● LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA CIBLE DE PDSES

Méthodologie

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a été accompagnée, dans le cadre d'un marché public, par un consultant extérieur.

La démarche a été structurée en 3 phases : la première de diagnostic réalisée à partir des données d'activité issues d'une enquête, une deuxième phase d'élaboration de principes régionaux confrontés lors d'une troisième phase aux spécificités territoriales afin de corréliser principes et réalité de terrains.

Par ailleurs, un groupe d'experts d'établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes et un comité de pilotage constitué de représentants des fédérations, de représentants des usagers, des URPS et représentant du conseil de l'ordre ont été associés à cette démarche et ont permis d'alimenter la construction du schéma.

La réalisation de l'état des lieux et élaboration d'un diagnostic

Un état actualisé de la PDSES sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes a été réalisé via un questionnaire web à destination des établissements de santé début 2017 qu'il s'agisse de l'activité non programmée (passage aux urgences) ou de la mobilisation effective de lignes de PDSES.

Le diagnostic a intégré l'appréciation des besoins de santé avec la prise en compte :

- du vieillissement de la population mais également de la réduction de la traumatologie observée : routière (proche de -50 % sur les 20 dernières années) et domestique (-15 % en 20 ans) ;
- de la densité de population ;
- de la dispersion des services d'urgences sur le même territoire avec calcul d'un temps moyen de parcours entre établissements ;
- du volume d'activité en PDSES des établissements, avis, interventions et interprétations et déplacements disposant de cette MSP ;
- du volume de passages aux urgences.

Cette démarche a aussi intégré les transformations engagées ou attendues de l'offre de soins au regard de l'évolution :

- des techniques médicales avec par exemple le développement de la prise en charge précoce et adaptée des accidents vasculaires cérébraux sur l'ensemble du territoire régional ;

- des modes de prise en charge : programmation des soins et développement de l'activité ambulatoire qui doivent limiter l'activité non programmée et par là réduire les besoins en terme de PDSES ;

- des recommandations posées par les experts en matière d'organisation de l'offre de soins – par exemple cahier des charges des « trauma centers » actuellement travaillé par le réseau des urgences et pouvant intégrer la participation des praticiens militaires.

Le schéma de PDSES garantit aux horaires de permanence des soins en lien avec le réseau des urgences, dans un principe de filière de soins graduée, un accès aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées. Le schéma cible de la PDSES définit pour chaque spécialité, le nombre de lignes et leurs implantations afin de couvrir les besoins de la population. Ce schéma tient compte de la configuration géographique, du volume de population, de la saisonnalité.

Afin d'ailleurs de tenir compte de ces spécificités, le présent schéma est proposé avec une borne basse en référence à une approche strictement réglementaire et une borne haute prenant en compte les possibles adaptations territoriales et populationnelles.

Pour parfaire cette approche et pouvoir se prononcer sur la pertinence de chacune des gardes et astreintes permettant à la fois d'assurer un accès aux soins en toute sécurité à la population mais aussi en préservant une ressource médicale rare est proposé le calendrier de concertation suivant :

Dès la sortie du PRS et en anticipation de l'élaboration des nouveaux CPOM (soit 6 mois après la parution du PRS) des échanges auront lieu entre les établissements et l'ARS afin de conforter les propositions (entre borne basse et borne haute).

Dans le même temps seront proposés par l'ARS des rencontres territoriales afin de convenir des mutualisations possibles entre les différents établissements. Certaines activités comme la radiologie doivent être réfléchies dans ce cadre du fait d'une part d'effectifs contraints et d'autre part des possibilités liées à la télé radiologie. D'autres disciplines, en fonction du contexte territorial, doivent être aussi soumises à cette approche territoriale.

Jusqu'à la prochaine contractualisation les dispositions actuellement en vigueur seront appliquées.

● PRÉCONISATION DE L'ORGANISATION DE LA PDSES

Le principe d'une approche territoriale de l'offre de soins

La définition du schéma cible régional de PDSSES

Tenant compte de cette vision territoriale de l'offre et à partir des données factuelles d'activité, les principes généraux du nouveau schéma de PDSSES ont

été établis dans une logique de lisibilité, de transparence et de cohérence dans la déclinaison du schéma sur les différents territoires et entre les différents établissements.

L'adaptation aux spécificités territoriales a été également prise en compte en considérant les conditions d'isolement et de disponibilité des équipes.

Les principes sont les suivants :

Tableau n°2 – Orientation régionales concernant la Permanence des soins en établissement sanitaire

SPECIALITÉS	ORIENTATIONS RÉGIONALES
USIC*	Les lignes de PDSSES sont définies réglementairement dans les USIC.
PNEUMOLOGIE*	Une PDSSES doit être assurée dans les CHU.
HEPATO GASTROENTEROLOGIE	Une PDSSES doit être mise en place pour assurer toutes les situations d'urgence nécessitant une endoscopie.
NEUROLOGIE*	Une PDSSES doit être identifiée sur les structures disposant d'une unité neurovasculaire. Une permanence sur place doit être identifiée pour les USI-UNV.
NÉPHROLOGIE	Une PDSSES est retenue par service disposant d'une hémodialyse en centre.
ONCO-HÉMATOLOGIE	Une PDSSES d'oncohématologie doit être mise en place dans les établissements possédant une autorisation en soins intensifs hématologie (activité à cadre réglementé).
INFECTIOLOGIE	Une PDSSES d'infectiologie est mise en œuvre dans les CHU pour répondre aux besoins des établissements.
PÉDIATRIE	La PDSSES est définie réglementairement sur les sites de maternité : Une astreinte est attendue dans les maternités de niveau 1 ou 2 A. Une permanence sur site est attendue pour les maternités de niveau 2B ou 3 (soins intensif ou réanimation).
MÉDECINE EN SOUTIEN À L'ACTIVITÉ D'URGENCE	Dans le cas des établissements mettant en œuvre une mutualisation SAU et SMUR une PDSSES de médecine pourra être mise en œuvre. Cette ligne a vocation à apporter une réponse aux urgences en cas de départ du SMUR.
PSYCHIATRIE DANS LES SERVICES D'URGENCE	Chaque service d'urgence doit pouvoir faire appel à un avis psychiatrique. Une PDSSES se justifie dans les services d'urgence MCO dont l'analyse de l'activité fait apparaître un nombre important de passages de patients nécessitant des soins psychiatriques et qui ne disposent pas d'un financement autre. Une convention effective avec un établissement psychiatrique sera demandée.
CHIRURGIE VISCÉRALE	Une PDSSES peut être identifiée sur chaque site disposant d'une structure d'urgence. Des mutualisations doivent être proposées dès lors que plusieurs établissements disposent de cette spécialité chirurgicale sur des sites proches ; Toute structure d'urgence doit bénéficier de la possibilité d'un avis dans cette spécialité, y compris en l'absence de PDS sur place (partenariat entre établissements, télémedecine...).

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE	<p>Une PDSSES peut être identifiée sur chaque site disposant d'une structure d'urgence en première partie de nuit et les WE et jours fériés.</p> <p>Un regroupement de la PDSSES sur un seul site à l'échelle d'un territoire peut être réalisé compte tenu du très faible nombre de sollicitations avec déplacements après minuit, à adapter en fonction de la saisonnalité. Toute structure d'urgence doit bénéficier de la possibilité d'un avis dans cette spécialité, y compris en l'absence de PDS sur place (partenariat entre établissements, télé-médecine...).</p>
CHIRURGIE SOS MAIN	Les PDSSES seront identifiées sur les centres disposant d'équipes spécialisées.
CHIRURGIE UROLOGIQUE	Une PDSSES peut être identifiée. Des mutualisations doivent être proposées dès lors que plusieurs établissements disposent de cette spécialité chirurgicale sur des sites proches.
CHIRURGIE ORL	Une PDSSES peut être identifiée. Des mutualisations doivent être proposées dès lors que plusieurs établissements disposent de cette spécialité chirurgicale sur des sites proches.
CHIRURGIE MAXILLO-FACIAL	Une PDSSES peut être identifiée sur les centres disposant d'équipes spécialisées.
CHIRURGIE THORACIQUE	Une PDSSES peut être identifiée sur les centres disposant d'équipes spécialisées.
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE	Une PDSSES peut être identifiée. Des mutualisations doivent être proposées dès lors que plusieurs établissements disposent de cette spécialité chirurgicale sur des sites proches.
CHIRURGIE VASCULAIRE	Une PDSSES peut être identifiée. Des mutualisations doivent être proposées dès lors que plusieurs établissements disposent de cette spécialité chirurgicale sur des sites proches.
NEUROCHIRURGIE	Activité réglementée.
GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE	<p>La PDSSES est définie réglementairement en fonction du volume d'accouchements. Conformément à la réglementation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une astreinte opérationnelle est attendue pour les établissements dont la maternité met en œuvre entre 0 et 1500 naissances. - une permanence sur place est attendue pour les établissements dont la maternité met en œuvre entre plus de 1500 naissances.
CHIRURGIE PEDIATRIQUE	La PDSSES sera identifiées sur les centres disposant d'équipes spécialisées.
ANESTHESIE ADULTE ET PEDIATRIQUE	<p>Chaque site disposant d'au moins une PDSSES identifiée en chirurgie ou en obstétrique doit disposer d'une PDSSES d'anesthésie.</p> <p>La présence reconnue dans le schéma cible d'une PDSSES pour une activité supérieure à 2000 accouchements par an (ou d'une maternité de type 3) et d'une PDSSES chirurgicale justifie la présence d'une permanence sur site dédiée à la maternité.</p> <p>Chaque site disposant d'une PDSSES en chirurgie infantile doit disposer d'une PDSSES d'anesthésie pédiatrique.</p>
RADIOLOGIE INTER- VENTIONNELLE et NEURO-RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	Il convient de garantir l'accès à cette spécialité au minimum sur les 4 CHU.

SPECIALITÉS	ORIENTATIONS RÉGIONALES
RÉANIMATION ADULTE	Les lignes de PDSSES sont définies règlementairement.
RÉANIMATION PÉDIATRIQUE	Les lignes de PDSSES sont définies règlementairement.
CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	Les lignes de PDSSES sont définies règlementairement.
CHIRURGIE CARDIAQUE	Les lignes de PDSSES sont définies règlementairement.

* les lignes de permanence identifiées pour les USI dépendant des reconnaissances contractuelles de celles-ci.

● MISE EN ŒUVRE DE LA PDSSES

Besoins en implantations

Les besoins en implantations en nombre de lignes sont déclinés par spécialité et pour les zones définies au a) du 2° de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation.

Si une prestation ne peut être assurée dans les conditions prévues, une procédure d'appel à candida-

ture peut être ouverte conformément au décret n°2016-1645 du 1^{er} décembre 2016 relatif à la permanence des soins.

Obligations des établissements de santé

L'engagement dans cette mission de service public sera inscrit dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de chaque établissement de santé.

● SUIVI ET ÉVALUATION DE LA PDSSES

Une évaluation de l'organisation de la PDSSES sera réalisée annuellement. Cette évaluation permettra une adaptation du schéma si nécessaire. En effet, ce schéma doit s'adapter aux évolutions futures. Ainsi, il pourra être révisé, le cas échéant, tous les ans.

Pour la bonne compréhension des tableaux, il convient de considérer à la fois gardes et astreintes. En effet certaines astreintes peuvent être proposées en garde sur la borne haute. Ceci explique parfois qu'une borne haute astreinte soit inférieure à la borne basse du fait de cette transformation.

Tableau n° 3 - Besoins en implantations pour la zone de l'Ain

	GARDES SENIOR		ASTREINTES	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie		1,00	14,70	13,70
Anesthésie		1,00	4,00	3,00
Chirurgie digestive et viscérale			4,00	4,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			1,00	1,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			2,80	2,80
Chirurgie urologique			1,00	1,00
Chirurgie vasculaire			0,90	0,90
Imagerie			2,50	2,50
Imagerie			2,50	2,50
Maternité	2,00	2,00	2,00	2,00
Anesthésie de maternité	1,00	1,00		
Gynécologie Obstétrique	1,00	1,00	2,00	2,00
Médecine	6,00	6,00	5,00	8,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			1,00	2,00
HGE			1,00	1,00
Néphrologie				1,00
Neurologie	1,00	1,00		
Pédiatrie	1,00	1,00	2,00	3,00
Réanimation adulte	2,00	2,00	1,00	1,00
USIC	2,00	2,00		
Psychiatrie				1,50
Psychiatrie en SU				1,50
Total général	8,00	9,00	24,20	27,70

Tableau n°4 - Besoins en implantations pour la zone de l'Allier / Puy-de-Dôme

	GARDES SENIOR		ASTREINTES	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	4,00	5,00	39,60	37,60
Anesthésie	2,00	2,00	11,00	8,00
Anesthésie de chirurgie cardiaque				1,00
Anesthésie pédiatrique		1,00	1,00	1,00
Chirurgie cardiaque			1,00	1,00
Chirurgie digestive et viscérale	1,00	1,00	9,00	9,00
Chirurgie maxillo-faciale			1,00	1,00
Chirurgie ophtalmologique			2,00	2,00
Chirurgie ORL			2,00	2,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1,00	1,00	3,60	3,60
Chirurgie pédiatrique (ortho)			1,00	1,00
Chirurgie pédiatrique (viscéral)			1,00	1,00
Chirurgie thoracique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			2,00	2,00
Chirurgie vasculaire			2,00	2,00
Neurochirurgie			1,00	1,00
SOS Main			1,00	1,00
Imagerie	1,00	1,00	8,00	8,00
Imagerie	1,00	1,00	6,00	6,00
NRI			1,00	1,00
RI			1,00	1,00
Maternité	3,00	3,00	6,00	6,00
Anesthésie de maternité	1,00	1,00		
Gynécologie obstétrique	2,00	2,00	6,00	6,00
Médecine	20,00	21,00	21,00	25,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			4,00	4,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)			1,00	3,00
Hématologie clinique	1,00	1,00		
HGE			4,00	4,00
Infectiologie			1,00	1,00
Médecine en soutien à la PDSSES			2,00	2,00
Néphrologie		1,00	1,00	3,00
Neurologie	3,00	3,00		
Pédiatrie	2,00	2,00	5,00	5,00
Pneumologie			1,00	1,00
Réanimation adulte	8,00	8,00	1,00	1,00
Réanimation néonatale (Néonatalogie avec SI)			1,00	1,00
Réanimation pédiatrique	1,00	1,00		
USIC	5,00	5,00		
Psychiatrie		1,00	2,00	5,00
Psychiatrie en SU		1,00	2,00	5,00
Total général	28,00	31,00	76,60	81,60

Tableau n°5 - Besoins en implantations pour la zone du Cantal

	GARDES SENIOR		ASTREINTES	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie		1,00	9,60	8,60
Anesthésie		1,00	2,00	1,00
Chirurgie digestive et viscérale			2,00	2,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			1,00	1,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			1,60	1,60
Chirurgie urologique			1,00	1,00
Chirurgie vasculaire			1,00	1,00
Imagerie			2,00	2,00
Imagerie			2,00	2,00
Maternité			2,00	2,00
Gynécologie obstétrique			2,00	2,00
Médecine	2,00	3,00	6,00	7,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			1,00	1,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)				1,00
HGE			1,00	1,00
Médecine en soutien à la PDSSES			2,00	2,00
Néphrologie		1,00		
Pédiatrie			2,00	2,00
Réanimation adulte	1,00	1,00		
USIC	1,00	1,00		
Psychiatrie			1,00	1,50
Psychiatrie en SU			1,00	1,50
Total général	2,00	4,00	20,60	21,10

Tableau n°6 - Besoins en implantations pour la zone de la Drôme-Ardèche

	GARDES SENIOR		ASTREINTES	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	1,00	4,00	26,20	24,20
Anesthésie	1,00	4,00	6,00	4,00
Anesthésie pédiatrique			1,00	1,00
Chirurgie digestive et viscérale			6,00	6,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			2,00	2,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			5,20	5,20
Chirurgie pédiatrique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			2,00	2,00
Chirurgie vasculaire			1,00	1,00
SOS Main			1,00	1,00
Imagerie	1,00	2,00	6,00	6,00
Imagerie	1,00	2,00	5,00	5,00
NRI			1,00	1,00
Maternité	3,00	3,00	4,00	4,00
Anesthésie de maternité	1,00	1,00		
Gynécologie obstétrique	2,00	2,00	4,00	4,00
Médecine	9,00	9,00	10,00	14,00
Cardiologie				1,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			1,00	1,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)				1,00
HGE			3,00	2,00
Médecine en soutien à la PDSSES			1,00	3,00
Néphrologie				1,00
Neurologie	2,00	2,00		
Pédiatrie	2,00	2,00	5,00	5,00
Réanimation adulte	2,00	2,00		
USIC	3,00	3,00		
Psychiatrie				5,50
Psychiatrie en SU				5,50
Total général	14,00	18,00	46,20	53,70

Tableau n°7 - Besoins en implantations pour la zone de la Haute-Loire

	GARDES SENIOR		ASTREINTES	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie		1,00	7,00	6,00
Anesthésie		1,00	1,00	
Chirurgie digestive et viscérale			1,00	1,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			1,00	1,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			1,00	1,00
Chirurgie vasculaire			1,00	1,00
Imagerie			1,50	1,50
Imagerie			1,50	1,50
Maternité			1,00	1,00
Gynécologie obstétrique			1,00	1,00
Médecine	2,00	3,00	3,00	4,00
HGE			1,00	1,00
Médecine en soutien à la PDSSES			1,00	1,00
Néphrologie				1,00
Neurologie		1,00		
Pédiatrie			1,00	1,00
Réanimation adulte	1,00	1,00		
USIC	1,00	1,00		
Psychiatrie				1,50
Psychiatrie en SU				1,50
Total général	2,00	4,00	12,50	14,00

Tableau n°8 - Besoins en implantations pour la zone de la Haute-Savoie

	GARDES SENIOR		ASTREINTES	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	1,00	4,00	28,80	27,80
Anesthésie		3,00	7,00	4,00
Anesthésie de chirurgie cardiaque				1,00
Chirurgie cardiaque			1,00	1,00
Chirurgie digestive	1,00	1,00	6,00	6,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	2,00
Chirurgie ORL			2,00	2,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			5,80	5,80
Chirurgie urologique			2,00	2,00
Chirurgie vasculaire			2,00	2,00
Neurochirurgie			1,00	1,00
SOS Main			1,00	1,00
Imagerie	1,00	1,00	7,00	7,00
Imagerie	1,00	1,00	5,00	5,00
NRI			1,00	1,00
RI			1,00	1,00
Maternité	5,00	5,00	4,00	4,00
Anesthésie de maternité	2,00	2,00		
Gynécologie obstétrique	3,00	3,00	4,00	4,00
Médecine	10,00	10,00	9,00	13,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			1,00	1,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)				1,00
Hématologie clinique	1,00	1,00		
HGE			2,00	2,00
Néphrologie				3,00
Neurologie	2,00	2,00		
Pédiatrie	1,00	1,00	6,00	6,00
Réanimation adulte	4,00	4,00		
USIC	2,00	2,00		
Psychiatrie			2,00	5,50
Psychiatrie en SU			2,00	5,50
Total général	17,00	20,00	50,80	57,30

Tableau n°9 - Besoins en implantations pour la zone de l'Isère

	GARDES SENIOR		ASTREINTES	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	3,00	5,00	28,70	28,40
Anesthésie	1,00	3,00	6,50	3,60
Anesthésie de chirurgie cardiaque				1,00
Anesthésie pédiatrique			1,00	1,00
Chirurgie cardiaque			1,00	1,00
Chirurgie digestive	1,00	1,00	5,00	5,00
Chirurgie maxillo-faciale			1,00	1,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			1,00	1,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1,00	1,00	2,20	2,80
Chirurgie pédiatrique (ortho)			1,00	1,00
Chirurgie pédiatrique (viscéral)			1,00	1,00
Chirurgie thoracique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			3,00	3,00
Chirurgie vasculaire			2,00	3,00
Neurochirurgie			1,00	1,00
SOS Main			1,00	1,00
Imagerie	1,00	1,00	6,00	6,50
Imagerie	1,00	1,00	4,00	4,50
NRI			1,00	1,00
RI			1,00	1,00
Maternité	5,00	5,00	2,00	3,00
Anesthésie de maternité	2,00	2,00		
Gynécologie obstétrique	3,00	3,00	2,00	3,00
Médecine	14,00	16,00	19,00	20,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			3,00	3,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)			1,00	2,00
Hématologie clinique	1,00	1,00		1,00
HGE			2,00	2,00
Infectiologie			1,00	1,00
Néphrologie		1,00	1,00	
Neurologie	1,00	1,00		
Pédiatrie	1,00	1,00	6,00	6,00
Pneumologie			1,00	1,00
Réanimation adulte	5,00	6,00	3,00	3,00
Réanimation néonatale	1,00	1,00	1,00	1,00
Réanimation pédiatrique	1,00	1,00		
USIC	4,00	4,00		
Psychiatrie		1,00	1,00	1,50
Psychiatrie en SU		1,00	1,00	1,50
Total général	23,00	28,00	56,70	59,40

Tableau n°10 - Besoins en implantations pour la zone de la Loire

	GARDES SENIOR		ASTREINTES	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	4,00	6,00	38,40	38,40
Anesthésie	2,00	4,00	10,00	8,00
Anesthésie de chirurgie cardiaque				1,00
Anesthésie pédiatrique			1,00	1,00
Chirurgie cardiaque			1,00	1,00
Chirurgie digestive et viscérale	1,00	1,00	9,00	9,00
Chirurgie maxillo-faciale			1,00	1,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			2,00	2,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1,00	1,00	6,40	6,40
Chirurgie pédiatrique (ortho)			1,00	1,00
Chirurgie pédiatrique (viscéral)			1,00	1,00
Chirurgie thoracique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			2,00	2,00
Chirurgie vasculaire			1,00	1,00
Neurochirurgie			1,00	2,00
Imagerie	1,00	1,00	9,00	10,00
Imagerie	1,00	1,00	7,00	8,00
NRI			1,00	1,00
RI			1,00	1,00
Maternité	4,00	4,00	5,00	5,00
Anesthésie de maternité	1,00	1,00		
Gynécologie obstétrique	3,00	3,00	5,00	5,00
Médecine	19,00	20,00	16,00	19,00
Cancérologie				
Cardiologie				
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			2,00	2,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)			2,00	3,00
Hématologie clinique	2,00	2,00		
HGE			3,00	3,00
Infectiologie			1,00	1,00
Médecine en soutien à la PDSSES				1,00
Néphrologie		1,00		1,00
Néphrologie		1,00	1,00	1,00
Neurologie	2,00	2,00		
Pédiatrie	2,00	2,00	6,00	6,00
Pneumologie			1,00	1,00
Réanimation adulte	7,00	7,00		
Réanimation néonatale	1,00	1,00		
Réanimation pédiatrique	1,00	1,00		
USIC	4,00	3,00		
Psychiatrie		1,00	3,00	5,50
Psychiatrie en SU		1,00	3,00	5,50
Total général	28,00	32,00	71,40	77,90

Tableau n°11 - Besoins en implantations pour la zone du Rhône

	GARDES SENIOR		ASTREINTES	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	9,00	15,00	82,48	79,22
Anesthésie	3,00	9,00	24,50	18,50
Anesthésie de chirurgie cardiaque			2,00	2,00
Anesthésie pédiatrique	1,00	1,00		1,00
Chirurgie cardiaque			4,00	6,00
Chirurgie digestive et viscérale	2,00	2,00	15,00	14,00
Chirurgie maxillo-faciale			1,00	1,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			3,00	3,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2,00	1,00	10,00	11,40
Chirurgie pédiatrique			1,00	1,00
Chirurgie pédiatrique (ortho)			1,00	1,00
Chirurgie pédiatrique (viscéral)	1,00	1,00	2,00	
Chirurgie thoracique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			8,98	8,32
Chirurgie vasculaire			4,00	6,00
Neurochirurgie		1,00	2,00	
Neurochirurgie pédiatrique				1,00
SOS Main			2,00	2,00
Traitement des brûlés				1,00
Imagerie	3,00	1,00	16,50	20,50
Imagerie	3,00	1,00	12,50	16,50
NRI			1,00	1,00
RI			3,00	3,00
Maternité	16,00	16,00	12,50	14,50
Anesthésie de maternité	7,00	7,00	1,50	3,50
Gynécologie obstétrique	9,00	9,00	11,00	11,00
Médecine	46,00	44,50	38,00	45,00
Caisson hyperbare				1,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			7,00	7,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)			2,00	6,00
Hématologie clinique	3,00	2,00		1,00
HGE			5,00	5,00
Infectiologie			1,00	1,00
Néphrologie		3,50	1,00	3,00
Neurologie	3,00	3,00		
Pédiatrie	5,00	2,00	17,00	18,00
Pneumologie			1,00	1,00
Réanimation adulte	18,00	18,00	1,00	1,00
Réanimation néonatale	4,00	4,00	1,00	
Réanimation pédiatrique	3,00	3,00		
USIC	10,00	9,00	2,00	1,00
Psychiatrie	1,00	1,50		7,50
Psychiatrie en SU	1,00	1,50		7,50
Total général	75,00	78,00	149,48	166,72

Tableau n°12 - Besoins en implantations pour la zone de la Savoie (73)

	GARDES SENIOR		ASTREINTES	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	1,00	2,00	23,35	23,35
Anesthésie	1,00	2,00	6,75	5,75
Chirurgie digestive et viscérale			6,00	6,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			1,00	1,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			5,60	6,60
Chirurgie urologique			1,00	1,00
Chirurgie vasculaire			1,00	1,00
SOS Main			1,00	1,00
Imagerie	1,00	1,00	6,75	6,75
Imagerie	1,00	1,00	5,75	5,75
RI			1,00	1,00
Maternité	2,00	2,00	5,00	5,00
Anesthésie de maternité	1,00	1,00		
Gynécologie obstétrique	1,00	1,00	5,00	5,00
Médecine	8,00	8,00	7,00	9,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			1,00	1,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)				1,00
Hématologie clinique	1,00	1,00		
HGE			1,00	1,00
Infectiologie				
Médecine en soutien à la PDSES			2,00	2,00
Néphrologie				1,00
Neurologie	1,00	1,00		
Pédiatrie	2,00	2,00	3,00	3,00
Réanimation adulte	2,00	2,00		
Réanimation néonatale	1,00	1,00		
USIC	1,00	1,00		
Psychiatrie				4,50
Psychiatrie en SU				4,50
Total général	12,00	13,00	42,10	48,60

Tableau n°13 - Besoins en implantations pour la cardiologie, radiologie et neuroradiologie interventionnelle

	ZONE CLERMONT-FERRAND		ZONE GRENOBLE		ZONE LYON		ZONE SAINT-ETIENNE	
	Gardes	Astreintes	Gardes	Astreintes	Gardes	Astreintes	Gardes	Astreintes
Cardiologie Interventionnelle								
<i>Borne basse</i>	-	6,00	-	6,00	-	11,00	-	4,00
<i>Borne haute</i>	-	9,00	-	9,00	-	17,00	-	5,00
Radiologie Interventionnelle								
<i>Borne basse</i>	-	1,00	-	3,00	-	3,00	-	1,00
<i>Borne haute</i>	-	1,00	-	3,00	-	3,00	-	1,00
Neuroradiologie Interventionnelle								
<i>Borne basse</i>	-	1,00	-	2,00	-	2,00	-	1,00
<i>Borne haute</i>	-	1,00	-	2,00	-	2,00	-	1,00

L'OFFRE PAR ACTIVITÉ DE SOINS HOSPITALIÈRE ET PAR ÉQUIPEMENT MATÉRIEL LOURD



Définition et périmètre

Traitant des enjeux et objectifs d'évolution du système de santé, le schéma régional de santé doit couvrir l'ensemble des activités de soins et équipements matériels lourds. Il doit identifier les besoins et fixer les objectifs qualitatifs et quantitatifs pour les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation énumérés aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du code de santé publique.

L'actuel schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS) Auvergne-Rhône-Alpes, concernant les activités soumises à autorisation, que sont la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, le traitement des grands brûlés, les greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques, demeure en vigueur jusqu'à la publication du schéma interrégional de santé.

De même, si l'offre de l'Hôpital d'Instruction des Armées est bien prise en compte dans le cadre de la réponse aux besoins de santé de la population et de son évolution, elle n'est pas incluse dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins.

La démarche d'élaboration de la partie offre de soins du schéma régional de santé

Venant compléter le document intitulé « Données de santé », accessible sur le site de l'ARS, qui permet d'appréhender le contexte sociodémographique, l'état de santé de la population, les facteurs de risques comportementaux et environnementaux, l'offre de santé, recours aux soins et dépenses de santé, un état des lieux exhaustif par activité de soins et par équipement matériel lourd, par zone et par établissement de la situation initiale a été réalisé et communiqué.

L'ARS s'est appuyée sur les travaux de groupes de travail constitués de professionnels et d'experts, enrichis d'échanges avec les fédérations hospitalières et les instances de démocratie sanitaire sur le diagnostic et les principales orientations stratégiques concernant les thématiques de santé inscrites dans le schéma régional de santé.

Au cours de l'année 2017, la commission spécialisée de l'organisation des soins a notamment été informée et a pu échanger sur les principales orientations sur des thématiques de santé. Ainsi, huit séances de la commission spécialisée de l'organisation des soins ont été consacrées à la présentation et aux échanges sur 14 thématiques de santé.

Les dynamiques des acteurs ont largement contribué à enrichir ces travaux. Ainsi, les opérations de re-composition hospitalière (projets de regroupements, de conversions, d'évolutions des plateaux techniques) en cours ou envisagées par les différents acteurs, quels que soient leur statut, ont été prises en compte pour l'établissement des perspectives d'évolution de l'offre et leur traduction en objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS).

Le cadre réglementaire

Les dispositions réglementaires (article D 6121-7 du code de la santé publique) prévoient que les objectifs quantifiés de l'offre de soins, sont exprimés pour les activités de soins par territoire de santé, en nombre d'implantations assurant une activité de soins déterminée, définie à l'article R 6122-25 et en

nombre d'implantations et en nombre d'appareils pour les équipements matériels lourds.

Pour chaque activité de soins et équipements matériels lourds, des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) ont été déclinés par zone définie par l'arrêté n°2017-8710 du directeur général de l'ARS

en date du 11 janvier 2018, en bornes haute et basse. La fourchette ainsi définie permettra de répondre aux besoins de la population en fonction des évolutions démographiques, des pratiques médicales et des innovations technologiques.

Il appartiendra aux opérateurs, lors de demandes ou de renouvellements de demandes d'autorisations, de démontrer que leur dossier est justifié au plan qualitatif et à celui de la réponse aux besoins.

Les enjeux de l'organisation de l'offre sanitaire

L'évolution de l'offre proposée s'inscrit en continuité de l'organisation de l'offre résultant des précédents PRS. Elle ne retient pas d'évolution majeure avec la création de nouveaux sites à l'exception de quelques activités ou équipements. En effet, l'ajustement aux besoins des capacités en lits et en places doit être réalisé par les structures disposant des autorisations, sans que cela nécessite de nouvelles implantations.

Cette évolution continue d'être orientée vers un développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète, vers lesquels les usagers se tour-

nent de façon préférentielle. Elle doit se traduire par un dispositif lisible de l'offre hospitalière permettant d'améliorer l'accessibilité aux soins et assurant sécurité et qualité des prises en charge. Au sein des territoires, l'organisation de l'offre de soins hospitalière doit veiller à garantir la prise en charge globale du patient dans une logique de parcours, et doit se traduire par une coordination accrue des différents acteurs et par la mise en œuvre du principe de complémentarité entre les établissements et les plateaux techniques.

Aussi, le schéma régional de santé doit permettre, à travers les différentes activités de soins et équipements matériels lourds, de répondre aux objectifs transversaux suivants :

1. Garantir où que l'on soit sur le territoire, la qualité et la sécurité des prises en charge, et veiller à la pertinence des prises en charge et des soins.
2. Améliorer l'accessibilité aux soins ; s'appuyer sur les coopérations pour consolider l'offre de proximité et offrir aux usagers des parcours de soins coordonnés.
3. Adapter l'offre hospitalière aux nouvelles modalités de prise en charge : développer les prises en charge en ambulatoire, ainsi que les liens et les complémentarités avec l'offre de premier recours.

O1 ● GARANTIR OÙ QUE L'ON SOIT SUR LE TERRITOIRE, LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE, ET VEILLER À LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE ET DES SOINS

La qualité des soins et la sécurité des prises en charge, attentes légitimes des usagers du système de santé, font partie intégrante des missions de base et des obligations des établissements de santé. Cela se traduit notamment dans l'engagement des établissements et des équipes des soins en matière de certification, de respect des conditions techniques de fonctionnement et des référentiels de soins, de la mise en œuvre des mesures relatives au développement professionnel continu des professionnels de

santé. L'amélioration de la qualité des prises en charge repose également sur la juste prescription et la pertinence de l'acte réalisé qui doivent être recherchées dans l'intérêt du patient. Cette recherche permet d'éviter les actes redondants ou non conformes aux indications médicales ou aux recommandations de bonne pratique. Cela est d'autant vrai en matière d'imagerie, ce qui peut entraîner des risques liés à l'exposition des patients aux rayonnements ionisants.

02 ● AMÉLIORER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS ; S'APPUYER SUR LES COOPÉRATIONS POUR CONSOLIDER L'OFFRE DE PROXIMITÉ ET OFFRIR AUX USAGERS DES PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Un des leviers pour répondre à cet objectif est d'organiser l'offre de soins de manière coordonnée et complémentaire sur les territoires. Une meilleure répartition des activités entre les plateaux techniques contribue à cette organisation. Elle s'impose d'autant que la spécialisation des professionnels de

santé s'accroît, notamment s'agissant de la chirurgie. Cette organisation doit s'appuyer sur des complémentarités et des coopérations accrues entre les acteurs afin d'offrir aux usagers un parcours de soins coordonné.

03 ● ADAPTER L'OFFRE HOSPITALIERE AUX NOUVELLES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE : DÉVELOPPER LES PRISES EN CHARGE EN AMBULATOIRE, AINSI QUE LES LIENS ET LES COMPLÉMENTARITES AVEC L'OFFRE DE PREMIER RECOURS

Lorsque cela est possible au plan médical, les usagers privilégient une prise en charge ambulatoire qui diminue les risques iatrogènes et facilite la récupération. Le virage ambulatoire se traduit par un développement des alternatives à l'hospitalisation complète en MCO, SSR et psychiatrie : déploiement de la chirurgie ambulatoire, développement des hospitalisations de jour de médecine, de soins de suite ou de réadaptation ainsi que de l'hospitalisation à domi-

cile. Cette transformation de l'offre nécessite là aussi une coordination accentuée des différents acteurs de la santé ainsi qu'une transversalité des prises en charge.

Ces objectifs transversaux sont déclinés sur l'ensemble du schéma régional de santé à la fois dans le cadre de l'approche populationnelle et pour chaque activité de soins et équipement.

Évolution du schéma régional de santé

Le schéma sera amené à être modifié notamment en fonction des évolutions législatives et réglementaires, en particulier celles liées à la réforme des autorisations sanitaires prévues par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Médecine

Objectifs qualitatifs

Poursuivre le développement de l'hospitalisation à temps partiel (hospitalisation de jour).

Favoriser les partenariats avec les services d'aide à domicile pour permettre le maintien à domicile et éviter et/ou retarder le recours à l'hospitalisation.

Renforcer la prise en charge du patient ayant un accident vasculaire cérébral (AVC) en aigu :

– Améliorer l'accès à l'imagerie, dans les meilleurs délais, sur l'ensemble du territoire.

– Améliorer le taux de patients thrombolysés par le développement du dispositif télé-AVC.

– Renforcer les possibilités d'accès à la thrombectomie par le développement de 2 nouveaux centres.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°14 – Activités de médecine

	HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL DE JOUR OU DE NUIT			HOSPITALISATION COMPLÈTE		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	3	3	3	10	9	9
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	14	14	20	22	21	21
Zone « Cantal »	3	3	3	7	6	7
Zone « Drôme - Ardèche »	9	9	10	25	22	25
Zone « Haute-Loire »	3	3	3	7	7	7
Zone « Haute-Savoie »	7	7	8	13	12	13
Zone « Isère »	6	6	6	12	12	12
Zone « Loire »	15	14	14	19	18	20
Zone « Rhône »	35	33	34	49	44	45
Zone « Savoie »	4	4	8	9	9	9
TOTAL	99	96	109	173	160	168

Médecine sous forme d'hospitalisation à domicile (HAD)

Objectifs qualitatifs

Répondre aux besoins en améliorant le maillage de l'offre par :

- l'adaptation du nombre d'implantations,
- une organisation de l'établissement d'hospitalisation à domicile permettant d'assurer ses missions sur l'intégralité de son aire géographique d'intervention,
- l'ajustement des aires géographiques d'intervention des établissements d'HAD existants.

Renforcer le recours à l'HAD par une augmentation des prescriptions de sorties d'hospitalisation complète en HAD.

Identifier et encourager le développement de certaines prises en charge spécialisées (cancérologie, neurologie, pédiatrie...).

Développer les prises en charge en HAD en établissements sociaux et médico-sociaux.

Améliorer le partage d'informations entre HAD et autres structures et professionnels.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°15 – Activités de médecine sous forme d'hospitalisation à domicile

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	2	2	2
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	6	4	6
Zone « Cantal »	1	1	1
Zone « Drôme - Ardèche »	3	3	3
Zone « Haute-Loire »	1	1	1
Zone « Haute-Savoie »	5	3	5
Zone « Isère »	2	2	2
Zone « Loire »	3	2	3
Zone « Rhône »	3	3	3
Zone « Savoie »	3	1	3
TOTAL	29	22	29

Chirurgie

Objectifs qualitatifs

Renforcer l'organisation de l'offre chirurgicale dans le cadre de coopérations entre établissements de santé et par la mise en place d'organisations médicales innovantes avec des modalités de prise en charge différenciées et complémentaires :

- Développer des consultations spécialisées avancées dans les établissements de santé ne disposant pas d'un plateau technique de chirurgie.
- Développer l'activité de chirurgie ambulatoire dans l'ensemble des établissements de la région disposant d'une autorisation de chirurgie.
- Maintenir une offre de proximité en chirurgie ambulatoire dans le cadre de coopération avec des établissements disposant d'un plateau chirurgical complet.

– Assurer une offre chirurgicale ambulatoire et à temps complet dans chaque zone de répartition de l'activité de chirurgie.

– Favoriser l'accès aux nouvelles technologies chirurgicales.

Mutualiser les ressources médicales chirurgicales et anesthésiques afin de maintenir les compétences, sécuriser les prises en charge et permettre le maintien d'une offre de proximité.

Favoriser les coopérations inter établissements afin de permettre aux professionnels un accès aux plateaux techniques spécialisés et renforcer l'attractivité de certains postes.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°16 – Activités de chirurgie

	CHIRURGIE AMBULATOIRE			CHIRURGIE COMPLÈTE		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	4	4	4	4	4	4
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	17	16	16	16	13	15
Zone « Cantal »	3	3	3	3	2	3
Zone « Drôme - Ardèche »	11	10	11	10	9	10
Zone « Haute-Loire »	3	3	3	3	2	3
Zone « Haute-Savoie »	10	9	10	8	8	8
Zone « Isère »	7	7	7	7	7	7
Zone « Loire »	13	13	13	11	8	11
Zone « Rhône »	32	30	30	31	29	29
Zone « Savoie »	8	8	8	7	6	7
TOTAL	108	103	105	100	88	97

Obstétrique – gynécologie – réanimation néonatale

Une maternité de niveau 1 dispose d'une unité d'obstétrique.

Une maternité de niveau 2 dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie. Une distinction est faite entre le niveau 2A (maternité disposant d'une unité de néonatalogie simple) et le niveau 2B (maternité qui dispose, en plus dans son unité de néonatalogie, de lits de soins intensifs).

Objectifs qualitatifs

Adapter l'offre en fonction de l'évolution des naissances, des durées de séjour et en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge des parturientes et des nouveau-nés.

Encourager l'orientation des femmes enceintes dès le début de grossesse dans un parcours gradué selon le niveau de risque médical et psychosocial pendant la grossesse.

Elargir le périmètre d'action de la cellule de coordination des transferts périnataux à l'ensemble de la région et harmoniser la prise en charge des transferts de nouveau-nés.

Mettre à disposition des outils de partage du dossier des femmes enceintes entre tous les professionnels concernés par le suivi de la grossesse et le suivi du nouveau-né.

Une maternité de niveau 3 comprend une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie avec des lits de néonatalogie, des lits de soins intensifs et une unité de réanimation néonatale.

Ainsi, les évolutions de l'offre doivent être soutenues par un double objectif visant à maintenir, autant que possible, un recours de proximité tout en garantissant une offre graduée et sécurisée sur le territoire.

Prévenir la rupture du lien mère enfant : éviter la séparation parents enfants lors d'une hospitalisation en néonatalogie (chambres mère ou parents/enfant dans unités nouvelles ou en restructuration, « maisons des parents »).

Piloter la réorganisation des dépistages biologiques à la naissance en veillant à assurer leur continuité et à améliorer l'efficacité des dépistages cliniques (surdi-té, cardiopathies, luxation de la hanche...).

Encourager la collaboration régionale des Réseaux de Santé en Périnatalité entre eux et avec la Commission Régionale de la Naissance.

Mettre en place un tableau de bord régional périnatal pour permettre une réflexion globale sur l'offre de soin et sur la qualité et la sécurité des soins en périnatalité ainsi qu'une meilleure prise en compte de la vulnérabilité et de la précarité.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°17 – Activités d'obstétrique, gynécologie, réanimation néonatale

	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (maternités de niveau 1)			NEONATOLOGIE SANS SOINS INTENSIFS (maternités de niveau 2 A)			NÉONATOLOGIE AVEC SOINS INTENSIFS (maternités de niveau 2 B)			RÉANIMATION NÉONATALE (maternité de niveau 3)		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	2	2	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	2	2	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1
Zone « Cantal »	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	2	2	2	3	3	3	1	1	1	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	3	3	3	3	3	3	1	1	1	0	0	0
Zone « Isère »	2	2	2	2	2	2	0	0	0	1	1	1
Zone « Loire »	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Zone « Rhône »	8	5	6	4	5	5	3	3	3	2	2	2
Zone « Savoie »	3	3	3	1	1	1	0	0	0	1	1	1
TOTAL	26	23	24	20	21	21	8	8	8	6	6	6

Psychiatrie

Objectifs qualitatifs

Réduire les inégalités de l'offre de soins entre les différents territoires en augmentant, notamment, l'offre dans les zones les moins bien pourvues.

Repositionner chaque dispositif du parcours de soins psychiatriques à sa juste place : Centres médico-psychologiques (CMP) comme porte d'entrée du dispositif, les hôpitaux de jour comme véritables alternatives à l'hospitalisation temps plein prodiguant des soins intensifs, les Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) pour des patients plus chroniques dépendants aux soins et l'hospitalisation à temps plein avec des durées limitées pour une très large majorité de patients.

Centrer les prises en charge sur l'ambulatoire en repositionnant les CMP comme de véritables pivots du parcours de soins en renforçant certains Centres Médico-Psychologiques tout en leur demandant d'appliquer les recommandations organisationnelles de l'ANAP, en incitant les professionnels à « aller vers » ceux qui en ont besoin, en encourageant la té-

lémédecine dans les zones faiblement pourvues en psychiatres.

Limiter l'hospitalisation à temps plein au strict nécessaire en transformant des places d'hospitalisation de jour en places d'hospitalisation de jour de crise et en augmentant le nombre d'implantations d'hospitalisation de jour, en accroissant le nombre d'Unités d'Hospitalisation de Courte Durée qui permettent d'éviter une hospitalisation sur deux en unité sectorielle et le nombre d'implantations de centres de crise, en créant des places d'appartement thérapeutique dans les établissements qui en sont dépourvus et des équipes mobiles de case management de transition pour permettre une sortie plus rapide des patients, en limitant le nombre de patients hospitalisés au long cours et les réhospitalisations grâce à une prise en charge par des équipes mobiles de type « Assertive Community Treatment » et en augmentant le nombre d'implantations de centres de post-cure.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°18 – Activités de psychiatrie générale

	Appartement thérapeutique			Centre de crise			Centre postcure			Hospitalisation à temps partiel de jour			Hospitalisation à temps partiel de nuit			Hospitalisation complète			Placement familial thérapeutique		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Ain	1	1	2	0	0	0	1	0	0	6	6	6	2	2	2	2	2	2	0	0	0
Allier	2	2	2	0	0	0	2	2	2	6	6	6	0	0	0	5	5	5	3	3	3
Cantal	0	0	2	0	0	0	1	1	1	2	2	2	0	0	0	2	1	2	1	1	1
Drôme-Ardèche	0	0	1	0	0	0	0	0	0	14	14	16	3	3	3	6	4	6	3	2	3
Haute-Loire	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5	5	5	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Haute-Savoie	0	0	2	0	0	0	0	0	0	7	7	8	1	1	1	6	6	6	1	1	1
Isère	1	1	1	0	0	0	0	0	0	13	13	15	3	3	3	6	6	6	3	3	3
Loire	6	6	6	0	0	0	1	1	1	10	9	10	1	1	1	7	7	7	2	2	2
Puy-de-Dôme	0	0	1	0	0	0	0	0	1	14	14	14	1	1	1	6	5	6	1	1	1
Rhône	5	5	7	1	1	2	1	0	1	37	37	39	5	3	5	13	12	13	2	2	2
Savoie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7	7	1	1	1	2	2	2	1	1	1
TOTAL	15	15	25	1	1	2	6	4	7	121	120	128	17	15	17	56	51	56	17	16	17

Tableau n°19 – Activités de psychiatrie infanto-juvénile

	Appartement thérapeutique			Centre de crise			Centre postcure			Hospitalisation à temps partiel de jour			Hospitalisation à temps partiel de nuit			Hospitalisation complète			Placement familial thérapeutique		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Ain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Allier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	0	0	0	1	1	1	3	3	3
Cantal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Drôme-Ardèche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	10	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Haute-Loire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Haute-Savoie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	5	0	0	0	3	3	3	0	0	0
Isère	1	1	1	0	0	1	0	0	0	14	14	15	3	3	3	4	4	4	1	1	1
Loire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	5	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Puy-de-Dôme	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	3	4	0	0	0	2	2	2	0	0	0
Rhône	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	16	20	2	2	2	6	5	5	2	2	2
Savoie	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	6	7	1	1	1	1	1	1	0	0	0
TOTAL	1	1	1	0	0	3	0	0	0	65	65	78	6	6	6	22	21	21	8	8	8

Soins de suite et de réadaptation

Objectifs qualitatifs

Objectifs généraux :

- Encourager le rapprochement des SSR des plateaux techniques MCO le plus souvent urbains pour mieux développer la réponse de proximité et d'hôpital de jour au plus près du domicile des patients.
- Renforcer et densifier les plateaux techniques pour répondre aux recommandations de bonnes pratiques.
- Rechercher la viabilité économique des projets en termes de capacités.
- Développer la prise en charge ambulatoire en favorisant la mise en commun de plateaux techniques entre établissements, l'ouverture aux libéraux de ces plateaux à l'échelle du territoire ou encore les équipes mobiles SSR, notamment pour la prise en charge post-AVC et celle des cas complexes.
- Faciliter l'accès en SSR aux patients cancéreux en identifiant et organisant les filières cancérologie.

Améliorer l'offre en SSR pour les affections en onco-hématologie pour la prise en charge des suites de greffes, des complications infectieuses sévères.

Améliorer la prise en charge en neurologie des patients lourds :

- Améliorer la filière des blessés médullaires par l'identification de SSR « relais » aux SSR neurologiques experts pour fluidifier la filière avec écriture d'un référentiel par les professionnels.
- Cartographier l'ensemble de l'offre sanitaire et médico-sociale de prise en charge des blessés médullaires et soutenir l'animation par les professionnels, dont les équipes mobiles SSR, de cette filière avec un suivi annuel du fonctionnement et l'identification de lits pour les patients neurologiques et tétraplégiques ventilés.
- Encourager la prise en charge d'affections dégénératives chroniques débutantes (Sclérose en plaques, Parkinson....) par les acteurs libéraux et prioriser la prise en charge en établissement aux affections plus évoluées.

Optimiser l'accès et le parcours de soins en SSR cardio-respiratoire :

- Développer l'offre de réadaptation cardiaque et de réhabilitation respiratoire en ambulatoire dans les principales agglomérations, en collaboration avec la cardiologie et pneumologie de court séjour pour permettre une meilleure prise en charge de la broncho-pneumopathie chronique obstructive et la rééducation de l'insuffisance cardiaque.

Contribuer à la qualité du parcours de santé de la personne âgée :

- Développer l'hospitalisation de jour en réadaptation gériatrique pour retarder la perte d'autonomie, en se fondant sur l'application de programmes validés et en assurant une évaluation périodique.

Optimiser le parcours de soins des enfants / adolescent :

- Assurer une répartition équilibrée de l'offre et développer l'hospitalisation de jour.
- Structurer la filière du poly-handicap autour d'établissements spécialisés, de l'utilisation d'un dossier patient partagé, de l'organisation de l'aval pour les patients très médicalisés (trachéotomie, ventilation...). La transition enfants/adolescents et adultes doit être appréhendée afin que la continuité du parcours soit respectée au moyen de consultations pluridisciplinaires enfants/adultes.

S'organiser pour gérer au quotidien le risque lié aux bactéries hautement résistantes :

- Assurer une possibilité d'admission des patients porteurs dans tout établissement SSR, à l'exception des tuberculoses multi-résistantes, pour lesquelles une filière spécifique est identifiée.

Décliner le plan obésité en SSR en collaboration avec les centres spécialisés en obésité et conformément aux référentiels HAS, réserver l'accès prioritaire au SSR aux patients atteints d'obésités majeures et de pathologies annexes ne pouvant pas être pris en charge à domicile, l'hospitalisation complète devant être exceptionnelle.

Toute demande d'autorisation de SSR spécialisés est subordonnée à l'octroi concomitant ou à la détention préalable d'une autorisation de SSR polyvalents.

Perspectives d'évolution des OQOS

• *Soins de suite et de réadaptation – SSR polyvalents*

Tableau n°20 – SSR Polyvalent > Adultes en hospitalisation à temps partiel

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	2	2	4
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	14	14	16
Zone « Cantal »	5	5	5
Zone « Drôme - Ardèche »	11	10	12
Zone « Haute-Loire »	1	1	3
Zone « Haute-Savoie »	8	8	9
Zone « Isère »	8	8	8
Zone « Loire »	11	10	12
Zone « Rhône »	25	26	29
Zone « Savoie »	9	9	10
TOTAL	94	93	108

Tableau n°21 – SSR Polyvalent > Adultes en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	14	13	13
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	24	24	25
Zone « Cantal »	8	8	8
Zone « Drôme - Ardèche »	29	26	28
Zone « Haute-Loire »	9	8	9
Zone « Haute-Savoie »	17	15	15
Zone « Isère »	14	14	14
Zone « Loire »	30	24	25
Zone « Rhône »	54	46	48
Zone « Savoie »	12	12	12
TOTAL	211	190	197

Tableau n°22 – SSR polyvalent > Enfants de -6 ans en hospitalisation à temps partiel

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	2	2	2
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	1
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	3	3	3
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	7	7	8

Tableau n°23 – SSR polyvalent > Enfants de -6 ans en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	3	3	3
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	4	4	4
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	9	9	9

Tableau n°24 –SSR polyvalent> Enfants de +6 ans en hospitalisation à temps partiel

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	2	2	2
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	2	2	2
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	2	3
Zone « Isère »	2	2	2
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	4	4	4
Zone « Savoie »	3	2	2
TOTAL	15	15	16

Tableau n°25 – SSR polyvalent > Enfants de +6 ans en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	2	2	2
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	3	3	3
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	2	2
Zone « Isère »	2	2	2
Zone « Loire »	2	2	2
Zone « Rhône »	4	4	4
Zone « Savoie »	4	3	3
TOTAL	19	18	18

• *Affections cardiovasculaires*

Tableau n°26 – Affections cardio-vasculaires

> *Adultes en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	1	1	1
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	1	1	2
Zone « Cantal »	0	0	1
Zone « Drôme - Ardèche »	3	3	3
Zone « Haute-Loire »	0	0	1
Zone « Haute-Savoie »	3	3	3
Zone « Isère »	2	2	2
Zone « Loire »	4	4	5
Zone « Rhône »	6	6	7
Zone « Savoie »	1	1	2
TOTAL	21	21	27

Tableau n°27 – Affections cardio-vasculaires

> *Adultes en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	1	1	1
Zone « Cantal »	0	0	1
Zone « Drôme - Ardèche »	1	1	2
Zone « Haute-Loire »	0	0	1
Zone « Haute-Savoie »	2	2	2
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	3	3	3
Zone « Savoie »	1	1	1
TOTAL	10	10	13

Tableau n°28 – Affections cardio-vasculaires

> *Enfants -6 ans en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	0	0	0

Tableau n°29 – Affections cardio-vasculaires
 > Enfants -6 ans en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	0	0	0

Tableau n°30 – Affections cardio-vasculaires
 > Enfants +6 ans en hospitalisation à temps partiel

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	1	1
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	1	1	1
TOTAL	2	2	2

Tableau n°31 – Affections cardio-vasculaires
 > Enfants +6 ans en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	0	0	0

• *Affections de la personne âgée*

Tableau n°32 – Affections de la personne âgée en position de dépendance en hospitalisation à temps partiel

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	1	1	1
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	3	3	3
Zone « Cantal »	1	1	1
Zone « Drôme - Ardèche »	2	2	3
Zone « Haute-Loire »	1	1	1
Zone « Haute-Savoie »	1	1	1
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	3	3	5
Zone « Rhône »	8	8	11
Zone « Savoie »	2	2	3
TOTAL	22	22	29

Tableau n°33 – Affections de la personne âgée en position de dépendance en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	2	2	2
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	7	7	7
Zone « Cantal »	1	1	1
Zone « Drôme - Ardèche »	6	6	7
Zone « Haute-Loire »	1	1	2
Zone « Haute-Savoie »	6	6	6
Zone « Isère »	6	6	6
Zone « Loire »	9	8	8
Zone « Rhône »	17	14	14
Zone « Savoie »	4	4	4
TOTAL	59	55	57

• *Affections de l'appareil locomoteur*

Tableau n°34 – Affections de l'appareil locomoteur

> *Adultes en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	2
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	3	3	6
Zone « Cantal »	0	0	2
Zone « Drôme - Ardèche »	4	4	5
Zone « Haute-Loire »	1	1	1
Zone « Haute-Savoie »	5	5	5
Zone « Isère »	4	4	4
Zone « Loire »	5	5	5
Zone « Rhône »	11	11	12
Zone « Savoie »	4	4	5
TOTAL	37	37	47

Tableau n°35 – Affections de l'appareil locomoteur

> *Adultes en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	6	6	6
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	4	4	6
Zone « Cantal »	0	0	2
Zone « Drôme - Ardèche »	5	5	5
Zone « Haute-Loire »	1	1	1
Zone « Haute-Savoie »	5	5	5
Zone « Isère »	4	4	4
Zone « Loire »	5	5	5
Zone « Rhône »	11	11	12
Zone « Savoie »	4	4	5
TOTAL	45	45	51

Tableau n°36 – Affections de l'appareil locomoteur

> *Enfants -6 ans en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	1
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	1
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	2	2	2
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	4	4	6

Tableau n°37 – Affections de l'appareil locomoteur
 > Enfants -6 ans en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	1
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	2	2	2
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	4	4	5

Tableau n°38 – Affections de l'appareil locomoteur
 > Enfants +6 ans en hospitalisation à temps partiel

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	1
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	1	1
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	1	2
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	2	2	2
Zone « Savoie »	1	1	1
TOTAL	7	7	9

Tableau n°39 – Affections de l'appareil locomoteur
 > Enfants +6 ans en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	2	2	2
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	1
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	1	1
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	2	2	2
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	8	7	8

• *Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien*

Tableau n°40 – Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien

> *Adultes en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	1	1
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	1	1
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	5	5	5

Tableau n°41 – Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien

> *Adultes en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	1	1
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	1	1
Zone « Isère »	2	2	2
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	6	6	6

Tableau n°42 – Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien

> *Enfants -6 ans en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	0	0	0

Tableau n°43 – Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
 > Enfants -6 ans en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	0	0	0

Tableau n°44 – Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
 > Enfants +6 ans en hospitalisation à temps partiel

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	1	1
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	1	1	2
TOTAL	3	3	4

Tableau n°45 – Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
 > Enfants +6 ans en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	1	1
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	1	0	1
TOTAL	2	2	3

• *Affections du système nerveux*

Tableau n°46 – Affections du système nerveux

> *Adultes en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	1	1	2
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	3	4	5
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	4	4	5
Zone « Haute-Loire »	1	1	1
Zone « Haute-Savoie »	5	5	5
Zone « Isère »	5	5	5
Zone « Loire »	7	6	6
Zone « Rhône »	12	12	12
Zone « Savoie »	3	3	4
TOTAL	41	41	45

Tableau n°47 – Affections du système nerveux

> *Adultes en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	3	3	3
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	4	5	6
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	5	5	5
Zone « Haute-Loire »	1	1	1
Zone « Haute-Savoie »	6	6	6
Zone « Isère »	5	5	5
Zone « Loire »	9	8	8
Zone « Rhône »	16	14	14
Zone « Savoie »	3	3	4
TOTAL	52	50	52

Tableau n°48 – Affections du système nerveux

> *Enfants de -6 ans en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	1	1	1
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	1
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	2	2	2
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	5	5	6

Tableau n°49 – Affections du système nerveux
 > Enfants de -6 ans en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	1	1	1
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	2	2	2
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	5	5	5

Tableau n°50 – Affections du système nerveux
 > Enfants de +6 ans en hospitalisation à temps partiel

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	1	1	1
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	1	1
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	1	2
Zone « Isère »	2	2	2
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	3	3	3
Zone « Savoie »	1	1	1
TOTAL	10	10	11

Tableau n°51 – Affections du système nerveux
 > Enfants de +6 ans en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	1	1	1
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	1	2
Zone « Isère »	2	2	2
Zone « Loire »	2	2	2
Zone « Rhône »	2	2	2
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	9	8	9

• *Affections liées aux conduites addictives*

Tableau n°52 – Affections liées aux conduites addictives

> *Adultes en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	1	1
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	1	1
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	1
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	2	2	3

Tableau n°53 – Affections liées aux conduites addictives

> *Adultes en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	1	1	1
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	2	2	2
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	2	2	2
Zone « Haute-Loire »	1	1	1
Zone « Haute-Savoie »	1	1	1
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	9	9	9

Tableau n°54 – Affections liées aux conduites addictives

> *Enfant de -6 ans en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	0	0	0

Tableau n°55 – Affections liées aux conduites addictives> **Enfant de -6 ans en hospitalisation complète**

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	0	0	0

Tableau n°56 – Affections liées aux conduites addictives> **Enfant de +6 ans en hospitalisation à temps partiel**

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	1	1	1
TOTAL	1	1	1

Tableau n°57 – Affections liées aux conduites addictives> **Enfant de +6 ans en hospitalisation complète**

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	1	1
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	1	0	0
TOTAL	1	1	1

• *Affections onco-hématologiques*

Tableau n°58 – Affections onco-hématologique

> *Adultes en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Tableau n°59 – Affections onco-hématologique

> *Adultes en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	1	1	1
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	0	0	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	3	3	4

Tableau n°60 – Affections onco-hématologique

> *Enfant de -6 ans en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	0	0	0

Tableau n°61 – Affections onco-hématologique
 > *Enfant de -6 ans en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	0	0	0

Tableau n°62 – Affections onco-hématologique
 > *Enfant de +6 ans en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Tableau n°63 – Affections onco-hématologique
 > *Enfant de +6 ans en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	0	0	0
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

• Affections respiratoires

Tableau n°64 – Affections respiratoires

> Adultes en hospitalisation à temps partiel

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	1	1	2
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	1	1	1
Zone « Cantal »	1	1	1
Zone « Drôme - Ardèche »	3	3	4
Zone « Haute-Loire »	0	0	1
Zone « Haute-Savoie »	3	3	3
Zone « Isère »	1	1	2
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	3	3	3
Zone « Savoie »	1	1	2
TOTAL	15	15	20

Tableau n°65 – Affections respiratoires

> Adultes en hospitalisation complète

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	3	2	2
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	1	1	1
Zone « Cantal »	1	1	1
Zone « Drôme - Ardèche »	3	3	3
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	3	3	3
Zone « Isère »	1	1	1
Zone « Loire »	1	1	1
Zone « Rhône »	2	2	2
Zone « Savoie »	0	0	1
TOTAL	15	14	15

Tableau n°66 – Affections respiratoires

> Enfant de -6 ans en hospitalisation à temps partiel

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Tableau n°67 – Affections respiratoires
 > *Enfant de -6 ans en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Tableau n°68 – Affections respiratoires
 > *Enfant de +6 ans en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	1	1
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	2	2	2

Tableau n°69 – Affections respiratoires
 > *Enfant de +6 ans en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

• *Affections des brûlés*

Tableau n°70 – Affections des brûlés

> *Adultes en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Tableau n°71 – Affections des brûlés

> *Adultes en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Tableau n°72 – Affections des brûlés

> *Enfant de -6 ans en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Tableau n°73 – Affections des brûlés> *Enfant de -6 ans en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Tableau n°74 – Affections des brûlés> *Enfant de +6 ans en hospitalisation à temps partiel*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Tableau n°75 – Affections des brûlés> *Enfant de + 6 ans en hospitalisation complète*

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	0	0	0
Zone « Cantal »	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0
Zone « Isère »	0	0	0
Zone « Loire »	0	0	0
Zone « Rhône »	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Unités de soins de longue durée

Objectifs qualitatifs

Améliorer l'accès aux soins de longue durée en renforçant le maillage territorial :

– Réaliser une étude sur les besoins en place de soins de longue durée, incluant les personnes âgées de moins 60 ans dans chaque zone à partir des malades en attente de sortie des SSR.

– Identifier les besoins de soins de longue durée dans les zones aux taux d'équipement les plus faibles, en fonction des évolutions démographiques et des résultats des coupes PATHOS.

– Réviser le schéma régional en fonction des besoins supplémentaires qui auront pu être identifiés.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°76 – Unités de soins de longue durée

	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	5	5	5
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	12	12	12
Zone « Cantal »	5	5	5
Zone « Drôme - Ardèche »	6	6	6
Zone « Haute-Loire »	5	5	5
Zone « Haute-Savoie »	8	8	8
Zone « Isère »	6	6	6
Zone « Loire »	8	8	9
Zone « Rhône »	17	16	16
Zone « Savoie »	5	5	5
TOTAL	77	76	77

Activités interventionnelles en cardiologie

La prise en charge urgente des coronaropathies justifie l'augmentation d'autorisations dans certaines zones avec difficulté d'accès. Ces autorisa-

tions ne peuvent être accordées que sous condition d'accès 24h/24 avec des cardiologues interventionnels qualifiés dans un environnement sécurisé.

Objectifs qualitatifs

Assurer une prise en charge rapide et sécurisée des syndromes coronariens aigus.

Consolider l'offre de cardiologie interventionnelle (angioplastie et rythmologie – adulte et pédiatrique)

en tenant compte de l'accessibilité, du volume d'acte minimal, et de la ressource médicale spécialisée nécessaire pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°77

ACTES ELECTROPHYSIOLOGIQUES DE RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE, DE STIMULATION MULTI SITES ET DE DEFIBRILLATION			
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Clermont-Ferrand »	4	4	4
Zone « Grenoble »	4	4	4
Zone « Lyon »	8	8	8
Zone « Saint-Etienne »	3	3	3
TOTAL	19	19	19

Tableau n°78

ACTES PORTANT SUR LES CARDIOPATHIES DE L'ADULTE			
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Clermont-Ferrand »	5	5	6
Zone « Grenoble »	5	5	5
Zone « Lyon »	10	10	11
Zone « Saint-Etienne »	2	2	2
TOTAL	22	22	24

Tableau n°79

ACTES PORTANT SUR LES CARDIOPATHIES DE L'ENFANT, Y COMPRIS LES EVENTUELLES RE-INTERVENTIONS A L'AGE ADULTE			
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Clermont-Ferrand »	1	1	1
Zone « Grenoble »	1	1	1
Zone « Lyon »	1	1	1
Zone « Saint-Etienne »	0	0	0
TOTAL	3	3	3

Médecine d'urgence

Objectifs qualitatifs

Le constat actuel fait apparaître plusieurs problématiques :

L'engorgement très important des services d'urgence hospitaliers avec un manque de fluidité vers les structures d'aval.

La fermeture inopinée, faute de médecins qualifiés, de lignes de SMUR et/ou le recrutement de médecins non qualifiés en substitution, constituant un réel risque pour la population.

L'insatisfaction des usagers.

Plus globalement, une rupture du parcours avec un afflux croissant et non maîtrisé des patients vers les services d'urgence.

Les causes sont multiples mais on peut retenir plusieurs motifs principaux :

La majeure partie de la population accueillie dans les services d'urgence ne requiert pas ce type recours (85 % de CCMU 1 ou 2), avec un pourcentage d'hospitalisations stable entre 18 et 20 % et d'urgences vitales à 1,5 % (CCMU 4 ou 5).

Un déficit de prise en charge médicale en amont des services hospitaliers que ce soit en journée par les médecins généralistes ou dans le cadre de la PDSA ou encore dans les EHPAD.

Un déficit de médecins urgentistes qualifiés pour assurer les contraintes réglementaires et la complétude des tableaux de permanence dans les structures d'urgence (SU et AMU).

La reconnaissance récente d'une spécialité de médecine d'urgence va contribuer à bien identifier ce qui relève de ressources spécialisées pour répondre à l'aide médicale urgente, véritable cœur de métier des urgentistes de ce qui relève des actes de médecine générale, autre spécialité à part entière.

Afin de répondre à ces différents constats et en attendant des évolutions réglementaires, plusieurs axes stratégiques doivent être développés afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge de la population. Un des objectifs à court terme étant de diminuer le recours et donc l'attente dans les services d'urgences, source de dysfonctionnements de nature diverse parfois graves.

Trois axes stratégiques sont à développer :

1. Améliorer la réponse du premier recours « Eviter le recours non adapté aux services d'urgence » en lien avec la médecine ambulatoire et la médicalisation des structures pour personnes âgées

Soutenir et développer les dispositifs visant à éviter le recours aux services d'urgences, en particulier dans les établissements pour personnes âgées, en renforçant la para médicalisation et en assouplissant les conditions d'accès à un avis médical.

Favoriser la prise en charge des CCMU 1 et 2 par le premier recours en améliorant la prise en charge en amont des services d'urgence par la médecine de ville. Pour cela, il convient de :

– Développer les projets de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) concernant les prises en charge des soins non programmés. Dans ce cadre, en lien avec les professionnels libéraux et leurs représentants, mailler les différents territoires de CPTS.

– Développer les points de consultations non programmées par une reconnaissance et une contractualisation avec l'ARS. La création de telles entités permettra d'augmenter les sites de recours pour la population en déployant une offre adaptée aux besoins de la population.

– Promouvoir et développer la régulation médicale de médecine générale et d'aide médicale urgente par l'extension des plages de régulation de médecine générale et en renforçant le premier accueil (Permanenciers auxiliaires de régulation médicale-PARM).

– Soutenir le développement des maisons médicales de garde afin de mailler la région de points fixes de consultations, et encourager le développement de l'exercice regroupé, notamment des centres de santé dans les territoires dépourvus d'offre libérale.

2. Conforter l'aide médicale urgente

Il apparaît indispensable de privilégier l'intervention des médecins qualifiés pour l'aide médicale urgente, disposition en cohérence avec la spécialisation de médecine d'urgence, et ainsi mettre en adéquation la gravité de la pathologie prise en charge avec la ressource médicale et la structure mobilisée. (Le bon médecin au bon endroit).

En conséquence, pour garantir cet accès à l'aide médicale urgente en 30 mn et optimiser le recours à la ressource spécialisée, plusieurs actions sont à envisager :

Développer le dispositif des médecins correspondants du SAMU (MCS).

Concentrer la régulation médicale d'AMU entre les SAMU soit totalement soit par déport en nuit profonde afin d'optimiser la mobilisation des urgentistes. Renforcer autant que nécessaire, en complément des moyens terrestres, les moyens hélicoptés tant quantitativement que qualitativement.

Mettre en place une organisation territoriale des transports hélicoptés afin de rendre plus efficient ce vecteur au niveau de l'aide médicale urgente (éviter les retours à vide d'une équipe SMUR hélicoptée entre 2 établissements de santé, améliorer le recours à un vecteur hélicopté disponible pour diminuer les temps d'attente de certains SMUR secondaires avec parfois perte de chance pour le patient...).

Concentrer les effectifs sur les SAMU disposant du vecteur hélicopté et privilégier les transports secondaires hélicoptés pour soulager les SMUR terrestres.

Privilégier les autorisations d'activité d'urgence aux établissements intégrant sur le même site, service d'urgences et SMUR afin d'optimiser la ressource médicale urgentiste qualifiée (DES de médecine d'urgence).

Renforcer ou mettre en place des filières de prise en charge : cardiologie, neurologie...

Déployer des équipes médicales de territoire pour la prise en charge permettant d'assurer qualité et sécurité sur tous les services d'urgence.

Développer les relations SDIS/SAMU pour un maillage territorial de l'AMU et du secours à personne dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Permettre aux établissements de santé de détecter et gérer les tensions dans les structures des urgences de la région le plus rapidement possible en créant un outil de détection et de gestion à partir de leur données d'activités RPU (résumé de passages aux urgences).

3. Elaborer et diffuser des actions de communication grand public visant à déployer les conséquences des actions précitées

Dans le cadre du bon usage du système de santé, il est essentiel de promouvoir la notion collective de pertinence du recours aux services d'urgence, en insistant sur la bonne utilisation des services d'urgence : le bon patient, au bon endroit, en utilisant les bonnes ressources.

Cette communication régionale ne peut être mise en place qu'une fois le dispositif établi, crédible car pérenne.

Elle doit, par ailleurs, être en phase avec les éléments nationaux de communication issus des travaux en cours (missions diverses).

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°80 – Médecine d'urgence

	SAMU			SMUR			SMUR ANTENNE			STRUCTURES URGENCES ADULTES			STRUCTURES URGENCES PEDIATRIQUES		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	1	1	1	3	3	3	0	0	0	4	3	4	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	2	2	2	8	8	8	0	0	0	10	9	10	1	1	1
Zone « Cantal »	1	1	1	2	3	3	1	0	0	3	3	3	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	2	2	2	6	5	5	0	0	0	9	8	9	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	1	1	1	2	2	2	0	0	0	2	2	2	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	1	1	5	5	5	2	2	2	8	7	8	0	0	0
Zone « Isère »	1	1	1	2	2	2	2	2	2	6	6	6	1	1	1
Zone « Loire »	2	1	1	5	5	5	0	0	0	11	8	11	1	1	1
Zone « Rhône »	1	1	1	7	7	7	1	1	1	19	13	18	1	1	1
Zone « Savoie »	1	1	1	6	6	6	3	3	3	7	7	7	0	0	0
TOTAL	13	12	12	46	46	46	9	8	8	79	66	78	4	4	4

Réanimation

Objectifs qualitatifs

Maintenir au moins une unité de réanimation dans chacune des 10 zones de répartition des activités de réanimation.

Adapter les capacités en lits de réanimation à la situation et à l'évolution démographique sans nouvelles implantations.

Adapter le nombre d'implantations tout en renforçant certaines capacités d'unité de réanimation/soins continus, dans l'objectif d'optimiser les ressources médicales spécialisées, de renforcer l'efficacité et l'attractivité de ces unités pour les professionnels.

Envisager des capacités supplémentaires de soins de rééducation post réanimation à proximité des plateaux techniques de réanimation dans les établissements pratiquant la neurochirurgie.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°81 – Réanimation

	RÉANIMATION ADULTE			RÉANIMATION PÉDIATRIQUE			RÉANIMATION PÉDIATRIQUE SPÉCIALISÉE		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximale	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	6	6	6	1	1	1	0	0	0
Zone « Cantal »	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	3	2	3	0	0	0	0	0	0
Zone « Isère »	2	2	2	0	0	0	1	1	1
Zone « Loire »	5	4	5	1	1	1	0	0	0
Zone « Rhône »	11	11	11	1	1	1	1	1	1
Zone « Savoie »	1	1	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL	34	32	34	3	3	3	2	2	2

Insuffisance rénale chronique

Objectifs qualitatifs

Retarder la survenue et la progression de l'insuffisance rénale.

Diminuer le nombre de patients dialysés en urgence.

Améliorer l'accès à la transplantation rénale en développant la mise en place de réunions de concertations pluridisciplinaires dématérialisées (Web RCP d'orien-

tation greffe) dans les 4 CHU et en optimisant territorialement leur utilisation.

Favoriser la greffe « donneur vivant ».

Conforter les possibilités d'accès aux différentes modalités de dialyse accessibles sur le territoire et développer l'accès à la dialyse péritonéale, quand les besoins ne sont pas satisfaits.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°82 – Insuffisance rénale chronique – IRC

	DIALYSE PERITONEALE A DOMICILE			HEMODIALYSE A DOMICILE			HEMODIALYSE EN CENTRE POUR ADULTES			HEMODIALYSE EN CENTRE POUR ENFANTS			HEMODIALYSE EN UNITE D'AUTODIALYSE ASSISTEE			HEMODIALYSE EN UNITE D'AUTODIALYSE SIMPLE			HEMODIALYSE EN UNITE MEDICALISEE		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	2	2	2	2	2	2	1	1	1	0	0	0	3	3	3	2	2	2	2	2	2
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	4	4	5	4	4	5	5	5	5	1	1	1	9	9	10	9	9	9	8	8	10
Zone « Cantal »	1	1	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	3	3	3	2	2	2	2	2	4
Zone « Drôme - Ardèche »	4	4	4	2	2	3	4	4	4	0	0	0	8	8	8	8	8	8	4	4	4
Zone « Haute-Loire »	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	4	4	4	4	4	4	2	2	3
Zone « Haute-Savoie »	2	2	3	2	2	3	4	4	4	0	0	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Zone « Isère »	1	1	2	2	2	2	3	3	3	0	0	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2
Zone « Loire »	2	2	3	2	2	3	4	4	4	0	0	0	6	5	5	6	5	5	5	5	6
Zone « Rhône »	5	5	5	5	5	5	10	10	10	1	1	1	13	13	13	5	5	5	12	12	12
Zone « Savoie »	2	2	3	1	1	2	2	2	2	0	0	0	6	6	6	5	5	5	3	3	3
TOTAL	24	24	30	21	21	27	35	35	35	2	2	3	59	58	59	48	47	47	44	44	50

Assistance médicale à la procréation – diagnostic prénatal

Objectifs qualitatifs

Conforter l'offre existante en matière d'Assistance Médicale à la Procréation répondant aux besoins de la population et aux recommandations de bonnes pratiques de l'agence de la biomédecine.

S'assurer que le développement du Diagnostic Prénatal se fasse dans le respect de l'éthique et avec un accompagnement de qualité des femmes enceintes.

Permettre le développement d'autres techniques de génétique moléculaire innovantes sur la région lorsqu'elles représentent une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les femmes enceintes. L'activité nouvelle du dépistage prénatal non invasif (diagnostic de la T21) et la détermination du rhésus fœtal vont nécessiter des autorisations supplémentaires pour les laboratoires de biologie.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°83 – Assistance médicale à la procréation (AMP) biologique

	Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation			Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L.2141-11			Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci			Conservation des embryons en vue d'un projet parental			Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle			Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don			Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Zone « Cantal »	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Zone « Isère »	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Zone « Loire »	2	2	2	1	1	1	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Zone « Rhône »	4	4	4	1	1	1	1	1	1	4	4	4	7	7	7	1	1	1	1	1	1
Zone « Savoie »	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL	12	12	12	5	5	5	3	3	3	12	12	12	18	18	18	3	3	3	3	3	3

Tableau n°85 – Diagnostic prénatal (DPN)

	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels			Les examens de biochimie foetale à visée diagnostique			Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique			Les examens de génétique moléculaire			Les examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses			Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	0	1	2
Zone « Cantal »	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zone « Isère »	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
Zone « Loire »	2	2	2	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
Zone « Rhône »	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2	2	2	0	2	3
Zone « Savoie »	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	11	11	11	7	7	7	8	8	8	7	8	9	5	5	5	0	3	6

Traitement du cancer

L'ensemble des actions concernant le traitement du cancer s'inscrivent dans le cadre du [plan cancer 2014-2019](#) et sont déclinées dans le cadre de la feuille de route régionale de l'ARS. Elles concernent aussi bien la prévention, le diagnostic que la prise en charge. Une attention particulière est portée dans cette feuille de route à la prise en charge des adolescents et jeunes adultes ainsi qu'aux personnes âgées.

En complément des actions inscrites dans le plan cancer, sur la durée du PRS, seront poursuivis à la fois une veille active de l'atteinte des seuils pour les

activités qui y sont soumises ainsi qu'une évaluation des sites associés de chimiothérapie afin de garantir qualité et sécurité des soins.

Afin d'améliorer les parcours des patients, une réflexion sera menée afin d'éviter les passages non pertinents et trop fréquents aux urgences, notamment en fin de vie. Par ailleurs, une des priorités sera d'améliorer la coordination des soins en cancérologie, notamment pour les parcours complexes, en impliquant fortement les acteurs du premier recours.

Objectifs qualitatifs

Assurer une proximité des soins, en garantissant des soins de haute qualité et de volume suffisant, par des équipes médicales pluridisciplinaires.

Organiser les prises en charge dans le cadre d'un maillage sécurisé au vu des critères d'agrément de l'[INCa](#).

Renforcer la lisibilité de l'offre.

Développer des prises en charge spécifiques de certains groupes d'âge (adolescents et jeunes adultes, oncogériatrie).

Développer l'accès à l'expertise et à l'innovation thérapeutique.

Développer un accompagnement global et personnalisé.

Conforter l'offre en radiothérapie en tenant compte de l'accessibilité et en optimisant le fonctionnement des équipements.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°86 – Chimiothérapie, chirurgie des cancers digestif, gynécologie

	CHIMIOTHERAPIE OU AUTRES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX SPECIFIQUES DU CANCER			CHIRURGIE DES CANCERS : DIGESTIF			CHIRURGIE DES CANCERS : GYNECOLOGIE		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	2	2	2	3	2	3	2	2	2
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	11	10	11	12	8	12	8	5	8
Zone « Cantal »	2	2	2	3	1	3	1	1	1
Zone « Drôme - Ardèche »	5	5	5	7	6	7	4	4	4
Zone « Haute-Loire »	1	1	1	1	1	1	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	6	6	6	7	7	7	7	5	7
Zone « Isère »	3	3	3	6	5	6	5	4	5
Zone « Loire »	7	6	7	10	8	10	5	4	5
Zone « Rhône »	23	22	23	21	18	19	14	13	14
Zone « Savoie »	3	3	3	4	2	4	2	2	2
TOTAL	63	60	63	74	58	72	48	40	48

Tableau n°87 – Chirurgie des cancers ORL, maxillo-faciale, sein, thorax et urologie

	CHIRURGIE DES CANCERS : ORL ET MAXILLO-FACIALE			CHIRURGIE DES CANCERS : SEIN			CHIRURGIE DES CANCERS : THORAX			CHIRURGIE DES CANCERS : UROLOGIE		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	2	1	2	2	2	2	1	0	1	2	2	2
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	4	4	4	7	6	7	1	1	1	8	7	8
Zone « Cantal »	1	1	1	2	2	2	0	0	0	1	1	1
Zone « Drôme - Ardèche »	4	3	4	6	5	6	1	1	1	6	5	6
Zone « Haute-Loire »	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
Zone « Haute-Savoie »	5	2	5	7	7	7	2	2	2	7	6	7
Zone « Isère »	3	2	3	6	5	6	3	3	3	4	4	4
Zone « Loire »	4	3	4	9	7	9	3	2	3	6	5	6
Zone « Rhône »	11	9	11	19	17	18	5	5	6	17	16	16
Zone « Savoie »	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2
TOTAL	37	28	37	61	54	60	17	15	18	54	49	53

Tableau n°88 – Radiothérapie externe, curiethérapie et utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

	RADIOTHERAPIE EXTERNE			CURIETHERAPIE			UTILISATION THERAPEUTIQUE DE RADIOELEMENTSEN SOURCES NON SCHELLES		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	4	4	4	1	1	1	1	1	1
Zone « Cantal »	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	3	3	3	0	0	0	0	0	0
Zone « Isère »	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Zone « Loire »	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Zone « Rhône »	6	6	7	3	3	3	3	3	3
Zone « Savoie »	1	1	1	0	0	0	1	1	1
TOTAL	23	23	24	6	6	6	7	7	7

Examens des caractéristiques génétiques

Objectifs qualitatifs

Favoriser l'accès des patients aux consultations de génétiques.

Favoriser l'accès des patients aux technologies de séquençage nouvelle génération.

S'assurer que tous les laboratoires sont accrédités par le Cofrac au plus tard au 1^{er} novembre 2020 pour 100 % des examens réalisés.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°89 – Examens caractéristiques génétiques

	ANALYSES DE CYTOGENETIQUE (en nombres de laboratoires)			ANALYSES DE GENETIQUE MOLECULAIRE (en nombre de laboratoires)		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	0	0	0	0	0	0
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	2	2	2	3	3	3
Zone « Cantal »	0	0	0	0	0	0
Zone « Drôme - Ardèche »	0	0	0	0	0	0
Zone « Haute-Loire »	0	0	0	0	0	0
Zone « Haute-Savoie »	0	0	0	0	0	0
Zone « Isère »	1	1	1	4	4	4
Zone « Loire »	1	1	1	2	2	2
Zone « Rhône »	3	3	3	14	14	14
Zone « Savoie »	1	1	1	1	1	1
TOTAL	8	8	8	24	24	24

Imagerie

Objectifs qualitatifs

Conforter l'optimisation des services d'imagerie en termes d'organisation et d'utilisation des machines par le renforcement de coopérations structurées et formalisées entre structures de tout statut.

Améliorer la pertinence des prescriptions d'imagerie et renforcer l'accès direct aux examens en coupe non irradiants (IRM).

Assurer une accessibilité territoriale adaptée en matière d'imagerie en coupe en fondant les besoins d'équipements supplémentaires sur les données du benchmark 2016, afin de réduire les délais d'attente.

Assurer une possibilité d'accès à l'imagerie en coupe dans tous les services d'accueil des urgences.

Organiser et améliorer l'accès à l'imagerie interventionnelle, notamment à partir des services d'urgences.

Accompagner le développement et la sécurisation de la téléimagerie pour renforcer l'accès aux soins et la permanence des soins.

Assurer une couverture en équipement adapté pour les pathologies neurologiques et cancérologiques (IRM 3 Tesla), en complément d'IRM 1,5 Tesla pré-existante et en cohérence avec les activités médico-chirurgicales réalisées sur le site et selon des indications conformes aux préconisations des sociétés savantes.

Renforcer l'accessibilité aux Tomographes par émission de positons : adapter le nombre d'équipements et les implantations en conformité avec la croissance des indications en cancérologie pour le diagnostic et le suivi, en harmonisant la répartition territoriale.

Améliorer l'accès à la médecine hyperbare, compte tenu de l'élargissement des indications.

Perspectives d'évolution des OQOS

Tableau n°90 – IRM

	EN TERMES D'IMPLANTATIONS			EN TERMES DE NOMBRE D'APPAREILS		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	5	5	5	5	5	6
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	8	8	9	13	13	18
Zone « Cantal »	1	1	1	2	2	2
Zone « Drôme - Ardèche »	5	5	7	10	10	12
Zone « Haute-Loire »	1	1	2	2	2	3
Zone « Haute-Savoie »	9	9	10	13	13	15
Zone « Isère »	9	9	9	13	13	15
Zone « Loire »	9	9	10	12	12	14
Zone « Rhône »	29	29	30	39	39	45
Zone « Savoie »	5	5	5	6	6	7
TOTAL	81	81	88	115	115	137

Tableau n°91 – Scanner

	EN TERMES D'IMPLANTATIONS			EN TERMES DE NOMBRE D'APPAREILS		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Ain »	5	5	5	5	5	5
Zone « Allier - Puy-de-Dôme »	15	15	16	19	19	25
Zone « Cantal »	3	3	4	3	3	4
Zone « Drôme - Ardèche »	10	10	11	12	12	16
Zone « Haute-Loire »	2	2	3	2	2	3
Zone « Haute-Savoie »	11	11	11	12	12	13
Zone « Isère »	12	12	12	14	14	16
Zone « Loire »	12	12	12	16	16	18
Zone « Rhône »	34	33	33	46	46	48
Zone « Savoie »	9	9	9	10	10	11
TOTAL	113	112	116	139	139	159

Tableau n°92 – TEP

	EN TERMES D'IMPLANTATIONS			EN TERMES DE NOMBRE D'APPAREILS		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Clermont-Ferrand »	1	1	2	2	2	4
Zone « Grenoble »	5	5	5	5	5	5
Zone « Lyon »	9	9	10	9	9	11
Zone « Saint-Etienne »	2	2	3	2	2	4
TOTAL	17	17	20	18	18	24

Tableau n°93 – Gamma-caméra

	EN TERMES D'IMPLANTATIONS			EN TERMES DE NOMBRE D'APPAREILS		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Clermont-Ferrand »	5	5	5	10	10	10
Zone « Grenoble »	5	5	5	14	14	14
Zone « Lyon »	9	9	9	21	21	21
Zone « Saint-Etienne »	3	3	3	8	8	9
TOTAL	22	22	22	53	53	54

Tableau n°94 – Caisson hyperbare

	EN TERMES D'IMPLANTATIONS			EN TERMES DE NOMBRE D'APPAREILS		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone « Clermont-Ferrand »	0	1	1	0	1	1
Zone « Grenoble »	0	0	0	0	0	0
Zone « Lyon »	1	1	1	1	1	1
Zone « Saint-Etienne »	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	2	2	1	2	2

L'OFFRE DES ÉTABLISSEMENTS ET DES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (ESMS)

VOLET PERSONNES ÂGÉES



Principes d'organisation et de fonctionnement

Le décret du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé prévoit que le schéma régional de santé comporte des objectifs quantitatifs et qualitatifs visant à

prévoir l'évolution de l'offre des ESMS. Il précise que le schéma est opposable aux ESMS. La contractualisation constitue un levier de mise en œuvre des objectifs fixés dans le schéma. En cas d'échec des négociations contractuelles, il peut être fait application des dispositions prévues aux articles L313-4, L313-8 et L313-9 du code de l'action sociale et des familles.

● LES PRINCIPES DIRECTEURS D'ÉVOLUTION/TRANSFORMATION DE L'OFFRE

Le soutien à domicile

Diversifier l'offre de service

Afin de soutenir le domicile, priorité est accordée au renforcement des capacités en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), en services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et en accueil temporaire. Ce renforcement s'effectue soit par le biais de mesures nouvelles notifiées et à venir, soit par des redéploiements de ressources issues de la fermeture de places d'hébergement permanent. Il est déployé selon les priorités territoriales définies dans le schéma.

Pour éclairer les décisions, une étude sur le fonctionnement de l'activité SSIAD sera engagée et portera sur les points suivants : les profils des publics accompagnés, les périmètres géographiques d'intervention, l'activité des services (volume, dispersion des usagers...), les coûts de fonctionnement.

Consolider et améliorer la qualité de l'offre d'accueil temporaire (accueil de jour et hébergement temporaire)

Des travaux de consolidation de l'offre d'accueil temporaire ont été engagés (recomposition de l'offre d'accueil de jour (AJ) suite au décret du 29 septembre 2011 notamment) dans l'objectif de les adapter en tant qu'instrument à part entière au service des parcours des personnes.

Au-delà de la nécessaire augmentation de l'activité des accueils temporaires, la définition de projets de service, intégrant des objectifs thérapeutiques et de

prévention, doit permettre d'améliorer la visibilité des solutions qu'ils peuvent apporter aux usagers, aux aidants et aux prescripteurs.

L'accueil de jour

En premier lieu, il convient de continuer de consolider l'offre d'accueil de jour. Les conditions sociales pour ce faire, tiennent à une activité soutenue par un volume d'activité minimale (Cf. infra) et un projet de service dédié à l'activité « accueil de jour » qui mette en avant son approche préventive et thérapeutique (stimulation cognitive, nutrition, bien-être et estime de soi, activité physique). Ce projet de service doit permettre de structurer la communication en direction des bénéficiaires, de leur entourage et des médecins traitants. La communication autour de ce projet est primordiale pour partager la place de l'accueil de jour dans le parcours des personnes.

La consolidation de l'offre pourra passer par des mesures nouvelles, le regroupement de capacité de services qui n'atteignent pas le seuil minimal réglementaire, la création de places en redéploiement de ressources provenant de crédits d'hébergement permanent.

L'hébergement temporaire

La réflexion sur le positionnement des hébergements temporaires va être approfondie. Cette offre vise principalement à répondre à trois grands types de demande : la sortie d'hospitalisation, le répit thérapeutique et préventif, la préparation progressive à l'entrée en EHPAD.

Comme pour l'accueil de jour, chacune de ces réponses doit faire l'objet d'un projet spécifique. La durée de séjour doit s'adapter à l'objectif poursuivi. Des durées de séjour trop longues peuvent compromettre la préservation de l'autonomie et le retour à domicile. Il est recommandé une durée de séjour ne dépassant pas quatre-vingt-dix jours, sur une période de douze mois consécutifs.

En cas de sous-activité, des ressources pourront être redéployées vers des prestations de répit (des services de garde itinérante de nuit ou de week-end, de prestations de SSIAD/SPASAD à horaires décalés ou de nuit...).

Les principes de reconversion des places d'hébergement permanent

Diverses circonstances peuvent conduire l'organisme gestionnaire et les autorités publiques à envisager la reconversion des capacités d'hébergement permanent. Plusieurs scénarios doivent être instruits dans un tel contexte et étudiés en fonction de la situation du département et du territoire de parcours d'implantation (priorité 1, 2 ou 3 > cf. partie relative à la réduction des inégalités territoriales) :

Scénario 1 : une fermeture définitive et un transfert des places autorisées par reprise négociée, appel à reprises, ou par appel à projets pour création sur un territoire infra-départemental considéré comme déficitaire.

Scénario 2 : une fusion portant perspective d'efficience par transfert d'autorisation au bénéfice d'un autre EHPAD du secteur avec ou non regroupement des capacités d'hébergement.

Scénario 3 : selon l'état de dépendance des résidents, une transformation de l'EHPAD en résidence autonomie et un transfert du budget soins au profit de la création ou de l'augmentation d'une offre en SSIAD généraliste ou spécialisé répondant à la demande en soins de la population âgée du secteur d'implantation dont les résidents de la résidence autonomie.

Scénario 4 : la consolidation dans les territoires isolés de l'offre dans une logique d'EHPAD ressource (quel que soit le statut y compris les centres hospitaliers de proximité) conjuguant outre des capacités d'hébergement permanent et temporaire, des consultations avancées, des consultations mémoires, un exercice médical mixte, de la télémédecine... en réponse à la population âgée du territoire d'implantation.

L'activation positive des abattements des dotations soins pour sous-occupation

En cas de sous-occupation, en application des articles R.314-160 et R.314-174 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les abattements des dotations soins, dès lors qu'elles concernent un EHPAD dont la capacité d'hébergement permanent peut et/ou doit être maintenue en prévision des besoins futurs à couvrir ou dans l'attente des effets favorables de l'amélioration de l'attractivité de l'établissement, seront affectées à l'organisation d'une prestation de répit.

Le développement des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)

Afin de répondre aux enjeux liés à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, un maillage territorial en offre de PASA sera recherché.

Les EHPAD prioritairement éligibles à la création d'un PASA doivent être autorisés pour une capacité minimale de 80 places d'hébergement.

Les EHPAD ayant d'ores et déjà un local et les ressources permettant le déploiement d'une activité au titre d'un PASA, ont vocation à être labélisés sous réserve d'une reconnaissance dans le cadre du CPOM d'une part et du respect du cahier des charges national d'autre part.

La création de postes d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) de nuit

Les postes d'IDE de nuit sont créés prioritairement dans une logique de mutualisation entre établissements situés à plus 30 mn d'un effecteur de soins (permanence de soins ambulatoires ou urgences hospitalières).

L'aide à l'investissement

Les EHPAD dont la capacité installée est inférieure à 50 places d'hébergement ne sont pas prioritaires pour les aides de soutien à l'investissement de l'ARS²⁶.

²⁶ Les EHPAD ayant bénéficié d'une aide au titre du plan d'aide à l'investissement entre 2014 et 2017 présentent une capacité moyenne de 99 places installées

La coopération des acteurs

En déclinaison des orientations du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours et de coopération qui pourraient être mis en place et dans le cadre de la démarche des filières gérontologiques qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télé médecine, res-

sources médicales et ressources spécialisées) en bonne articulation avec les démarches promues dans les territoires de parcours et de coopération.

Plus précisément, il est notamment attendu des organismes gestionnaires de :

Déployer et utiliser l'outil Via Trajectoire dans toutes ses composantes.

Rechercher les coopérations entre le secteur psychiatrique, le secteur gériatrique et les EHPAD pour améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles cognitivo-psychiatriques (formation des professionnels, intervention du secteur psychiatrique, gestion des crises...).

Structurer les partenariats entre les secteurs des personnes âgées et celui du handicap pour une meilleure prise en compte des problématiques de vieillissement des personnes en situation de handicap.

S'impliquer dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

● LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS TERRITORIALES DE L'OFFRE

La réduction des inégalités au niveau régional et infra-départemental

L'objectif d'évolution de l'offre en direction des personnes âgées (établissements ou services) est conduit dans une logique de réduction des inégalités au niveau régional et infra-départemental. Les orientations retenues visent à intervenir en priorité sur les territoires les moins dotés.

La résorption des zones blanches

La couverture, au terme du schéma régional de santé, des zones blanches en services est une priorité.

Le renforcement des services et accueils de jour

Les efforts devront porter d'une part sur le renforcement du dispositif en SSIAD/SPASAD et Accueils de Jour en fonction des taux d'équipement infra départementaux et de l'écart à la moyenne régionale.

D'autre part, l'augmentation du nombre de places d'hébergement temporaire pourra constituer un objectif, toujours en fonction des taux d'équipement infra départementaux et de l'écart à la moyenne régionale.

La différenciation des territoires

Par ailleurs, les taux de places installées en hébergement permanent pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (cf. graphique ci-après) permettent de classer les départements en 3 grandes catégories.

Groupe 1 : départements « priorité 1 » (dans le cas où des mesures nouvelles seraient disponibles)

Drôme (26)

Haute-Savoie (74)

Isère (38)

Métropole de Lyon (69)

Pour ces départements, la création de places d'hébergement permanent, ou de services, peut être envisagée au regard des taux d'équipement infra-départementaux.

Groupe 2 : départements « priorité 2 »

- Ain (01)
- Allier (03)
- Loire (42)
- Puy-de-Dôme (63)
- Savoie (73)

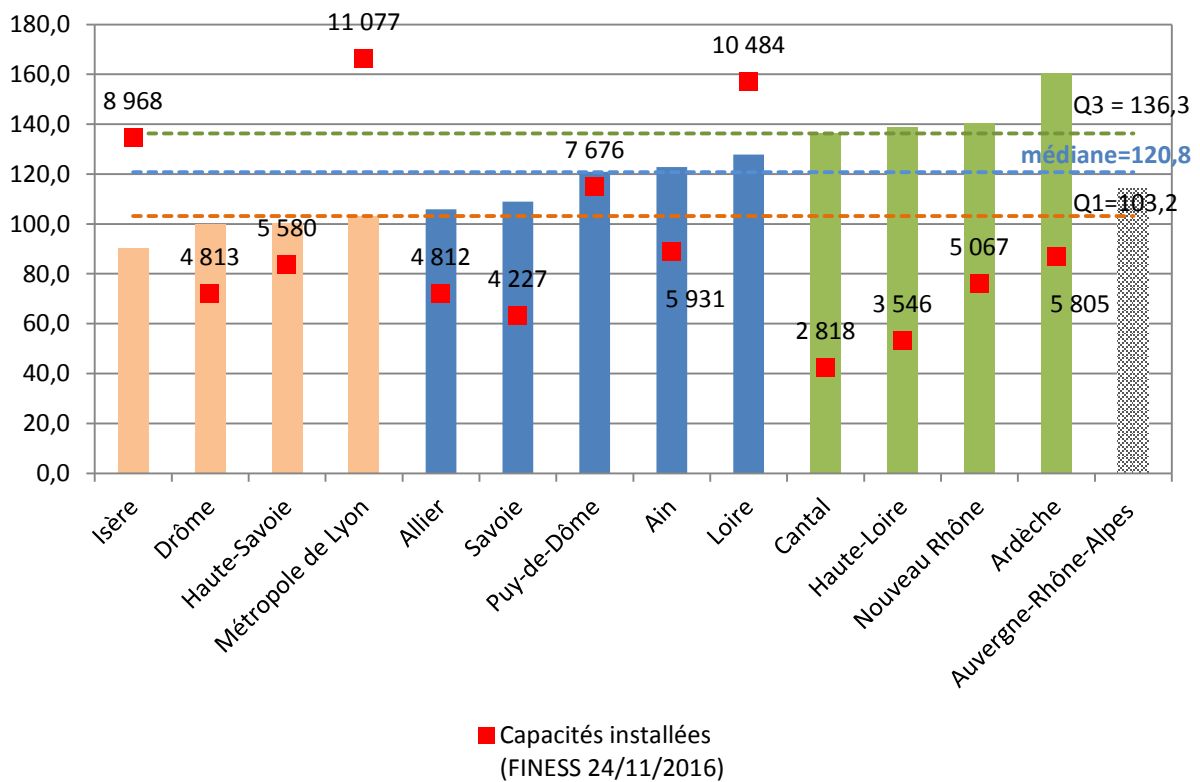
Pour ces départements, la recomposition de l'offre en faveur des services doit se faire par recomposition infra départementale.

Groupe 3 : départements « priorité 3 »

- Ardèche (07)
- Cantal (15)
- Haute-Loire (43)
- Rhône (69)

Pour ces départements, la recomposition de l'offre en faveur des services doit se faire par recomposition infra départementale tout en étudiant les opportunités de transferts de crédits vers des territoires de priorité 1.

Graphique n° 1 - Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 75 ans et +



Source : Etude PA 2030 / ARS

● LES MODALITÉS DE QUANTIFICATION DE L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'ACCUEIL TEMPORAIRE

L'accueil de jour

La circulaire du 16 décembre 2011 prévoit l'objectif de réaliser annuellement un nombre de journées effectives d'activité supérieur ou égal à 80 % du nombre de journées prévisionnelles. Ce dernier est le résultat de 260 fois le nombre de places autorisées. Ce taux d'activité ne peut être appliqué à l'activité itinérante des accueils de jour.

Activité minimale ciblée : 208 jours/an/place (260 x 80 %).

L'hébergement temporaire

Comme pour l'accueil de jour, chacune de ces réponses doit faire l'objet d'un projet spécifique. La durée de séjour doit s'adapter à l'objectif poursuivi.

Des durées de séjour trop longues peuvent compromettre la préservation de l'autonomie et le retour à domicile. Il est recommandé une durée de séjour ne dépassant pas quatre-vingt-dix jours, sur une période de douze mois consécutifs.

Durée maximale de séjour de 90 jours / 12 mois.

En cas de sous-activité des dispositifs d'accueil temporaire, des ressources pourront être redéployées vers des prestations de « répit » (des services de garde itinérante de nuit ou de week-end, des prestations de SSIAD/SPASAD à horaires décalés ou de nuit).

● LES CIBLES QUALITE ET EFFICIENCE

Parmi les leviers majeurs à mobiliser pour l'évolution de l'offre de l'accompagnement médico-social dans les 5 ans figurent :

La généralisation des CPOM alliant recomposition, performance et qualité des accompagnements (respect des règles de bonnes pratiques professionnelles (RBPP)/ analyse des pratiques/indicateurs qualités).

La qualité des interventions (plan d'amélioration continue de la qualité et conformité aux RBPP).

L'accompagnement de l'évolution des pratiques professionnelles et le renforcement qualitatif de l'offre existante.

C'est pourquoi les cibles qualité et efficacité élaborées dans le cadre de la construction du CPOM type régional sont affirmées dans le schéma régional de santé. Ces cibles choisies pour leur caractère emblématique et/ou stratégique sont assorties d'indicateurs couplés à une valeur initiale et une valeur cible à 5 ans.

Cette démarche est cohérente avec les RBPP de l'ANESM sur l'évaluation qui propose des indicateurs quantitatifs de résultats à suivre par les plans d'amélioration continue de la qualité.

L'objectif n'est cependant pas de produire un instrument de sanction en cas de cible non atteinte

mais bien de mesurer l'effort produit par les gestionnaires pour améliorer la qualité de leurs prestations en partant d'un niveau qu'ils déclareront eux-mêmes (valeurs initiales).

Les cibles qualité et efficacité sont tout à la fois une entrée d'analyse du fonctionnement et de la qualité des prestations de chaque ESMS mais aussi une entrée d'analyse collective par questionnaire et plus largement au niveau régional une analyse de l'ensemble du secteur.

Ainsi, pour l'amélioration de la qualité des prestations, les gestionnaires sont amenés à conjuguer la mise en œuvre d'une gouvernance et d'une organisation efficaces. Pour ce faire, la gestion de la ressource humaine et la qualité de vie au travail sont des enjeux de performance du fonctionnement des structures pour mieux répondre à la demande des usagers.

Les ressources humaines font l'objet de cibles qualité et efficacité identifiées en tant que leviers de l'amélioration des pratiques professionnelles favorisant la qualité des accompagnements et prises en charges.

La qualité des prestations

La qualité et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement

Objectif : garantir la sécurité et la continuité des prises en charge en développant la culture du risque et du signalement de l'évènement indésirable grave (EIG).

Indicateur 1 : taux ESMS ayant réalisé une auto évaluation du circuit du médicament et formalisé un plan d'actions d'amélioration permettant sa sécurisation.

Cible : > 80 % des ESMS au terme du SRS.

Indicateur 2 : taux ESMS ayant analysé au moins 80 % de leur EIG.

Cible : 80 % des ESMS au terme du SRS.

Objectif : évaluer l'approche individualisée des risques de perte d'autonomie par la qualité prise en charge des résidents.

Indicateur : Taux d'EHPAD de la région ayant fait bénéficier 100 % de leurs résidents d'une mesure de poids mensuelle.

Cible régionale : 100 % des EHPAD pour 100 % des résidents au terme du SRS.

Le bien-être et le respect de la dignité des résidents et la personnalisation de l'accompagnement

Objectif : S'assurer de la prise en compte des attentes et besoins des résidents

Indicateur : Taux ESMS ayant créé ou actualisé le projet personnalisé pour 100 % de leurs résidents ayant au moins 12 mois de durée de séjour.

Cible régionale : 100 % des ESMS au terme du SRS.

La continuité du parcours de soins

Objectif : Garantir une réponse coordonnée et de proximité aux besoins des résidents

Indicateur : taux EHPAD ayant un taux de décès à l'hôpital inférieur ou égal à 20 %.

Cible : 85 % des ESMS présentent un taux de décès en milieu hospitalier inférieur ou égal à 20 %.

La continuité du parcours de vie

Objectif : Favoriser l'inscription de l'EHPAD dans une dynamique territoriale

Indicateur : taux ESMS ayant une autorisation d'accueil temporaire, communicant son projet sur le SI Via trajectoire.

Cible régionale : 100 % des ESMS ayant un accueil temporaire communiquent sur le projet.

Les ressources humaines

La politique des ressources humaines

Objectif : Définir les orientations stratégiques « ressources humaines » dans le projet d'établissement

Indicateur : taux d'ESMS ayant rédigé le volet « ressources humaines ».

Le volet RH doit comprendre (appui sur l'outil barométrie RH) :

- La définition des orientations et des objectifs de la gestion des ressources humaines ;
- Un bilan de la situation RH (pyramide des âges, glissement vieillissement technicité (GVT), effectifs par catégorie professionnelle, GPEC) ;
- Le cadre de la régulation sociale (fonctionnement des IRP, instances) ;
- La démarche qualité de vie au travail et risques psycho-sociaux ;
- Le plan d'actions prioritaires ;
- Le projet organisationnel (système d'informations RH, modalités et procédures...).

Cible régionale : 100 % des ESMS ayant rédigé le volet RH au terme du SRS.

Objectif : Développer une démarche qualité de vie au travail et de prévention des risques psycho-sociaux

Indicateur : Le taux d'absentéisme au sein des ESMS.

Cible régionale : 100 % des ESMS dont le taux d'absentéisme est supérieur à 10 % élaborent un plan d'action l'année qui suit.

L'adaptation des pratiques professionnelles à l'évolution des publics accueillis

Objectif : adapter le plan de formation à l'évolution des publics accueillis et mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM) et les plans nationaux

Indicateur : taux d'ESMS ayant formé les professionnels exerçant auprès de l'utilisateur (filières soin et social) aux maladies neurodégénératives, aux soins palliatifs.

Cible régionale : 100 % des ESMS ont formé, à échéance de leur CPOM, les professionnels de proximité.

Déclinaison à 5 ans par département

01

● DÉPARTEMENT DE L'AIN

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre de la démarche des filières gérontologiques qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Par ailleurs, il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télé-médecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Répondre aux besoins spécifiques

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives, il est envisagé de travailler sur différents points pour améliorer le dispositif en place.

Le schéma confirme et programme l'installation de deux PASA sur la filière gérontologique « Pays du Haut Bugey » ; dont un par redéploiement de places d'AJ sur le secteur.

En fonction des enveloppes qui seront notifiées, il s'agira de :

Soutenir à domicile

Le schéma confirme et programme :

le redéploiement de 4 places d'accueil de jour non installées pour un renforcement du dispositif SSIAD existant (renforcement, extension...),

Enfin, il est attendu que les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Dans le département de l'Ain, le choix a été fait de confier le co-pilotage des deux filières du département aux deux MAIA Est et Ouest.

Il est attendu :

Que les établissements utilisent l'outil Via Trajectoire dès qu'il sera mis en place dans le département.

Que les établissements s'inscrivent de façon opérationnelle dans la gouvernance des territoires de parcours et de coopération notamment dans le cadre de la démarche filière gérontologique.

De renforcer les coopérations entre le secteur psychiatrique et les EHPAD pour améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques (intervention du secteur psychiatrique, gestion de crises).

Conforter le fonctionnement des établissements qui envisagent la création de PASA. Certains projets immobiliers ont intégré des espaces pour développer cette activité.

Développer des compétences des personnels dans les établissements et services en s'appuyant sur les équipes mobiles de psychogériatrie (cf. annexe territoriale PH).

Actuellement, le territoire de Hauteville Lompnes n'est couvert par aucune ESAD. Ce territoire apparaît donc comme prioritaire sous réserve de crédits qui pourront être affectés au département.

l'installation de 2 places d'Hébergement Temporaire sur la filière gérontologique de Saint-Julien/Pays de Gex et Bellegarde en 2019,

l'installation d'une Plateforme d'accompagnement et de répit sur le département.

La consolidation de l'offre de soutien à domicile appelle dans le département à :

Concernant les accueils de jour, les orientations visent à :

- équiper le plateau d'Hauteville-Lompnes,
- suivre l'activité des accueils de jour du territoire et reconfigurer l'offre en fonction des résultats obtenus.

Concernant les hébergements temporaires, les orientations visent à :

- suivre l'activité des places d'hébergement temporaire,
- reconfigurer l'offre en fonction des résultats observés afin d'aller vers des places d'HT qui répondent aux fonctions identifiées (réponse besoin urgent, répit, accueil en préadmission).

Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques dans les territoires

Le schéma confirme et programme l'installation de 13 places d'hébergement permanent ; à destination prioritairement de personnes handicapées vieillissantes ; sur le secteur de la filière gérontologique de Saint-Julien/Pays de Gex et Bellegarde en 2019.

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité, conduiront à travailler en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, sur des scénarios de recomposition de l'offre (regroupements, mutualisation, etc.) sur le territoire de coopération.

Il s'agira pour le département de l'Ain de :

Soutenir les établissements de faible capacité, sur des territoires infra-départementaux prioritaires, pour les renforcer en places (sous réserve de crédits qui pourraient être mobilisés pour le département) dès lors

que ces établissements constitueraient le support d'une offre en soins pour l'ensemble de la population. Poursuivre et analyser la mise en place de nouvelles directions partagées d'établissements : sérier les situations prioritaires.

Transférer des capacités d'hébergement permanent sous occupées à enjeux d'investissement à court terme au profit d'EHPAD ou de groupes d'EHPAD engagés dans une démarche de modernisation sur des territoires infra-départementaux prioritaires. La zone de Saint-Maurice-de-Beynost est particulièrement concernée par cette problématique.

Soutenir une offre en direction des personnes handicapées vieillissantes en grande précarité à partir d'opérations de fongibilité ou dans le cadre d'un partenariat actif entre le Centre Psychothérapeutique de l'Ain et un ou plusieurs EHPAD.

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Les établissements et services ont la volonté de s'impliquer dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Répondre aux besoins spécifiques

Le schéma confirme et programme la création d'une Unité d'hébergement renforcé (UHR) ainsi qu'une Plateforme d'accompagnement et de répit. Elles devraient ouvrir en 2018.

Afin d'améliorer le dispositif permettant de répondre aux besoins relevés, et sous condition des mesures qui pourraient être affectées au département de l'Allier, ou en redéploiement de crédits en infra départemental, il convient de prioriser :

Le développement des PASA sur les établissements avec une attention particulière pour les grosses structures qui peuvent proposer plusieurs PASA (prise en compte de la file active).

Le renforcement des ESAD existantes qui couvrent l'ensemble du territoire.

La poursuite du soutien à la création des unités spécialisées dans les EHPAD.

La poursuite de labellisation en UHR selon les contraintes budgétaires.

Dans l'Allier, il s'agit de poursuivre plusieurs objectifs :

La structuration de l'offre autour des 3 territoires identifiés paraît pertinente, chacun des 3 possédant des équipements assez homogènes notamment en capacité d'hospitalisation.

La généralisation de l'outil Via trajectoire et le développement des actes de télémédecine.

Les établissements et services doivent s'inscrire dans la gouvernance des territoires de parcours, avec notamment la participation aux tables tactiques de la MAIA qui sont territorialisées.

Afin de faire face aux besoins exprimés par les établissements et services, des partenariats seront recherchés avec les équipes de psycho-gériatrie, gériatrie, psychiatrie et les réseaux de santé.

Contribuer aux actions à destination des personnes âgées dans le cadre des Contrats Locaux de Santé (MSP, télémédecine, prévention, relations ville-hôpital, développement des services ambulatoires, développement des équipes mobiles et fluidification de l'accueil aux urgences,...).

S'appuyer sur la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie pour proposer un accès plus aisé et varié en particulier sur les territoires les plus isolés à des actions de préventions (atelier mémoires, équilibre, gymnastique douce, nutrition, iatrogénie...).

Une réflexion à mener sur la pertinence d'une offre adaptée à l'accompagnement des personnes atteintes de troubles parkinsoniens et ses modalités organisationnelles.

Les structures du champ « personnes âgées » devront s'appuyer sur les ressources du champ « personnes handicapées » pour développer une offre adaptée à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

Concernant les UHR et Unités spécialisées : il appartient aux gestionnaires de rédiger des contrats spécifiques pour renforcer la qualité de la prise en charge au sein de ces unités et s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM sur ce sujet avec, en particulier, les éléments permettant de ne pas maintenir en unité fermée les personnes ayant perdu leur mobilité et dont la vulnérabilité est devenue incompatible avec le fonctionnement de l'unité spécialisée.

Soutenir à domicile

La consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle, dans le département, à :

La création de 4 places d'HT qui sont confirmées et programmées dans le cadre du présent schéma.

L'évaluation de l'apport de l'accompagnement en soins par un forfait (résidence autonomie) ou par un SSIAD.

La poursuite du processus de recomposition de l'offre d'accueil de jour, en développant une approche territorialisée notamment grâce à des accueils de jour itinérants.

Reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires

Plusieurs processus de reconfiguration sont à soutenir sur le département :

L'ouverture de 18 places d'HP en cours sur le territoire de Moulins (zone de Dompierre sur Besbre Nord-Est du département).

Le transfert de 45 lits d'EHPAD du Centre Hospitalier de Vichy vers le secteur associatif sur la ville de Vichy. Le Centre Hospitalier ne gèrera plus à terme que des lits d'USLD.

La restructuration des services EHPAD et USLD des centres hospitaliers de Montluçon et Nérès les Bains en référence à l'étude en cours sur la réorganisation de l'offre Personnes Agées de ces établissements.

La reconstruction/rénovation de l'offre USLD du centre hospitalier de Vichy suite à la reprise et la délocalisation des lits d'EHPAD par l'AGEPAPH.

La reconfiguration de l'offre en faveur du territoire de parcours de Montluçon au regard du faible taux d'équipement.

Le soutien des projets de coopération entre les établissements pour résoudre des difficultés identifiées (vacance de poste de directeur, optimisation des ressources, réorganisation de l'offre sur le territoire). Seraient concernés les établissements du Nord-Ouest (Hérisson, Cérilly, Lurcy-Lévis et Cosne d'Allier) et du Sud-Est du département (Lapalisse, Saint-Gérand le Puy, Le Donjon).

Dans le cadre de partenariats d'une part sur Vichy et d'autre part sur Montluçon, identifier des capacités dédiées aux personnes handicapées vieillissantes en EHPAD avec le soutien des équipes spécialisées de l'ABSIM et de SAGESS.

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre de la démarche des filières gérontologiques qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télé-médecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Répondre aux besoins spécifiques

Le schéma confirme et programme l'ouverture d'un PASA sur le département.

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de Maladies neurodégénératives, il est envisagé de travailler sur différents points pour améliorer le dispositif en place.

En fonction des enveloppes qui seront notifiées :

Poursuivre le développement des PASA :

- en priorité dans les EHPAD ne disposant pas d'offre spécifique Alzheimer,
- en priorité pour les établissements de 80 lits minimum y compris par mutualisation entre plusieurs établissements.

Dans l'Ardèche, il est notamment attendu :

Que les établissements utilisent systématiquement l'outil Via Trajectoire à l'horizon 2020 dans toutes ses composantes.

Que les établissements s'inscrivent dans la gouvernance des territoires de parcours notamment dans le cadre de la démarche filière gérontologique.

D'inciter à développer les coopérations entre le secteur psychiatrique et les EHPAD pour améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques (formation des professionnels, intervention du secteur psychiatrique, gestion des crises...).

Les démarches de mutualisation entre établissements PA et/ou PH (télé-médecine, IDE nuit,...) devront être soutenues selon des critères territoriaux à définir (zones rurales, difficultés d'accessibilité géographique et/ou zones fragiles de démographie médicale) en s'appuyant le cas échéant sur les filières gérontologiques qui seront à conforter dans leur fonctionnement sur leur territoire d'intervention actuelle.

Il est à noter que ces logiques de coopération doivent être organisées dans une logique interdépartementale entre le département de la Drôme et celui de l'Ardèche.

Améliorer le fonctionnement des UHR existantes pour répondre aux besoins du territoire notamment en accueillant des personnes âgées d'autres structures.

Former les professionnels des établissements et services à l'éducation à la santé, et à l'accompagnement des personnes âgées atteintes de Parkinson (formation en lien avec le centre expert Parkinson).

Inciter à la création d'unité spécifique Alzheimer dans les établissements en rénovation / reconstruction avec ou sans extension de capacité.

Favoriser le développement de l'offre à destination des personnes handicapées vieillissantes en lien avec les acteurs du secteur du handicap.

Soutenir à domicile

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

Installation de 4 places d'hébergement temporaire.
Création d'une Plateforme d'accompagnement et de répit (PFAR).

Création, par redéploiement de places au sein du département de 14 places d'accueil de jour itinérant.

Concernant l'accueil de jour :

Il s'agira de proposer un appel à candidatures pour la création d'un accueil de jour itinérant, par redéploiement de places, sur les zones blanches ou sous-équipées par rapport à la moyenne régionale (moitié nord du département, à l'exception des bassinsannonéen et privadois et du couloir rhodanien).

Concernant l'hébergement temporaire :

Développer l'offre d'hébergement temporaire par conversion de lits d'hébergement permanent.

Dédier une mission de diagnostic des besoins et définition des perspectives d'évolution du dispositif.

Accompagner la révision des projets de service des établissements proposant de l'hébergement tempo-

raire (capacité, localisation, projet de service) au regard des résultats de la mission de diagnostic, en prenant en compte la notion d'hébergement temporaire d'urgence pour éviter notamment les hospitalisations médicalement injustifiées.

A noter que l'URIOPSS va être missionnée en 2018 pour conduire une étude régionale sur les hébergements temporaires. Ce travail pourra venir éclairer des travaux départementaux.

Concernant les Services de soins infirmiers à domicile - SSIAD :

Renforcer l'offre de SSIAD sur les territoires de coopération sous-équipés par redéploiement de lits d'HP.

Développer et pérenniser les SPASAD ou inciter à minima les SSIAD à collaborer avec les SAAD sur les prises en charge communes.

Repositionner les SSIAD sur le territoire pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile nécessitant des soins complexes et une coordination des acteurs.

Reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires

Le schéma confirme et programme l'installation de 3 places d'HP par redéploiement.

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité, conduiront à travailler en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, sur des scénarios de recomposition de l'offre (regroupements, mutualisation, etc.) sur le territoire de coopération.

Il s'agira pour le département de l'Ardèche de :

Privilégier pour les EHPAD de faible capacité les projets de regroupement avec recomposition de l'offre.

Recomposer l'offre d'hébergement permanent en infra territoire de coopération, en particulier à l'aune d'opérations d'investissement.

Identifier des capacités susceptibles d'accueillir des troubles géronto-psychiatriques en formant les personnels et en organisant un étayage conjoint gériatrique et psychiatrique à partir de l'offre hospitalière, assuré par télé-médecine.

15 ● DÉPARTEMENT DU CANTAL

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télé-médecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Répondre aux besoins spécifiques

Afin d'améliorer le dispositif permettant de répondre aux besoins relevés, il convient de prioriser :

La pérennisation du financement des activités PASA qui ont pu être financés par les crédits complémentaires 2017.

Le financement des projets d'infirmiers de nuit qui sont d'autant plus intéressants pour répondre aux attentes des établissements qui peuvent être très isolés d'un point de vue géographique dans le département.

L'amélioration du maillage en unité d'hébergement renforcé et en priorité sur le bassin de santé intermédiaire de Saint Flour.

L'amélioration du maillage des Pôles d'Activité et de Soins Adaptés.

Comme mentionné dans la partie transversale de l'annexe médico-sociale du schéma, les établissements doivent développer des projets d'établissement comportant un volet spécifique à l'accueil de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés. Au regard de l'offre actuellement développée dans le départe-

Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Dans le département du Cantal, il s'agira entre autre :

Pour les établissements, d'utiliser systématiquement l'outil Via trajectoire.

Pour les établissements et services de participer aux travaux menés par les coordonnateurs territoriaux des contrats locaux de santé.

Pour les établissements, de participer aux actions de recomposition de l'offre afin de répondre à des besoins spécifiques en cohérence avec les orientations des autorités.

Cet enjeu de recomposition de l'offre en faveur des PA, de diversification et de développement de prestations nouvelles ne pourra aboutir que par redéploiement des moyens existants sur le département du Cantal et notamment des dispositifs d'hébergement permanent.

tement, cette exigence est particulièrement à poursuivre sur le BSI de Saint Flour.

Concernant la prise en charge des personnes atteintes de Sclérose en Plaque, des personnes cérébrolésées et des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, il convient de noter la présence sur le territoire de deux FAM qui disposent d'une spécialisation pour l'accueil de personnes atteintes de Sclérose en Plaque et de personnes cérébrolésées, ainsi que d'une USLD disposant d'un service dédié à la prise en charge de Parkinsoniens.

Les autres établissements du département doivent considérer ces établissements comme des « centres ressources ». Le partenariat avec ces structures doit être recherché lorsque d'autres établissements ou services sont amenés à développer des projets de service sur ces spécialisations.

Dans le cadre de la filière personnes âgées du département et afin de faciliter les parcours, des coopérations doivent être envisagées avec les services sanitaires et tout particulièrement USLD et SRR.

Soutenir à domicile

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

L'installation de 3 places d'hébergement temporaire (HT) par redéploiement de places d'hébergement permanent (HP).

L'installation d'une Plateforme d'accompagnement et de répit sur le département.

La consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle, dans le département, à :

La création d'une offre d'accueil de jour sur le BSI de Saint Flour qui en est actuellement dépourvu. La possibilité d'envisager un accueil de jour dont une partie de l'activité pourrait être itinérante devra être étudiée. Il s'agira d'aller au-devant de populations qui seraient confrontées à de trop longs déplacements.

Le renforcement de l'offre d'accueil de jour sur le BSI de Mauriac : une prestation avec une partie itinérante permettrait également d'assurer une meilleure couverture du territoire.

Une adaptation de l'offre d'accueil de jour sur le BSI d'Aurillac afin d'améliorer l'adéquation avec les besoins relevés sur le territoire.

L'étude des opportunités qui pourront se présenter pour transformer des places d'hébergement permanent en hébergement temporaire. La situation du nord du BSI de Saint Flour devra être étudiée en particulier.

Le département ne dispose que d'une autorisation de plateforme d'accompagnement et de répit. Afin d'améliorer la couverture territoriales, il conviendrait, si de nouvelles mesures étaient décidées pour le Cantal, ou par redéploiement sur le département, de lancer un nouvel appel à candidature pour sélectionner et installer un nouveau dispositif.

L'offre de SSIAD doit quant à elle être réétudiée notamment sur le BSI d'Aurillac afin de mieux articuler les prestations SSIAD et ESA. Les travaux qui seront conduits par l'étude régionale pourront venir éclairer les choix à opérer sur ce territoire.

Le « dispositif » SSIAD pourra par ailleurs être amélioré en envisageant une évolution des modalités d'organisation comme par exemple des services à horaires décalés. Cette nouvelle offre devra être envisagée par recomposition de l'offre en direction des personnes âgées sur le département.

Reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité, conduiront à travailler en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, sur des scénarios de recomposition de l'offre (regroupements, mutualisation...).

Le département est caractérisé par une proportion de petits établissements plutôt importante. Il est relevé 6 établissements de moins de 50 places. Cette offre peut être justifiée par la faible densité démographique des territoires de parcours des personnes âgées. Afin de soutenir cette offre de proximité, les gestionnaires d'établissements ou de services doi-

vent envisager la mise en œuvre de coopération entre structures.

L'ensemble des parties prenantes devraient être amenées à travailler en concertation afin d'élaborer des scénarios de recompositions (coopération, mutualisation, regroupement, transformation de l'offre) pour faire face aux nouveaux enjeux locaux et ce en particulier à l'aune de projets d'investissement.

Une étude approfondie devra être conduite sur le BSI de Saint-Flour afin de répondre aux problématiques du territoire (établissements isolés, problématique PA/PH, difficultés de recrutement sur le territoire).

26 ● DÉPARTEMENT DE LA DRÔME

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours et de coopération qui pourraient être mis en place en cohérence avec les filières gérontologiques, qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Répondre aux besoins spécifiques

Le schéma confirme et programme l'installation de deux nouveaux PASA.

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de Maladies neurodégénératives, il est envisagé de travailler sur différents axes pour améliorer le dispositif en place.

En fonction des enveloppes qui seront notifiées, les orientations visent à :

Poursuivre le développement des PASA :

- en priorité dans les EHPAD ne disposant pas d'offre spécifique Alzheimer ;
- en priorité pour les établissements de 80 lits minimum y compris par mutualisation entre plusieurs établissements.

Evaluer l'offre actuelle proposée par les ESAD et redéfinir le cas échéant le territoire d'intervention et les capacités autorisées en fonction des résultats de l'étude.

Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Dans la Drôme, il est notamment attendu :

Que les établissements utilisent l'outil Via Trajectoire à l'horizon 2020 dans toutes ses composantes.

Des coopérations entre le secteur psychiatrique, le secteur gériatrique et les EHPAD pour améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles cognitivo-psychiatriques (formation des professionnels, intervention du secteur psychiatrique, gestion des crises...).

Des partenariats entre les ESMS pour personnes âgées et les ESMS en faveur des personnes handicapées adultes dans le cadre d'un territoire de parcours cohérent.

Il est à noter que ces logiques de coopération doivent être organisées dans une logique interdépartementale entre le département de la Drôme et celui de l'Ardèche.

Créer une plateforme d'accompagnement et de répit (PFR) sur le territoire de parcours et de coopération (TEPCO) Montilien.

Améliorer le fonctionnement des UHR existantes pour répondre aux besoins du territoire notamment en accueillant des personnes âgées d'autres structures.

Former les professionnels des établissements et services à l'éducation à la santé, et à l'accompagnement des personnes âgées atteintes de Parkinson (formation en lien avec le centre expert Parkinson).

Inciter à la création d'unité spécifique Alzheimer dans les établissements en rénovation / reconstruction avec ou sans extension de capacité.

Des travaux en articulation étroite le Conseil départemental de la Drôme sont également à conduire dans l'objectif de favoriser le développement de l'offre à destination des personnes handicapées vieillissantes en lien avec les acteurs du secteur du handicap.

Soutenir à domicile

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

L'installation de 5 places d'hébergement temporaire sur le département.

L'installation de 11 places d'accueil de Jour ;

L'ouverture de 10 places d'ESA sur le département pour renforcer la filière gérontologique Nord Drôme et couvrir la zone blanche de la filière gérontologique du bassin de Valence (Tain-Tournon).

La consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle, dans le département, à :

Concernant les accueils de jour

Etudier l'activité des 24 places d'accueil de jour ne répondant pas aux normes capacitaires et recomposer l'offre d'accueil de jour y compris par retrait des autorisations non conformes (normes capacitaires et activités minimales).

Proposer un appel à candidatures d'accueil de jour itinérant par redéploiement des places d'accueil de jour reprises, sur les zones blanches ou sous-équipées par rapport à la moyenne régionale.

Concernant l'hébergement temporaire

Conduire une mission de diagnostic des besoins et de définition des perspectives d'évolution du dispositif.

Décliner le référentiel régional et accompagner la révision des projets de service des établissements

proposant de l'hébergement temporaire (capacité, localisation, projet de service) au regard des résultats de la mission de diagnostic, en prenant en compte la notion d'hébergement temporaire d'urgence pour éviter les hospitalisations injustifiées.

Concernant les services de soins infirmiers à domicile, il s'agira dans le département de décliner et participer à l'étude régionale des SSIAD et à l'expérimentation SPASAD :

Inciter les SSIAD à collaborer avec les SAAD sur les prises en charge communes parallèlement à l'expérimentation SPASAD.

Explorer la perspective de repositionner les SSIAD sur le territoire pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile nécessitant des soins complexes et une coordination des acteurs.

Créer ou renforcer les places de SSIAD par transformation des forfaits soins des résidences autonomie et des EHPA, sur les territoires déficitaires en lits d'hébergement permanent.

Identifier les territoires prioritaires dans lesquels des EHPAD sont accompagnés comme « centre ressources et d'expertise ».

Engager les EHPAD et les SPASAD comme acteur de la prévention de la perte d'autonomie en réponse aux enjeux de la Conférence des financeurs.

Reconfigurer et diversifier les ressources gérontologiques dans les territoires

Le département de la Drôme est identifié comme prioritaire eu égard à son taux d'équipement actuel. Aussi dans l'hypothèse où la création de places d'hébergement permanent pourrait être programmée suite à l'ouverture de crédits, les priorités suivantes seront poursuivies :

Améliorer l'offre sur les territoires infra départementaux les moins équipés.

Privilégier les extensions de capacité des EHPAD de plus de 40 places.

Les travaux de reconfiguration de l'offre vont permettre l'ouverture de 60 places d'hébergement permanent par regroupement et médicalisation des lits de trois Petites Unités de Vie (Chabeuil, Portes-Lès-Valence et Valence).

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité, peuvent conduire à travailler en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, sur des scénarios de recomposition de l'offre (regroupements, mutualisation...).

Ainsi, pour le département il s'agit de :

Recomposer l'offre par redéploiement de places d'hébergement permanent au sein des territoires de parcours et de coopération dans le cadre des projets de reconstruction d'établissements.

Inciter à la mutualisation entre établissements sur des fonctions logistiques et de gestion des ressources humaines : directions communes, temps de médecin coordonnateur mutualisé.....

43 ● DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-LOIRE

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre

Répondre aux besoins spécifiques

Afin d'améliorer le dispositif permettant de répondre aux besoins relevés en matière de maladies neurodégénératives, et sous condition des mesures qui pourraient être affectées au département de la Haute-Loire, il convient :

De prioriser le développement de PASA inter-établissements en lien avec les territoires de coopération en cours de développement.

De réviser la couverture territoriale des ESAD qui n'est pas optimale à ce jour (1 ESAD par BSI soit des temps de trajet entre patients qui peuvent dépasser 30 minutes sans prise en compte dans l'allocation de ressources de ces ESAD).

Cependant, le développement des ESAD, comme de tous les services à domicile, est lié au développement en parallèle des solutions d'aval notamment l'AJ et l'HT. En effet, il est attendu des établissements d'hébergement, et des structures gérant les SSIAD, Accueil de jour ou hébergement temporaire une réflexion commune et transversale. Les objectifs recherchés étant la coopération et le rapprochement.

A ce jour il n'existe qu'une seule Plateforme d'Accompagnement et de Répit (PFAR) qui ne peut couvrir la totalité du territoire. Dans le cas où de nouvelles mesures seraient attribuées, la mise en place

établissements PA et/ou PH (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Dans le département de la Haute-Loire, il est attendu des établissements :

qu'ils s'inscrivent dans la démarche d'intégration portée par MAIA,

qu'ils utilisent systématiquement l'outil « Via Trajectoire ».

d'une PFAR couvrant les BSI de Brioude et d'Yssingeaux permettrait de mailler d'avantage le territoire.

Dans le cadre du PMND, afin de compléter l'offre en direction de certains publics spécifiques, et notamment les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, l'objectif consistera à travailler avec certains établissements pour développer des compétences d'accompagnement par formation des équipes en place.

Par ailleurs, en lien avec les dispositions du présent schéma concernant les personnes en situation de handicap et dans l'objectif de libérer des places en foyer de vie, FAM et MAS, à titre expérimental et en lien avec le département, il sera développé une offre spécifique pour les personnes handicapées vieillissantes, à compter de 55 ans dans des EHPAD volontaires ou déjà engagés dans ce sens :

Il s'agit ici de personnes en situation de handicap dont le besoin de soin est compatible avec l'offre de soin type EHPAD.

Cette réflexion abordera aussi les personnes en situation de handicap de plus de 60 ans : dès lors qu'ils sont parvenus à un niveau de dépendance de GIR 1.

Soutenir à domicile

Le schéma confirme l'ouverture de 6 places d'hébergement temporaire en 2019 sur le département.

La consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle, dans le département, à :

Transformer des places d'hospitalisation partielle en offre de répit accueil de jour ou hébergement temporaire couplée avec des prises en charge à domicile.

Réétudier l'offre de SSIAD notamment sur le BSI du Puy-en-Velay. En effet, sur ce bassin, le développe-

ment de places de SSIAD PA et PH est souhaitable car outre le taux d'équipement, la question des déplacements trop importants rend le développement des services difficilement viables en zone rurale.

Développer les projets de services en référence aux recommandations des cahiers des charges hospitalisation temporaire et accueil de jour.

Améliorer la communication sur l'offre de service disponible sur le territoire auprès des usagers, familles et prescripteurs.

Reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires

Le schéma confirme et programme l'ouverture de 78 places d'Hébergement Permanent sur 2018 et 2019 sur le BSI du Puy-En-Velay.

Une logique territoriale de démarches coordonnées qualité et efficacité

Des travaux ont été engagés en Haute-Loire, et avec le conseil départemental, pour développer une logique de territoire de coopération. Il s'agit, compte tenu des enjeux de chaque territoire, de mener l'élaboration d'un diagnostic partagé par territoire de parcours et de coopération aux fins de définition d'un plan d'actions Qualité et Efficacité.

Une des problématiques à résoudre est la difficulté à pourvoir de postes de direction dans les établissements publics. Afin d'y pallier, il sera proposé aux conseils d'administration de s'engager dans des directions communes confiées à des centres hospitaliers de proximité.

Cela devrait également permettre de :

– *Sécuriser la gouvernance des EHPAD en organisant une équipe de direction multi établissements tout en créant sur chaque site des postes d'adjoint pour assurer le management de proximité.*

– *Faciliter le recrutement de ressources rares ou spécifiques.*

– *Rechercher des économies d'échelle dans les achats, les mutualisations.*

Sur le secteur privé, les rapprochements inter établissements de nature à améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge seront favorisés.

Pour les deux secteurs publics ou privé associatif, la démarche porte sur l'ensemble des points du fonc-

tionnement des établissements et des enjeux stratégiques qui seront ensuite contractés dans les CPOM :

Développer une gestion prévisionnelle des emplois et compétences de territoire afin de sécuriser les recrutements.

Mettre en place une logique de parcours impliquant un rapprochement des établissements et des services intervenant à domicile (SPASAD, SSIAD, SAAD) en lien avec la MAIA. Il s'agit de fluidifier les parcours, mieux coordonner les interventions et optimiser les prises en charge (entre les modes d'accueil de répit AJ et HT et la prise en charge SPASAD, SSIAD ou SAAD, rechercher des solutions d'aval à l'intervention des ESAD, accélérer le délai d'admission en AJ pour favoriser la précocité de la réponse et développer l'aide aux aidants).

Développer, la notion de médecin coordonnateur (MEDEC) de territoire ; inter-EHPAD ; chargé de coordonner les parcours du domicile à l'hôpital donc pouvant déjà intervenir avec les SSIAD et SPASAD. L'objectif est de parvenir à créer des temps pleins de MEDEC qui seront en charge de construire des projets de soins cohérents sur le territoire et ses différentes composantes médico-sociales et sanitaires.

Mettre en œuvre une véritable culture de la coopération par territoire :

– *par la mise en réseau des cadres de santé et IDEC, vertueuse en termes d'efficacité,*

– *par le développement de formations-action à développer en inter établissements notamment pour la mise en œuvre des protocoles,*

– *par la recherche d'optimisation dans les fonctions achat, logistique et sécurité.*

Une recomposition de l'offre

Il est observé un fort déséquilibre d'équipement entre l'Est et l'Ouest du département. Les actions de recomposition de l'offre devront prendre garde à

limiter les écarts entre les différents territoires de parcours.

Capacités dédiées de gérontopsychiatrie

Il est programmé la construction sur le Puy en Velay d'un EHPAD gérontopsychiatrique à vocation départementale, porté par le centre hospitalier Sainte-Marie.

Afin de mieux répondre aux besoins, cet établissement conduit une réflexion sur l'évolution de son projet médical afin de développer une alternative forte à l'hospitalisation complète qui passera par un renforcement significatif des moyens dédiés aux équipes mobiles gérontopsychiatriques.

74

● DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-SAVOIE

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées.

Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre de la démarche des filières gérontologiques qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Répondre aux besoins spécifiques

Le schéma confirme et programme l'ouverture d'une Unité d'hébergement renforcé de 12 places en 2018.

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives, il est envisagé de travailler sur différents points pour améliorer le dispositif en place :

Mettre en place la nouvelle ESA consécutive à la déclinaison régionale du PMND.

Renforcer, en fonction des crédits qui pourront être mobilisés pour le département, les ESA déjà installées afin d'améliorer la couverture territoriale.

Soutenir à domicile

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

Ouverture de six places d'Accueil de Jour supplémentaires par rapport aux autorisations.

Ouverture de 10 places d'ESA.

Installation d'une plate-forme d'accompagnement et de répit.

La consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle, dans le département, à :

Renforcer le dispositif SSIAD de façon à faire face à l'évolution des besoins de la population qui reste de plus en plus longtemps à domicile. Ainsi, le développement des compétences par la formation doit être recherché. A noter, la situation particulière de la dé-

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télé médecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Sur la Haute-Savoie, il est notamment attendu un soutien de la dynamique des filières gérontologiques. Il sera intéressant de revoir l'animation des filières afin d'en faire évoluer le pilotage en explorant par exemple la possibilité d'associer le pilote MAIA à l'animation de la filière gérontologique.

Soutenir des projets de service pour l'accueil de jour spécifique aux personnes atteintes de maladie de Parkinson.

Dans le cas où des financements pourraient être identifiés, il conviendrait de développer l'offre de places de psycho-gériatrie en EHPAD et d'accompagner les personnels des EHPAD à la prise en charge de ces personnes.

L'identification d'une capacité dédiée aux personnes souffrant de la maladie de Parkinson sera instruite.

mographie des IDE libérales eu égard au contexte transfrontalier.

Envisager de dédier des places d'hébergement temporaire pour des situations de crise, notamment dans le Chablais.

Dans le cas où des services de soutien à domicile fonctionneraient insuffisamment (AJ ou HT), envisager le développement d'accueil de nuit par reconfiguration de l'offre.

Installer une nouvelle plateforme d'accompagnement et de répit.

Mettre en places des solutions d'accueil de jour « hors les murs ».

Reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires

Le schéma confirme et programme l'ouverture de 62 places d'Hébergement Permanent en 2018.

Le département de Haute-Savoie est identifié comme prioritaire eu égard à son taux d'équipement actuel. Aussi dans l'hypothèse où la création de places d'hébergement permanent pourrait être programmée suite à l'ouverture de crédits, les priorités suivantes seront poursuivies :

Améliorer l'offre sur les territoires infra départementaux les moins équipés.

Privilégier les extensions de capacité des EHPAD de plus de 40 places.

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité, peuvent conduire à travailler en concertation avec l'ensemble des parties prenantes et en particulier du Conseil départemental, sur des scénarios de recomposition de l'offre (coopération, regroupements, mutualisation, direction commune...).

38

● DÉPARTEMENT DE L'ISÈRE

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre de la démarche des filières gérontologiques qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimi-

sation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Dans le département, il est également attendu :

que les établissements utilisent l'outil Via Trajectoire à l'horizon 2020 dans toutes ses composantes, que les établissements s'inscrivent dans la gouvernance des territoires de parcours notamment dans le cadre de la démarche filière gérontologique.

Répondre aux besoins spécifiques

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

La finalisation de l'installation de 54 places de PASA sur le département (4 services) en 2018 et 2019.

L'installation d'une unité d'hébergement renforcé (UHR) de 12 places en 2018.

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de Maladies neurodégénératives, il est envisagé de travailler sur différents axes pour améliorer le dispositif en place.

Ainsi, en fonction des enveloppes qui seront notifiées :

Concernant les PASA

Envisager la création de nouveaux PASA, notamment sur l'agglomération de Grenoble ;

Intégrer le projet de création de PASA dans les projets de nouveaux établissements ou EHPAD en réhabilitation.

Soutenir à domicile

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

L'installation de 56 places d'hébergement temporaire réparties sur le département d'ici à 2020.

L'installation de 22 places d'accueil de jour en 2019.

L'ouverture de 4 places de SSIAD en 2018.

L'installation d'un ESA de 10 places en 2018.

Concernant la création d'unités spécialisées dans les EHPAD

Dans le cadre des nouvelles constructions d'établissements ou des réhabilitations, il pourra être demandé aux établissements de répondre aux besoins des usagers qui rentrent de plus en plus dépendants en institution, et ainsi de dédier des espaces dédiés à leur accueil.

Concernant la prise en charge des personnes atteintes de la maladie de Parkinson

Des établissements pourront dédier une partie de leur projet d'établissement à l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Par ailleurs, la consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle, dans le département, à :

Soutenir la diversification de l'offre de service, la couverture des zones blanches, la transformation forfaits soins en place de SSIAD.

Pour l'accueil de jour : poursuivre la reconfiguration du dispositif, et redéployer les places de façon à

mettre en œuvre un accueil de jour sur la filière de Grenoble (Chartreuse, Vercors, Grésivaudan, Matheysine).

– Suivre et évaluer les expérimentations de lits d'urgence et s'en servir pour reconfigurer le dispositif en place.

– Suivre et évaluer les projets d'unité HT d'urgence / HT pour PA avec troubles du comportement pouvant relever d'UPG avec projet de retour à domicile.

Pour l'hébergement temporaire :

Reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

Ouverture de 103 places d'hébergement permanent en 2018.

Ouverture de 113 places d'hébergement permanent en 2019.

Le département de l'Isère est identifié comme prioritaire eu égard à son taux d'équipement actuel.

Aussi, dans l'hypothèse où la création de places d'hébergement permanent pourrait être programmée, les priorités suivantes seront poursuivies :

Améliorer l'offre sur les territoires infra départementaux les moins équipés.

Privilégier les extensions de capacité des EHPAD de plus de 40 places (en lien avec la stratégie engagée en lien avec le conseil départemental).

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité, conduiront à travailler en concertation avec l'ensemble des

parties prenantes, sur des scénarios de recomposition de l'offre (regroupements, mutualisation...).

Il est à noter que la réhabilitation-humanisation des établissements existants, notamment publics, est un axe important de travail dans le département conjointement avec le conseil départemental.

D'une part pour améliorer les conditions de prise en charge des résidents et de travail des salariés, d'autre part pour pallier aux problématiques de sécurité incendie.

Cet axe est soutenu dans le cadre du PAI.

Le département de l'Isère dispose de plusieurs initiatives pour l'accompagnement de personnes handicapées vieillissantes. Un travail d'observation des résultats obtenus et des conditions pour y parvenir pourra être conduit, en lien avec les autres organisations mises en place en région, afin de relever les forces et faiblesses de ces établissements.

42 ● DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre de la démarche des filières gérontologiques qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...)

Répondre aux besoins spécifiques

Le schéma confirme et programme l'installation d'un PASA en 2018.

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de Maladies neurodégénératives, il est envisagé de travailler sur différents points pour améliorer le dispositif en place.

Soutenir à domicile

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

L'installation de 10 places d'accueil de jour en 2018.

L'ouverture d'un service ESA de 10 places en 2018.

La consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle dans le département à :

Diversifier l'offre de services / Renforcement des capacités de SSIAD/SPASAD :

– Réfléchir à une solution qui permettrait de réduire le temps consacré aux déplacements du personnel de SSIAD qui sont aujourd'hui sur des territoires très étendus.

– Lancer une réflexion en partenariat avec le CD pour les SAD dans le cadre d'un diagnostic territorial commun, et en tenant compte de l'offre libérale. A noter qu'une étude SSIAD aura également pour vo-

entre établissements PA et/ou PH (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Dans la Loire, il est notamment attendu :

Une utilisation systématique de Via Trajectoire par les établissements.

Une inscription des établissements dans les démarches parcours (alimentation du ROR, participation active aux instances de gouvernance de la filière gérontologique, MAIA...).

Une capitalisation à partir de l'expérience PAERPA menée dans le Roannais.

En fonction des enveloppes qui seront notifiées :

Poursuivre la mise en œuvre du PNMD, en fonction des taux d'équipements départementaux.

Etudier les perspectives de consolidation de l'offre en ESA, en particulier au bénéfice des structures dont le périmètre d'intervention est vaste.

Poursuivre la finalisation des installations et le développement des PASA.

cation à intégrer le sujet de la cohérence des territoires SAAD et SSIAD et de projeter une logique SPASAD.

– *Evaluer la pertinence financière et organisationnelle des EHPAD de petite capacité, des résidences autonomie partiellement médicalisées et des petites unités de vie médicalisées en vue de proposer, le cas échéant, des mutualisations et/ou des regroupements.*

Consolider l'offre d'accueil temporaire :

– *Poursuivre le déploiement de l'offre en accueils de jour, notamment itinérants, sur les communes relevant du Canton du Pilat, ainsi que sur tout autre secteur au sein duquel des opérations de recomposition de l'offre pourraient être engagées (en fonction des taux d'occupation effectifs des AJ installés).*

- Favoriser le développement de l'hébergement temporaire par des opérations de recomposition de l'offre au vu des volumes d'activité constatés.
- Etudier les perspectives de la mise en place d'un hébergement d'urgence sur des territoires à prioriser, en vue d'éviter le recours à des hospitalisations injustifiées en cas de défaillance de l'aidant principal par adaptation de places d'HT classiques.

En lien avec la politique du conseil départemental, la diversification des services à destination des personnes âgées pourra également se matérialiser par des formules de « villages répit » pour le couple aidant/aidé en associant à la fois des financements d'EHPAD existants et des villages loisir.

Reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité, peuvent conduire à travailler en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, sur des scénarios de recomposition de l'offre (regroupements, mutualisation, etc.), ainsi, pour le département il s'agit de : Encourager les opérations de mutualisation entre les établissements (recrutements mutualisés de médecins coordonnateurs, mise en place d'astreintes IDE, IDE de nuit mutualisées...).

A partir des résultats et préconisations de l'enquête sur les EHPAD de l'Est Roannais commanditée par l'ARS en 2017 qui montre des problématique d'établissements fragilisés (faible capacité , vacance fréquente de direction, faible attractivité , déserts médicaux , impact sur les postes de médecins coordonnateurs), étudier la faisabilité de faire évoluer l'offre dans une logique de pôle ressource, et créer une gouvernance pour en faciliter l'évolution. Favoriser les projets de modernisation des EHPAD hospitaliers en lien avec la reconfiguration de l'offre sanitaire.

63

● DÉPARTEMENT DU PUY-DE-DÔME

En déclinaison des orientations de l'annexe autonomie du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre de la démarche des filières gérontologiques qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Répondre aux besoins spécifiques

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

L'installation d'une Unité d'Hébergement Renforcé de 12 places en 2018.

L'installation de 2, voire 3 PASA en 2018.

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de Maladies neurodégénératives, une première réflexion doit être conduite sur le fonctionnement des unités protégées ou unité Alzheimer et leur évolution.

Afin d'améliorer le dispositif permettant de répondre aux besoins relevés, et sous condition des mesures qui pourraient être affectées au département du Puy-de-Dôme, il convient de prioriser :

La pérennisation du financement des activités PASA qui ont pu être financées par les crédits complémentaires 2017.

Soutenir à domicile

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

L'ouverture de 13 places d'accueil de jour en 2018.

L'ouverture de 2 places d'hébergement temporaire en 2018.

L'ouverture de 2 places de SSIAD en 2018.

L'ouverture d'une plate-forme d'accompagnement et de répit.

La consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle, dans le département, à :

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télé-médecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Dans le Puy-de-Dôme, des travaux de rapprochement des outils Via Trajectoire et Attentum développés par le Conseil départemental sont en cours.

Le financement des projets d'infirmiers de nuit pour répondre aux attentes des établissements qui peuvent être très isolés d'un point de vue géographique dans le département.

L'amélioration du maillage en PASA sur le BSI d'Issoire et en ESA sur les BSI de Thiers et d'Issoire en fonction des possibilités de création de ces dispositifs.

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de maladies neurodégénératives, il est envisagé de travailler sur différents points pour améliorer le dispositif en place, et notamment pour :

Soutenir des projets de service pour l'accueil spécifique aux personnes atteintes de maladie de Parkinson.

Utiliser l'offre déjà disponible en matière d'accueil gérontopsychiatrie et PHV dans le département pour initier des projets de télé-expertise avec l'appui des ressources sanitaires.

Concernant les accueils de jour

Les BSI de Riom et de Thiers sont dépourvus d'offre en accueil de jour et sont identifiés comme prioritaires pour le développement de cette offre.

Un appel à projet pour la création d'un accueil de jour itinérant devrait être lancé par reprise de places d'accueil de jour dont le taux d'activité est faible (cf. volet 1 de l'annexe médico-sociale).

Dans le cas où des services de soutien à domicile fonctionneraient insuffisamment (AJ ou HT), il pourrait être envisagé le développement d'accueil de nuit par reconfiguration de l'offre.

Concernant l'hébergement temporaire

Reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires

Le schéma confirme et programme l'ouverture de 27 places d'Hébergement Permanent en 2018 sur le département dont 25 places par redéploiement.

Afin de continuer à garantir une offre de qualité sur chaque bassin de santé intermédiaire, une réflexion sera menée sur les établissements de faible capacité et/ou pour lesquels des dysfonctionnements structurels auront été identifiés (postes de direction non pourvus, problèmes de gouvernance récurrents..) et qui connaîtraient un enjeu en termes d'investissement.

Les BSI Ambert et du Mont-Dore sont déficitaires et sont donc identifiés comme prioritaires pour le développement de cette offre de répit. Les solutions de redéploiement infra-départemental pourront être étudiées pour minimiser ces écarts.

Cette réflexion conduira nécessairement à 3 types de réponses identifiées :

- des regroupements,
- des transferts de capacité que ce soit entre BSI, entre structures ou d'un établissement vers un service,
- des directions communes et / ou des médecins coordonnateurs mutualisés sur les territoires les moins attractifs à l'ouest du département en particulier.

De même, le redéploiement envisagé de l'offre devra être étudié en fonction de l'évolution de la population sur chaque bassin de santé intermédiaire afin de répondre au mieux à ses besoins dont l'enjeu majeur est le maintien à domicile.

69

● DÉPARTEMENT DU RHÔNE ET DE LA MÉTROPOLE DE LYON

La loi du 27 janvier 2014, de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, dite loi MAPTAM, a prévu la modernisation de l'action publique locale et la simplification du paysage administratif pour le citoyen.

Au 1^{er} janvier 2015, le « Grand Lyon » qui devient la Métropole de Lyon, exerce en plus de ses compétences propres, les compétences départementales sur son territoire. Le « Nouveau Rhône », qui prend l'appellation « Rhône » conserve les compétences départementales sur l'ensemble du territoire rhodanien hors le territoire métropolitain.

Les deux collectivités départementales disposant de compétences propres sur le champ du handicap et du grand âge, notamment en ce qui concerne le suivi, le financement des ESMS, héritent de l'offre existante sur le territoire avant la scission en deux collectivités. De ce fait, il convient de noter que l'offre implantée sur le territoire du Rhône, répond de manière conséquente aux besoins de la population de la métropole.

L'évolution de l'offre médico-sociale sur le territoire rhodanien (Rhône et métropole de Lyon) ne peut s'envisager qu'en prenant en considération cette situation de départ singulière, et les liens existants entre les territoires.

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibi-

lité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées.

Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre de la démarche des filières gérontologiques qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télé-médecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Dans le Rhône et la métropole de Lyon, il est attendu :

Une utilisation systématique de Via-trajectoire par les établissements.

Une implication de chaque ESMS dans la dynamique impulsée par les filières gérontologiques.

Une inscription des MAIA dans toutes les instances du territoire, afin de permettre une prise en charge coordonnée des situations complexes.

Répondre aux besoins spécifiques

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

Sur la métropole de Lyon

L'installation de deux PASA en 2018.

L'installation de deux Unités d'Hébergement Renforcé de 12 places chacune, en 2018.

L'installation de 10 places d'accueil de jour en 2018, sur secteur sud de la métropole (zone blanche).

Sur le Rhône

Une unité d'Hébergement Renforcé de 12 places en 2018, et un PASA.

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de Maladies neu-

rodégénératives, il est envisagé de travailler sur différents points pour améliorer le dispositif en place.

En fonction des enveloppes qui seront notifiées, il s'agit :

Sur le Rhône et la Métropole de Lyon

Développer des PASA conformément au cahier des charges, en ciblant les territoires sur lesquels l'offre en PASA est inexistante.

Renforcer les ESAD existantes.

Soutenir les projets visant à adapter la prise en charge des PA aux besoins spécifiques de la nuit (déambulation majeure dans un contexte de volonté de réduire le recours aux neuroleptiques).

Sur la Métropole de Lyon exclusivement

Créer au moins une PFAR (filiale gérontologique SUD).

Soutenir des projets innovants de mutualisation d'IDE de nuit, visant à réduire le recours aux hospitalisations en urgence.

Sur le Rhône exclusivement**Soutenir à domicile**

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

Pour la Métropole de Lyon

L'ouverture de 12 places d'Hébergement Temporaire d'ici fin 2019.

L'ouverture de 3 places de SSIAD.

L'ouverture de 10 places d'accueil de jour (cf. ci-dessus).

Pour le Rhône

L'ouverture de 10 places d'accueil de jour itinérant.

La consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle, sur les territoires de la Métropole de Lyon et du Rhône :

Pour consolider l'offre d'accueil temporaire

A ce que le taux d'activité fixé pour les places d'accueils de jour soit atteint.

Envisager la création d'une nouvelle UHR sur le nord du territoire.

Créer une 3^e unité spécialisée en EHPAD (gérontopsy), pour compléter l'offre actuelle (deux unités : clinique de Vaugneray et Montvenoux).

A ce que le fonctionnement des places d'hébergement temporaire soit bien considéré comme une offre de répit et non pas comme des places de pré-admission à l'hébergement permanent.

Pour diversifier l'offre de service

Créer ou renforcer les places de SSIAD par transformation des forfaits soins des résidences autonomes et des EHPA, sur les territoires déficitaires en lits d'hébergement permanent.

Inciter a minima les SSIAD à collaborer avec les SAAD sur les prises en charge communes conformément à l'expérimentation SPASAD.

Mettre en place des accueils séquentiels ou le déploiement d'une offre diversifiée dans le cadre de projet de rapprochement de petites structures.

Soutenir les projets visant à développer l'offre en direction des PHV.

Reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires

Le schéma confirme et programme les mesures suivantes :

Pour la Métropole de Lyon

148 places d'Hébergement Permanent sur 2018 (105) et 2018 (43). La procédure d'admission tiendra compte de la demande concernant les personnes en grand précarité.

Pour le Rhône

63 places d'Hébergement Permanent dont 20 par redéploiement.

Le territoire de la Métropole de Lyon est identifié comme prioritaire eu égard à son taux d'équipement actuel. Aussi dans l'hypothèse où la création de places d'hébergement permanent pourrait être programmée suite à l'ouverture de crédits, les priorités suivantes seront poursuivies :

Améliorer l'offre sur les territoires les moins équipés. Privilégier les extensions de capacité des EHPAD de plus de 40 places.

73 ● DÉPARTEMENT DE LA SAVOIE

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre de la démarche des filières gérontologiques qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Répondre aux besoins spécifiques

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de Maladies neurodégénératives, il est envisagé de travailler sur différents points pour améliorer le dispositif en place :

Développement des dispositifs PASA, ESAD, UHR et PFAR.

Soutenir à domicile

La consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle, dans le département, à consolider en premier l'offre existante et prioritairement :

Concernant l'accueil de jour

Etudier l'activité des places d'accueil de jour ne répondant pas aux normes capacitaires et recomposer l'offre d'accueil de jour y compris par retrait des autorisations non conformes (normes capacitaires et activités minimales).

Reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires

Le schéma confirme et programme l'installation de 62 places d'hébergement permanent dont 36 par le biais de redéploiements.

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité, conduiront à travailler en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, sur des scénarios de recombinaison de l'offre (regroupements, mutualisation, etc.).

Il s'agira de favoriser les démarches de coopération entre établissements : direction commune, reconfigu-

ration de direction commune, rapprochement, fusion, mutualisation des expertises entre établissements... Il est attendu également que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télé-médecine, ressources médicales et ressources spécialisées) en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Enfin, Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Dans le département, les établissements devront démontrer leur stratégie d'ouverture vers leurs partenaires externes. Cette orientation est commune avec le conseil départemental.

Soutien de la création des unités spécialisées dans les EHPAD lorsque les besoins seront vérifiés au regard des populations accueillies par les établissements (notamment pour l'accueil de personnes atteintes de la maladie de Parkinson).

Concernant l'hébergement temporaire

Etudier l'occupation actuelle des places d'hébergement temporaire ;

Conforter les places d'hébergement temporaire dans leur rôle de soutien au domicile et revoir les dispositifs dont la durée moyenne de séjour s'allonge, se transforment de fait en hébergement permanent et ne répondent pas aux objectifs fixés aux hébergements temporaires dans le présent schéma.

Il conviendra également de re-questionner le positionnement des structures qui disposent de forfait soins afin d'étudier la possibilité de les transformer en places de services (SSIAD en premier lieu).

Un diagnostic partagé sera proposé aux CCAS en gestion d'une offre médico-sociale aux fins d'analyse comparative et de mise en perspective d'une évolution de l'offre.

VOLET HANDICAP



Principes d'organisation et de fonctionnement

L'amplification du mouvement de transformation de l'offre et la rénovation du secteur médico-social appellent de :

partir des besoins et des attentes des personnes en situation de handicap et de leurs

aidants ;

promouvoir leurs capacités et leur participation ;

favoriser une vie en milieu ordinaire lorsque cela est possible et conforme aux souhaits de la personne ;

répondre à des besoins spécifiques et parfois complexes, en fonction du type de handicap ;

anticiper, prévenir et gérer les ruptures de parcours.

Il s'agit, au-delà des mesures nouvelles, de mettre en œuvre de nouveaux outils qui permettront prioritairement à partir de l'existant, de :

favoriser une vie en milieu ordinaire, par la mobilisation des dispositifs de droit commun, tout en conservant l'accès aux dispositifs spécialisés lorsque c'est nécessaire autour d'un principe de subsidiarité reposant sur une graduation de l'offre ;

favoriser des dispositifs souples et modulaires pour mieux répondre à la diversité des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants ;

tribuant à la qualité du parcours de vie des personnes ;

organiser des réponses aux situations complexes et d'urgence lorsqu'elles se présentent afin de prévenir et gérer les ruptures de parcours²⁷.

L'offre relative à l'accompagnement des personnes avec troubles du spectre de l'autisme est concernée par un certain nombre de mesures transverses et de cibles quantitatives et qualitatives soit indirectement ou directement.

Toutefois, les mesures prévues dans les déclinaisons régionales du troisième plan dans les deux ex régions ne sont pas encore toutes mises en œuvre, en particulier les mesures concernant les adultes.

De plus, à l'aune de la concertation effectuée au cours du troisième trimestre dans le cadre de la préparation du quatrième plan, une évaluation des déclinaisons régionales précitées apparaît opportune. La future déclinaison régionale du quatrième plan sera donc ultérieurement intégrée au schéma régional de santé.

tenir compte de l'évolution dans le temps des besoins des personnes, de l'enfance à l'avancée en âge ;

promouvoir la complémentarité des réponses de tous les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux con-

²⁷ Ces principes sont rappelés dans la circulaire N°DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016

● LES PRINCIPES DIRECTEURS D'ÉVOLUTION/TRANSFORMATION DE L'OFFRE

Prévention-repérage-dépistage-accompagnement précoce

Le développement des fonctions ressources dans le cadre d'une graduation de l'offre

La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre invite à une fonction de ressource et d'appui aux usagers, à leurs familles et aux professionnels.

Cette fonction dite ressources doit comprendre des actions de formation et de soutien en termes d'expertise auprès des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), en particulier dans le cadre des situations complexes et de la mise en œuvre de groupes opérationnels de synthèse (GOS).

Elle est déclinée à différents niveaux territoriaux, correspondant à des niveaux d'expertise distincts.

Les centres ressources nationaux en région

- La TEPPE dans la Drôme : Centre national de ressources sur les handicaps rares associés à une épilepsie sévère depuis 2012.
- Le Centre de référence « déficience intellectuelle de causes rares : X fragile et autres déficiences intellectuelles liées au chromosome X ». Dans le cadre du plan « Maladies rares », le centre de référence de Lyon a été labellisé en 2005 pour l'expertise et la prise en charge des déficiences intellectuelles de causes rares, dont le syndrome de l'X fragile et d'autres syndromes liés au chromosome X. Le centre de référence de Lyon est cofondateur du Réseau national DéfiScience.
- Centre des maladies génétiques à composante psychiatrique (CHS Vinatier).

Les pôles ressources régionaux (niveau 3)

Les pôles régionaux conjuguent recherche-action, expertise sur situations individuelles complexes, appui aux équipes et formation dont la formation des aidants. Leur rôle structurant en matière d'évolution des pratiques suppose cette articulation entre expertise sur situations et mesures d'accompagnement des professionnels. Chacun des pôles ressources régionaux aura pour objectif de structurer des réseaux d'ESMS maillant progressivement le territoire régional. C'est ainsi que les ESMS sont invités dans leur CPOM à adhérer aux pôles régionaux.

- Les 2 Centres de ressources autisme (CRA) en ex-Auvergne et ex-Rhône-Alpes.

– 3 centres de réhabilitation psychosociale portés par les établissements sanitaires de Lyon, Grenoble et Saint Etienne. Un quatrième centre est programmé prochainement à Clermont-Ferrand.

– Un réseau spécialisé en éducation et thérapie systémique inclusive (RETSI) expérimental portant sur l'approche systémique et les thérapies brèves (public ITEP-CMPP).

– Le centre de référence déficiences intellectuelles de causes rares (filiale de santé maladies rares « DéfiScience », labellisée en 2014) déclinera en région un pôle expérimental ressources dit Système territorial d'accès à des ressources transdisciplinaire (START), axé sur les troubles neuro-développementaux.

– L'Equipe relais handicaps rares Auvergne-Rhône-Alpes.

– Des centres de référence troubles du langage et des apprentissages.

– Centre technique régional pour la déficience visuelle en ex Rhône-Alpes et en ex Auvergne, et un Centre technique régional déficiences auditives en ex Rhône-Alpes.

– SMAEC : Service mobile d'accompagnement d'évaluation et de coordination, centre ressources pour enfants 0/25ans cérébrolésés (Rhône-Alpes).

– Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP).

– La fondation France répit pour l'aide aux aidants et le répit dans le cadre de son programme de recherche.

– L'Institut national des jeunes sourds de Chambéry.

Les pôles ressources départementaux (niveau 2)

Une offre spécialisée, est disponible dans les départements pour certains types de handicap. On note ainsi la présence de plusieurs services ou établissements pour troubles DYS. Des ressources en matière de TSA, maillent la région. On dénombre également plusieurs structures ressources pour déficients auditifs, mais également visuels. Des ressources spécialisées dans la cérébro-lésion sont également disponibles sur le territoire Auvergne-Rhône-Alpes.

L'organisation des trois niveaux de diagnostic et la graduation de l'offre d'accompagnement.

La structuration de l'organisation du diagnostic : du repérage au niveau 3 en passant par les niveaux 2 reposant sur une offre sanitaire, de ville et hospitalière, des établissements et services médico-sociaux (dont le cahier des charges comprend l'offre de diagnostic et d'annonce tels que les CMPP et les CAMSP).

La logique de graduation de l'offre d'accompagnement :

Niveau 1 de proximité

Chaque ESMS est ressource des environnements de droit commun des personnes accueillies : prestations d'appui, réponses aux urgences, répit, formation, aide aux aidants...

Chaque ESMS doit diversifier son activité afin de favoriser la fluidité des parcours, privilégier l'approche inclusive en mobilisant les dispositifs de droit commun et apporter ses compétences et son expertise en appui des acteurs de droit commun (offre graduée).

Il est donc invité à développer les accompagnements hors les murs, de soutien au milieu ordinaire (services, équipes mobiles) et d'aide aux aidants (accueil de jour, accueil temporaire, plateforme de répit...).

A ce titre, il est susceptible de rendre les services suivants :

– *Sensibiliser et informer les acteurs de la cité (école, lieux de culture, de loisirs...) pour un accès à la citoyenneté dans une visée inclusive afin de contribuer à l'accessibilité et au développement de projets adaptés.*

– *Former, informer ou délivrer des conseils aux acteurs qui interviennent au domicile, comme par exemple les SAAD.*

– *Contribuer au soutien de l'entourage et des proches aidants des personnes et à la prise en compte de leur expertise par le biais d'information et de formations.*

Niveau 2

Un établissement ou un service peut être reconnu dans une fonction ressources d'accompagnement de niveau 2 dès lors qu'en plus des services rendus relevant du niveau 1, il est identifié en capacité de :

– *Etayer et développer les compétences des acteurs généralistes (structures et professionnels qui accompagnent des personnes en situation de handicap).*

– *Contribuer aux évaluations par les équipes pluridisciplinaires des MDPH et auprès d'autres ESMS et à la construction d'un projet d'orientation et plus largement au plan de compensation ou, le cas échéant au plan d'accompagnement global (PAG).*

– *Former, informer ou délivrer des conseils ou contribuer à mobiliser des compétences aux structures sanitaires, dans le cadre d'un parcours de vie et parcours de soins sans rupture.*

– *Certains ESMS de niveau 2 au titre de l'accompagnement peuvent être également un niveau 2 de diagnostic.*

Les pôles ressources aidants experts

Les aidants jouent aussi un rôle d'expertise. Les associations représentatives des usagers, siégeant aux instances de l'ARS, assurent, dans leur domaine d'activité, une expertise lors de l'élaboration des cahiers des charges relatifs à l'offre médico-sociale.

Le positionnement des CMPP dans l'offre de repérage, dépistage et d'accompagnement précoces

Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) devront au cours du schéma connaître les évolutions suivantes :

En termes de public :

Orienter l'accompagnement et la prise en charge vers les enfants de 0 à 20 ans présentant des troubles du neuro-développement et/ou des troubles psycho-affectifs (classification CIM10) : troubles sévères des apprentissages dont DYS avec troubles associés, troubles du comportement, troubles de la communication, trouble du Spectre de l'Autisme.

En termes de missions et d'activité, les CMPP :

Réalisent des actions de prévention.

Effectuent les dépistages et les diagnostics précoces avant l'entrée en école et en particulier pour les très jeunes enfants dès 2 ans et dès les premiers troubles. Dispensent des soins adaptés.

Organisent de manière anticipée les passages de relais vers d'autres structures ou autres professionnels afin de garantir la fluidité du parcours des jeunes, de pouvoir bénéficier d'expertise de soins et éviter les ruptures. Ils assurent à ce titre une fonction de coordination tout en mobilisant les ressources externes.

En matière d'orientation et d'admission, sur demande des parents ; ils prennent prioritairement en compte les enfants et adolescents orientés par les institutions ou services tels que la PMI, les crèches, les établissements scolaires, les CAMSP, les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), les autres établissements et services médico-sociaux et professionnels libéraux.

Jouent un rôle de médiation auprès de l'écosystème de l'enfant en s'assurant de l'inclusion de l'entourage

familial dans la mise en œuvre des soins et des actions éducatives et rééducatives.

En termes de compétences, les CMPP s'engagent à mettre en œuvre et à intégrer dans leurs plans de formation les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), et notamment, « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent publiées en mars 2012 », et à adhérer, selon la typologie du public accueilli, aux réseaux des pôles ressources CRA, ou au réseau « inclusion parentale thérapie précoce et intensive » et/ ou au pôle expérimental ressources dit Système Territorial d'Accès à des Ressources Transdisciplinaire (START).

Une ressource d'expertise en matière de DYS sévères devra être assurée dans chaque département. Si cette ressource n'est pas couverte, un travail de recomposition de l'offre pourra permettre de ré-

pondre aux besoins. Cette ressource à vocation à venir en appui aux professionnels de premier recours ainsi qu'aux structures de droit commun.

Les objectifs en matière d'accès aux soins

La région compte 3 offreurs de soins somatiques adaptés aux personnes en situation de handicap. La cible est d'aboutir à la création de 3 autres ressources au terme du schéma sur appels à projets national ou régional. Cette offre supplémentaire s'inscrira dans l'évolution du cadre national.

Cette offre serait complémentaire de celle portée par le 1er recours comme des Maisons de Santé Pluridisciplinaire ou des structures hospitalières. Ces dernières sont invitées à mettre en œuvre les recommandations de la HAS « accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap » (juillet 2017).

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

L'inclusion scolaire

L'externalisation des unités d'enseignement

En déclinaison de la convention régionale entre les trois académies de Lyon, Grenoble et Clermont-Ferrand et l'ARS en date du 21 septembre 2016, les objectifs à trois ans et à 5 ans constituent des objectifs des contrats pluri- annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre les organismes gestionnaires titulaires d'une autorisation de gestion d'un établissement pour enfants en situation de handicap et l'ARS.

Les modalités de mise en œuvre s'inscrivent dans le cadre de la conception d'un dispositif d'unités d'enseignement reposant sur plusieurs modalités permettant d'atteindre les objectifs suivants :

A horizon 2019

– 50 % des unités d'enseignement disposent d'au moins une modalité externalisée en milieu scolaire ordinaire.

– 50 % des enfants bénéficient d'un dispositif externalisé ou de formation en milieu ordinaire.

A horizon 2021

– 80 % des unités d'enseignement disposent d'au moins une modalité externalisée en milieu scolaire ordinaire.

– 80 % des enfants bénéficient d'un dispositif externalisé ou de formation en milieu ordinaire.

Les objectifs d'externalisation seront adaptés aux établissements accueillant majoritairement des enfants et adolescents porteurs de polyhandicaps ou de déficiences sévères (ex Instituts d'Éducation Motrice), afin d'assurer des modalités de scolarisation en adéquation avec les besoins éducatifs spécifiques de ces enfants et adolescents, conformément à la convention régionale précitée.

Les SESSAD

Il convient de développer l'offre d'accompagnement afin de poursuivre l'objectif de maillage du territoire et d'augmenter le nombre de prise en charge, les manques étant évalués à environ 3000 accompagnements. Ce développement se conduira par la modulation des prestations, l'optimisation de la file active, mais également par la création nette de places (par recomposition et par mesures nouvelles ; cibles détaillées par déficience dans annexes départementales).

En termes d'organisation de l'offre, est envisagée une offre graduée avec structuration en 2 niveaux : un niveau de proximité et un spécialisé (cf. infra).

Les zones blanches sont couvertes en priorité par la création d'une offre de proximité. Des SESSAD similaires ne peuvent couvrir une même zone géogra-

phique et une logique de complémentarité doit prévaloir.

Au fil des redéploiements et des créations de places, chaque territoire devra donc disposer d'une offre SESSAD de proximité conventionnée à un niveau de recours spécialisé (appui, évaluation, mise à disposition de personnels...).

Le fonctionnement en dispositif intégré des Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)

Tous les ITEP doivent évoluer d'ici à 5 ans vers un fonctionnement en dispositif tel que défini par l'article 91 de la loi de modernisation de notre système de santé et ses textes d'application.

Afin de soutenir la scolarisation en milieu ordinaire, concomitamment au processus d'externalisation des unités d'enseignement :

Les ITEP présentant une sous occupation de leurs places d'internat sur les 3 dernières années (moyenne des 3 dernières années) s'engagent à transformer ces moyens en activité de SESSAD ou de semi-internat ou en activité de type ambulatoire (équipe mobile par ex).

Le nombre de places d'internat doit être inférieur à celui des places de semi-internat, lui-même inférieur au nombre de place de service (équipe mobile et SESSAD).

L'internat séquentiel doit être promu, soutenu, développé et comprendre toutes les formes d'internat que l'ITEP peut organiser à l'extérieur de son établissement, avec l'appui d'autres opérateurs, tout en maintenant des interventions de l'équipe médico-sociale de l'ITEP : par exemple, en lien avec un établissement scolaire, un internat d'un autre organisme gestionnaire médico-social, un centre d'accueil familial spécialisé...

Éléments pour définir une cible d'une capacité départementale d'internat pour le public ITEP :

– *Le taux cible départemental ne doit pas dépasser le taux d'occupation relevé en N-1 dans toutes les formes d'internat mobilisées autorisées, notamment les modes d'hébergement de droit commun (dans un établissement du premier ou second degré, ou dans un établissement d'un autre organisme gestionnaire, ou au sein de familles d'accueil), avec lesquels l'ITEP a contractualisé pour l'accueil de ses jeunes.*

– *L'internat doit évoluer avec des formules plus modulaires, en particulier le mode séquentiel ; cela sera favorisé par un objectif de file active de 1,1.*

Ces cibles sont valables également pour les IME souhaitant évoluer dans un fonctionnement par dispositif. Cette évolution en dispositif IME (DIME) sera plus particulièrement recherchée pour les IME accueillant des populations porteuses de déficiences intellectuelles.

L'accès et le maintien dans l'emploi

Ceci concerne le public quelle que soit la déficience, mais avec des actions plus ciblées sur le handicap psychique et les jeunes ayant besoin d'un appui pour l'accès à une qualification.

Dans les ESAT

La stratégie nationale vise à faire évoluer l'offre d'ESAT vers des ESAT principalement axés sur la transition et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique vers le milieu ordinaire de travail.

Pour ce faire, les cibles suivantes sont arrêtées :

Identifier des places d'ESAT de « transition » (avec un objectif d'insertion en milieu ordinaire de travail) dans chaque département : est retenu un objectif d'augmentation du volume de places par département, tout ESAT devant s'engager dans cette démarche. Sur chaque territoire, 10 % des places en ESAT devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

Dans chaque département, l'offre en places d'ESAT devra compter un volume de places dédiées au handicap psychique. Actuellement, 12% des places d'ESAT concernent le handicap psychique. La capacité réservée à cet effet devra atteindre au moins 20%, par département. Cette cible est rendue possible par des départs nombreux à la retraite, et donc par le renouvellement du public.

Développer l'offre d'emploi accompagné (soutien employé-employeur avec étayage médico-social) : en application de l'appel à candidatures lancé par l'ARS en association avec l'AGEFIPH, le FIPH FP et la DIRECCTE, en 2017, un dispositif expérimental a été identifié pour 6 territoires départementaux ou inter-départementaux. En articulation avec les suites qui seront données dans le cadre de l'évaluation nationale de ce dispositif, la cible porte sur leur développement ou leur renforcement, avec une augmentation progressive des personnes accompagnées ; à minima un doublement du nombre des personnes accompagnées est attendu.

Développer des mises en situation professionnelle et des mises à disposition auprès des entreprises adaptées ou du secteur non protégé.

Dans les centres de réadaptation professionnelle (CRP)

Dans l'attente d'un cadre juridique renouvelé, une réflexion est engagée sur les missions des CRP dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. L'objectif général est de diversifier l'offre de réadaptation professionnelle et ses modalités de mise en œuvre des prestations.

Trois objectifs opérationnels sont arrêtés à cet effet :

Développer les interventions hors les murs des CRP.

Mobiliser l'offre de formation de droit commun avec l'appui de l'équipe du CRP.

Renforcer leurs interventions auprès des jeunes lycéens en rupture scolaire à caractère professionnel, et auprès du public en Institut médico-professionnel (IMPRO), Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP).

La primo-contractualisation ou le renouvellement des CPOM des centres de réadaptation professionnelle doit être l'occasion d'une première évolution des prestations desservies reposant sur la constitution d'une équipe mobile d'accompagnement médico-social des jeunes en formation professionnelle ou en démarche de reconnaissance d'un savoir-faire professionnel à partir notamment d'une analyse prospective des besoins en internat, au regard de l'activité des exercices précédents, qui semble démontrer l'opportunité d'une réponse locale.

Autres ESMS

Tous les établissements accueillant des adolescents sont également invités à soutenir la préparation à la vie professionnelle, et donc à favoriser l'accès à une qualification.

Parmi eux, en particulier les SESSAD pro, IMPRO et ITEP accueillant des jeunes en situation de handicap âgés de 16 à 20 ans devront s'engager à préparer ces derniers à la vie professionnelle. Pour ce faire, les ESMS en partenariat avec l'Education nationale et les organismes de formation devront mobiliser leurs ressources pour améliorer l'accès à une qualification sous forme de diplôme ou de Reconnaissances des savoir-faire professionnels. Cette cible est partagée avec l'Education nationale, le Conseil régional, la

DIRECCTE dans le cadre de l'engagement régional en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, signé en septembre 2017.

Enfin, la prévention des ruptures et la sécurisation des parcours font l'objet de plusieurs objectifs dans le cadre de l'Engagement Régional en Faveur des Travailleurs Handicapés (ERETH 2017). Les ESMS prennent part, en tant que de besoin, à la conduite des objectifs de l'ERETH.

L'accès à un habitat inclusif

Il conviendra de soutenir au moins deux projets supplémentaires d'habitat inclusif regroupé ou collectif par département sous toutes ses formes y compris lorsque l'autonomie des personnes le favorise par le dispositif de mutualisation des prestations de compensation du handicap (PCH) (cf. fiche de la DGCS « Comité interministériel du handicap du 2/12/16 » « Mise en commun de la PCH »).

S'agissant du handicap psychique, une offre d'accompagnement médico-social conjuguée à de l'intermédiation locative et/ ou offre logements regroupés sera privilégiée : un appel à projets visant la création d'un service adultes de réhabilitation psychosociale combiné à du logement semi-autonome pour les PH psychiques est à organiser.

L'ARS s'associe au plan de création de places de résidences sociales (pensions de famille et résidences-accueil) pour les personnes en situation d'exclusion sociale, porté par la DRDJSCS, en favorisant les partenariats avec les services pour adultes, notamment pour ceux porteurs de handicap psychique.

Soutien à la pair-aidance et aux groupes d'entraide mutuel (GEM)

Objectifs :

Pérenniser les 46 groupements d'entraide mutuelle existants et passer à des conventions pluriannuelles de financement.

Développer des GEM sur des territoires prioritaires (+ 7 GEM).

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

Une restructuration de l'offre en service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH)

L'offre de service généraliste dans le secteur adulte doit venir mailler le territoire départemental. Une répartition des territoires de parcours devra être établie afin de couvrir les zones blanches où les besoins sont avérés.

Aussi, les agréments des SAMSAH de la région Auvergne Rhône Alpes pourront être revus pour constituer une offre polyvalente sur les secteurs de référence.

En outre, tout comme pour les services dédiés au secteur enfant, les SAMSAH devront travailler la gestion de leurs accompagnements en file active.

Développement d'une offre organisée en plateforme

Il s'agit de structures et services assurant l'accompagnement des adultes en situation de handicap organisés en plateforme ou dispositif. L'organisation repose sur des pôles ressources mobilisables pour les plans d'accompagnement.

Actions dédiées pour les personnes avec poly-handicap et handicap psychique

Ces actions en faveur du public adulte auront aussi un effet positif sur la réduction du volume des jeunes adultes en "amendement Creton" à hauteur de 20 % par an sur la durée du schéma régional de santé, à travers :

La création de places de FAM MAS sur mesures nouvelles ou par fongibilité ou par combinaison des deux sources de financement.

Le développement pour les personnes adultes handicapées psychiques, des services à vocation de réhabilitation médico-sociale permettant un encadrement des méthodes d'intervention et un positionnement en aval du sanitaire, par appels à projet 2018. Couverture régionale attendue, avec appui sur les centres de référence de la réhabilitation psychosociale. Nature du service porteur en réflexion dans le cadre d'appels

à projets départementaux : SAMSAH, équipe mobile, SSIAD, etc.

Le développement du répit y compris pour les publics polyhandicapés :

– *développer les accueils de jour dans les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et maisons d'accueil spécialisé (MAS) sur territoires prioritaires,*

– *chaque ESMS doit développer une formule de répit d'urgence en mobilisant des places (cf. activité et fonction ressources de niveau 1).*

La définition d'un cahier des charges pour des accueils médico-sociaux et/ou médico-sociaux-sanitaires (mixtes) assurant l'accueil de personnes à « comportement problème ».

Des solutions pour les Personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes repose sur trois leviers :

Les MAS et les FAM assurent un accompagnement aux personnes en situation de handicap requérant une charge en soins importante. Dès lors, ils sont en mesure de prendre en compte les besoins liés à l'avancée en âge de ces mêmes personnes. Le développement des capacités de ces structures constitue une des réponses possibles pour les personnes handicapées vieillissantes.

Pour les personnes à domicile ou en structure non médicalisée, des organisations et des pratiques promouvant les démarches de prévention et d'accès aux soins sont de nature à limiter les effets du vieillissement sur la perte d'autonomie. Elles pourront être développées dans le cadre des CPOM.

De manière plus soutenue, et sur la base d'un nouveau modèle économique, il convient d'identifier des capacités d'EHPAD dédiées aux personnes handicapées vieillissantes. Des moyens supplémentaires et des compétences adaptées pour cet accueil relèveront de l'enveloppe du handicap. Ainsi, la dotation associée sera allouée à un ESMS support du champ du handicap. Les modalités de coopération et d'articulation de l'ensemble des intervenants seront définies par voie conventionnelle.

La diversification et la modularité des modes d'intervention

La dynamique de développement des services

L'objectif doit être d'améliorer la part des services et des modes ambulatoires dans l'offre globale médico-sociale (SESSAD, SAMSAH, SSIAD, accueil de jour, PCPE et toutes les équipes mobiles...). En termes de part des services dans l'offre, il convient de souligner que la région Auvergne-Rhône-Alpes se situe au 12^e rang au niveau national (source CNSA).

Les leviers identifiés sont en premier lieu la recomposition de l'offre, et en second lieu, les mesures nouvelles identifiées dans le cadre de la stratégie d'évolution de l'offre en particulier sur le handicap psychique.

Les départements dont le rapport entre les capacités en établissements et de services est inférieur à la moyenne régionale doivent pouvoir marquer une progression d'ici 5 ans, et réduire leur écart à la moyenne pour ceux qui sont en dessous.

Développer les formules de répit et d'accueil temporaire

Trois objectifs opérationnels sont arrêtés :

Développement de l'aide aux aidants par identification d'une prestation au sein de chaque ESMS en faveur des aidants, conformément à l'article 12 démarche nationale en faveur des aidants.

Amélioration de sa visibilité et de sa mobilisation :

- application de la charte répit,
- renseignement des portails territoriaux,

- réaffectation des places lors d'une absence ponctuelle ;

Cibles qualité à l'échelle du service :

- nombre de places minimum par projet d'accueil temporaire : dupliquer les règles en cours pour l'accueil de jour secteur PA,
- projet de service incluant l'accompagnement thérapeutique de façon à rendre cette offre identifiable par les usagers, les aidants et les prescripteurs,
- obligation de formation des personnels.

La participation au dispositif d'orientation permanent

Afin de contribuer au bon fonctionnement du dispositif d'orientation permanent, chaque ESMS doit :

Garantir participer à 100 % des groupes opérationnels de synthèse auxquels il est invité par la MDPH.

Accepter de voir désigner en son sein un coordonnateur de parcours dans 80 % des sollicitations.

Participer à la gouvernance territoriale de parcours et de coopération ou en amont et en aval d'un diagnostic partagé territorial de type CREAL est un prérequis.

Participer à l'élaboration des réponses et projets individuels dans une logique de coresponsabilité et de prestations croisées entre ESMS.

Utiliser le système d'information Via Trajectoire PH.

● LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS TERRITORIALES DE L'OFFRE

L'enjeu de rééquilibrage territorial de l'offre existante est une priorité pour le secteur médico-social et doit s'appuyer sur la recomposition et la transformation de l'offre, tout en intégrant un axe fort sur l'inclusion et le développement des services.

Dans une moindre mesure, la création de places dans le cadre de plans nationaux permettra de contribuer à ce rééquilibrage infrarégional, au bénéfice de territoires prioritaires au regard d'une pluralité de critères, décrits ci-dessous.

Ces territoires prioritaires pourront bénéficier de la dynamique de recomposition de l'offre infrarégionale, et donc de transfert de crédits d'un départe-

ment vers un autre, ainsi que des mesures nouvelles annoncées notamment dans le cadre de la stratégie nationale d'évolution de l'offre ou de plans nationaux.

Les principaux indicateurs sont les suivants :

Le taux d'équipement, disponible sous plusieurs formats : par type de structure ou par type de déficience. Il s'agit de l'offre proposée par département, pour 1000 habitants. Ces données ont été agrégées

afin d'obtenir un taux d'équipement moyen par département.

La démographie générale : il s'agit de l'évolution démographique calculée, selon la méthode OMPHALE 2007.

Les indices de besoin CNSA : il s'agit d'un indice de besoin, calculé pour la répartition de l'enveloppe AE CNH 2017, pondéré par les critères suivants : catégorie socio-professionnelle, Bénéficiaires de l'AAH, Bénéficiaires de l'AEEH, Bénéficiaires de la PCH adultes et de l'ACTP, Bénéficiaires de la PCH enfants, Bénéficiaires d'une rente AT-MP, populations enfant et adulte.

Le coût euro par habitant : il s'agit de l'enveloppe décaissée par l'assurance maladie pour les structures de compétence ARS pour l'année 2016.

La méthodologie proposée repose sur une association de ces critères qui, pris de façon distincte, ne sont pas satisfaisants :

Si le taux d'équipement nous permet d'entrevoir les disparités quant à l'offre disponible, il n'en reste pas moins une valeur relative.

La donnée démographique est donc tout aussi nécessaire. Dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé et dans le droit fil du rapport de Denis Piveteau "zéro sans solution", l'Agence doit organiser son offre pour éviter les ruptures de parcours. Une population plus importante crée un risque plus grand d'avoir des situations complexes, voire critiques. La création nette de places a un effet nécessairement plus faible sur le taux d'équipement pour un département dont l'évolution démographique est supérieure à la moyenne nationale et régionale.

De même l'euro par habitant permet de façon objective de pouvoir analyser les dépenses de l'assurance maladie pour un département donné, mais s'exonère du nombre de places ouvertes, cet indicateur est inscrit dans le CPOM État/ARS et bien qu'objectif, il doit être corrélé aux autres.

Le classement tient donc compte de ces différentes contraintes. Une cotation est affectée à chaque critère (méthode de scoring), et pondérée par l'application d'un coefficient multiplicateur, majorant notamment l'évolution démographique (coefficient 3) et l'euro par habitant (coefficient 2). Les autres critères se voient attribuer un coefficient égal à 1.

Il en résulte le classement suivant par ordre de priorité :

Priorité n°1 : la Haute-Savoie, la Savoie et l'Isère.

Priorité n°2 : la Métropole De Lyon- Nouveau Rhône, l'Ain, le Puy-de-Dôme et l'Ardèche.

Priorité n°3 : La Drôme, la Haute-Loire, la Loire, l'Allier et le Cantal.

De façon plus fine, les annexes de chaque département devront tenir compte des spécificités infraterritoriales :

Les agglomérations et territoires plus ruraux forment un ensemble non homogène, où les besoins diffèrent. Si l'inclusion est à encourager en proximité d'agglomération, c'est l'offre généraliste qui sera à développer en zone plus rurale.

L'évolution démographique en infra départemental devra être prise en compte afin de ne pas creuser les écarts d'offres en accompagnement médico-social. L'impact démographique est en effet l'outil le plus objectif et significatif pour parvenir à une objectivation des besoins.

● LES MODALITÉS DE QUANTIFICATION DE L'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES

Définitions

L'activité prévisionnelle est l'activité théorique : nombre de jours x capacité autorisée. L'activité prévisionnelle est le nombre de journées que prévoit de faire la structure, dans son budget prévisionnel.

Taux d'occupation : le nombre de journées théoriques est le nombre de journées possibles au maximum sur l'année. En cas de changement capacitaire intervenu en cours d'exercice, il convient d'en tenir compte dans le dénominateur.

File active : nombre de personnes accompagnées par un service du 1er janvier au 31 décembre d'une année.

Pour les ESMS, un fonctionnement en file active résulte de la délivrance d'une variété de prestations. Il se déduit d'une disposition prévue aux articles D312-0-1 et D312-0-2 du CASF, selon laquelle des établissements « peuvent assurer, pour les personnes qu'ils accueillent, l'ensemble des formes d'accueil et d'accompagnement prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1 » (le dernier alinéa du I de l'article L. 312-1 du CASF dispose que « Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en ac-

cueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat »).

Cette définition sera précisée ci-dessous à l'aide des critères complémentaires à appliquer.

Liste attente : nombre de personnes inscrites sur la liste d'admission d'un ESMS et dont l'actualisation de la demande d'admission est effective

Taux de rotation : nombre de personnes accueillies ou accompagnées sur une place nécessitant un hébergement sur une période donnée (ex : sur une semaine, trois jeunes peuvent être accueillis dans le cadre d'un internat séquentiel sur une place d'hébergement de semaine en IME ou ITEP) calcul : nombre d'admission dans l'année / nombre de places financées (hors accueil temporaire)

Durée d'ouverture : nombre de jours possibles au minimum sur l'année, où une prise en charge des usagers ou une prestation de répit sont réellement effectives.

Les établissements fonctionnant 365 jours : Maison d'accueil spécialisée (MAS), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Foyer

Le taux d'occupation contractualisé est de 90 % en défalquant les sorties de moins de 72h. En effet, le niveau d'occupation de 90 % ne doit pas faire obstacle à la pratique des établissements favorisant les séjours au domicile des aidants. Les sorties de moins de 72h à l'instar des EHPAD (projet de texte) ne sont donc pas comptabilisées.

Le taux de 80 % à 90 % est applicable aux places d'accueil temporaire prévues à l'agrément ou à des places vacantes temporairement suite à l'absence du résident. Il sera tenu compte de deux prérequis : le

déploiement du système d'informations Via Trajectoire et l'existence d'un projet spécifique. En effet, l'accès à l'offre et l'identification par les aidants d'un projet de répit sont des facteurs favorables à la mobilisation de l'offre d'accueil temporaire. Les établissements qui offrent ce type de places devront assurer une diversification du public lorsque le plateau technique le permet, étant considéré que l'accueil temporaire a vocation à être organisé en faveur des personnes en situation de handicap mais aussi des malades chroniques.

Les établissements offrant des réponses mixtes : hébergement de 365 jours auquel s'ajoutent de l'accueil de jour et des services

Le taux d'occupation de l'hébergement obéit aux mêmes règles que celles énoncées ci-dessus.

Pour l'accueil de jour : le taux est également de 80 % à 90 % avec une file active de 1,3 personne accueillie dans l'année pour une place.

Pour les services, 3 cas de figure selon que l'établissement relève du secteur enfants ou adultes ou que le service soit un PCPE.

Les établissements fonctionnant 210 jours

S'agissant de l'internat : le taux contractualisé d'occupation est de 90 %.

Une file active de 1,1 est contractualisée en soutien d'un accueil plus séquentiel.

S'agissant du semi-internat : le taux contractualisé est de 90 %.

Les personnes bénéficiaires d'une modalité externalisée soutenue par un service sont comptabilisées dès lors qu'elles sont internes : les heures externalisées ne se substituent pas à l'accompagnement de semi-internat, elles sont comprises dans l'accompagnement. La file active est également de 1,1.

S'agissant des activités des services rattachés à un établissement, hors SESSAD et PCPE, ces activités comprennent : l'accueil de jour, les équipes mobiles mais également les accueils de jour temporaires d'essai ou mis en œuvre au titre d'un PAG :

- Une place de service = 1/3 d'une place d'internat.
- Que l'activité fasse l'objet de places dédiées ou soit assurée par voie conventionnelle en mobilisant le plateau technique de l'établissement, le taux d'occupation est de 90 % sur les places dédiées et l'activité est prise en compte dans les journées de semi-internat. Une file active de 1,3 est définie.

« classe » externalisée doit accueillir au moins 6 jeunes²⁸.

– L'accueil doit permettre des allers et retours entre modalité externalisée et modalité internalisée de l'unité d'enseignement, accueil d'un jeune d'un autre établissement....

– Le dispositif d'unité d'enseignement comprend les deux modalités externalisée et internalisée, et tous les modes de scolarisation individuelle. La modalité internalisée est une modalité passerelle ne pouvant qu'exceptionnellement consister en une scolarisation de manière continue supérieure à l'année scolaire.

– L'activité liée aux modalités externalisées de scolarisation entre dans l'activité de semi-internat. La

²⁸ Instruction n° DGCS/3B/2016/207 du 23 juin 2016 relative au cahier des charges des unités d'enseignement externalisées des ESMS

Les Service d'éducation spécial et de soins à domicile (SESSAD)

Le principe socle conjugue un taux d'occupation contractualisé sur la base de 90 % et une file active variable selon les projets de service.

Le taux d'occupation contractualisé est de 90 % au sens ANAP : activité réalisée sur prévisionnel en fonction de la file active propre aux bouquets de service retenus par le SESSAD.

SESSAD implanté en proximité : toutes déficiences, Troubles de la conduite et du comportement (TCC) et Déficience intellectuelle (DI) implantés sur chacun des territoires de proximité

Le nombre d'ETP permet d'estimer le volume total annuel d'heures disponibles de professionnels :

70 % a minima doivent être consacrés aux prestations liées directement à la mise en œuvre du projet personnalisé des jeunes accompagnés, que les actes soient exercés dans un cadre individuel ou collectif, avec une intervention directe auprès du jeune ou indirecte auprès des aidants, la fratrie et les environnements.

Un maximum de 30% de ce volume horaires est consacré aux activités connexes de l'accompagnement des jeunes (réunions, déplacements, projets transverses...).

La file active est comprise dans une fourchette de 1.3 à 1.8 selon les services telle que résultant de l'analyse de l'activité des SESSAD en ex Rhône-Alpes (rapports activités 2014). Elle résulte de la modulation des prestations et de la possibilité de définir 3 catégories de services.

Les heures sont comptabilisées - sur la base d'une définition résultant des nomenclatures SERAFIN PH - comme suit : heures au cours desquelles les prestations de soins et d'accompagnement sont délivrées au bénéfice direct du jeune.

Ainsi, selon que le service propose en moyenne, et par semaine, des prestations par jeune équivalentes à :

Des services à intensité modérée : moins de 5 Heures par semaine, il pourra accueillir 1,8 jeune sur la même place autorisée et financée.

Des services à intensité moyenne : de 5 à 10 heures, il pourra accueillir 1,5 enfant par place.

Des services à intensité forte : au-delà de 10 heures, il pourra accueillir 1,3 enfant par place.

Un service peut ainsi compter une file active relevant de l'une de ces catégories de services (pour la totalité de son activité) ou une file active combinant

les trois types de services selon les besoins des publics accompagnés.

La capacité du service à mettre en œuvre une file active supérieure à 1.3 en fonction de son taux d'encadrement est estimée en fonction du nombre d'heures techniques après avoir défalqué le temps consacré aux activités supports (réunions, déplacements, projets transverses.....) ne dépassant pas 30 % du volume horaire annuel.

Aussi, et afin de s'assurer que chaque enfant soit réellement intégré dans la file active, il n'est comptabilisé qu'à partir du moment où au moins 4 actes par semaine sont accomplis à son égard.

Dans le cadre d'un fonctionnement en dispositif, l'activité contractualisée de chacune des modalités est calculée sur les mêmes bases que celles précisées pour les services, l'accueil de jour, l'externalisation des UE et l'hébergement.

Le cumul de modalités pour un enfant ne vaut pas comptabilisation de l'enfant pour chacune des modalités.

Il s'agit de distinguer le nombre de jeunes accompagnées par modalité en file active et fluidité des accompagnements.

La non-atteinte des objectifs contractualisés fait l'objet d'une analyse annuelle. Il conviendra de distinguer les causes d'ordre conjoncturel et celles appelant des mesures d'ordre plus structurel tenant également compte des éléments comparatifs d'évaluation.

Les SESSAD de niveau 2 en termes d'accompagnement

Sont considérés comme SESSAD de niveau 2 les services assurant l'accompagnement des personnes présentant des :

troubles du spectre autistique,
handicaps moteurs,
polyhandicaps,
déficits sensoriels,
déficiences intellectuelles avec spécialisation,
DYS sévères et troubles associés.

La file active est de 1,3 et le taux contractualisé d'occupation à 90%. Le calcul de l'activité est projeté sur les principes décrits plus haut. Ainsi, pour une file active de 1,3, l'intensité d'accompagnement est forte (plus de 10 heures par semaine).

Les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)

Chaque PCPE définit sa file active. Le taux d'activité est de 90%. Le nombre d'actes minimum est de 2 par semaine. Lorsque le PCPE a été construit à partir d'une reconversion de places, l'hypothèse d'une place pour 3 suivis est réaliste.

Les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Une file active liée à l'intensité d'accompagnement et au projet de service sera contractualisé selon les modalités définies dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'organisme gestionnaire (file active de 1,3 à 1,8).

Le nombre d'actes à réaliser par semaine et par personne accompagnée sera déterminé en fonction du public et de l'intensité des accompagnements et sera intégré dans le CPOM.

Le fonctionnement en dispositifs

Le dispositif intégré est défini en nombre de modalités. Chaque modalité est décrite dans le CPOM. L'activité contractualisée de chacune des modalités se réfère aux règles définies plus haut.

La mise en œuvre de l'inclusion scolaire et le développement des unités d'enseignement externalisées (UEE) aura pour conséquence le développement de ce fonctionnement au-delà des structures dédiées au public des DITEP.

File active en Etablissement de service d'aide par le travail (ESAT)

Conformément à l'annexe 2 de la circulaire du 2 mai 2017, les ESAT devront s'organiser pour une gestion plus souple des places autorisées, en présentant un rapport d'activité en ETP et non en nombre de travailleurs handicapés.

Extraits de la circulaire: « Pour fluidifier les parcours et garantir l'effectivité du droit au retour, il sera pertinent de revoir la gestion des places d'ESAT notamment en optimisant leur taux d'occupation sur l'année (lissage annuel permettant des sureffectifs temporaires y compris pour les droits au retour). De même les temps partiels et séquentiels devront être

Le CPOM permettra également de contractualiser un taux d'occupation plancher.

Les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Des cibles d'activité sont précisées, ci-dessous, et seront intégrées aux CPOM :

Concernant la durée de prise en charge, l'objectif est d'augmenter le taux de rotation de la file active de manière à diminuer les listes d'attentes.

Cible : la durée d'accompagnement devra être inférieure ou égale à 2 années pour 70 % des enfants accueillis.

Concernant l'activité d'accompagnement hors diagnostic (nombre de prestation directe).

Cible : au moins un acte facturable par semaine et par enfant et requis lorsque ce dernier est en traitement Concernant le partenariat et la coopération avec les acteurs du territoire.

Cible : 50 % des heures de réunions de suivi d'enfants incluront des partenaires extérieurs.

Outre l'inclusion en milieu ordinaire scolaire comme axe prioritaire du fonctionnement en dispositif, une prestation préventive sur les listes d'attente est à considérer comme une modalité en tant que telle.

Ces deux activités soutiennent le rôle du DITEP en direction des environnements de droit commun.

favorisés en passant d'une logique de places à une logique d'effectif réel mobilisé »

Un taux cible de sortie de 7 % est attendu. Ce taux est applicable aux personnes admises dans l'ESAT ainsi qu'aux personnes figurant sur la liste d'attente de l'ESAT afin de soutenir, par l'évaluation, des projets professionnels en milieu ordinaire. De façon générale, ce taux doit toutefois être pondéré, non pas à l'aune de la population globale en ESAT, mais à celle de la population d'ESAT pour laquelle une sortie de l'établissement est envisageable.

Durée d'ouverture de l'hébergement permanent

Les FAM et les MAS sont ouverts 365 jours/an.

Les IME, ITEP et IEM sont ouverts 210 jours/an au minimum.

● LES CIBLES QUALITÉ ET EFFICIENCE

Parmi les leviers majeurs à mobiliser pour l'évolution de l'offre de l'accompagnement médico-social dans les 5 ans figurent :

La généralisation des CPOM alliant recomposition, performance et qualité des accompagnements (respect des RBPP/ analyse des pratiques/indicateurs qualités).

La qualité des interventions (plan d'amélioration continue de la qualité et conformité aux RBPP).

L'accompagnement de l'évolution des pratiques professionnelles et le renforcement qualitatif de l'offre existante.

C'est pourquoi les cibles qualité et efficacité élaborées dans le cadre de la construction du CPOM type régional sont affirmées dans la présente annexe du schéma régional de santé. Ces cibles choisies pour leur caractère emblématique et/ou stratégique sont assorties d'indicateurs couplés à une valeur initiale et une valeur cible à 5 ans.

Cette démarche est cohérente avec les RBPP de l'ANESM sur l'évaluation qui propose des indicateurs quantitatifs de résultats à suivre par les plans d'amélioration continue de la qualité.

L'objectif n'est cependant pas de produire un instrument de sanction en cas de cible non atteinte

mais bien de mesurer l'effort produit par les gestionnaires pour améliorer la qualité de leurs prestations en partant d'un niveau qu'ils déclareront eux-mêmes (valeur initiales).

Les cibles qualité et efficacité sont tout à la fois une entrée d'analyse du fonctionnement et de la qualité des prestations de chaque ESMS mais aussi une entrée d'analyse collective par questionnaire et plus largement au niveau régional une analyse de l'ensemble du secteur.

Ainsi, pour l'amélioration de la qualité des prestations les questionnaires sont amenés à conjuguer la mise en œuvre d'une gouvernance et d'une organisation efficaces. Pour ce faire, la gestion de la ressource humaine et la qualité de vie au travail sont des enjeux de performance du fonctionnement des structures pour mieux répondre à la demande des usagers.

Les ressources humaines font l'objet de cibles qualité et efficacité identifiées en tant que leviers de l'amélioration des pratiques professionnelles favorisant la qualité des accompagnements et prises en charges.

Qualité des prestations

Qualité et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement

Objectif : Garantir la sécurité et la continuité des prises en charge en développant la culture du risque et du signalement de l'évènement indésirable grave

Indicateur 1 : taux ESMS ayant réalisé une auto-évaluation du circuit du médicament et formalisé un plan d'actions d'amélioration permettant sa sécurisation.

Cible : > 80 % des ESMS au terme du SRS.

Indicateur 2 : taux ESMS ayant analysé au moins 80 % de leur EIG.

Cible : 80 % des ESMS au terme du SRS.

Objectif : Renforcer la sécurité des usagers par la prévention et l'accompagnement des comportement-problèmes

Indicateur : taux ESMS ayant élaboré et mis en œuvre un plan d'action suivant la RBPP comportement problème.

Cible régionale : 80 % des ESMS (ont un plan d'action) au terme du SRS.

Bien-être et respect de la dignité des résidents / personnalisation de l'accompagnement

Objectif : S'assurer de la prise en compte des attentes et besoin des résidents

Indicateur : Taux ESMS ayant créé ou actualisé le projet personnalisé pour 100 % de leurs résidents ayant au moins 12 mois d'ancienneté.

Cible régionale : 100 % des ESMS au terme du SRS.

Adéquation de la population et connaissances des besoins en prestations

Objectif : Promouvoir la mise en adéquation des prestations et des besoins (au sens de la nomenclature SERAFIN-PH)

Indicateur : taux ESMS ayant mis en place un SI décrivant les prestations servies dans le projet personnalisé.

Cible régionale : 100 % des ESMS sur la durée du SRS.

Objectif : Améliorer l'accompagnement auprès des enfants et adolescents avec TSA dans le cadre d'un projet personnalisé prenant en compte les besoins et ressources du jeune (secteur enfant).

Indicateur : taux ESMS ayant formés au moins 25 % de ses personnels tous métiers confondus à la RBPP autisme.

Cible régionale : 100 % des ESMS ayant une autorisation TSA enfant.

Soins médicaux et infirmiers à visée préventive, curative et palliative

Objectif : Garantir le repérage des besoins somatiques conformément à la RBPP Comportement-Problème

Indicateur : taux ESMS utilisant la nomenclature SERAFIN-PH (bloc 1,1) dans l'autodiagnostic en primo CPOM ou renouvellement.

Cible régionale : 100 % des ESMS en procédure de contractualisation.

Les ressources humaines

Politique des ressources humaines

Objectif : Définir les orientations stratégiques « ressources humaines » dans le projet d'établissement

Indicateur : taux d'ESMS ayant rédigé le volet « ressources humaines ».

Le volet « ressources humaines » doit comprendre :

- La définition des orientations et des objectifs de la gestion des ressources humaines.
- Un bilan de la situation « ressources humaines » (pyramide des âges, glissement vieillissement technicité (GVT), effectifs par catégorie professionnelle, (GPEC).
- Le cadre de la régulation sociale (fonctionnement des IRP, Instances).
- La démarche qualité de vie au travail et RPS.
- Le plan d'actions prioritaires.
- Le projet organisationnel (système d'informations RH, modalités et procédures...).

Cible régionale : 100 % des ESMS ayant rédigé le volet « ressources humaines » au terme du SRS.

Objectif : Analyser les publics accueillis pour mieux identifier les besoins en compétences

Indicateur : taux d'ESMS ayant renseigné les « profils de personnes accompagnées répartition en fonction des types de déficiences observés ».

Cible régionale : 100 % des ESMS ont renseigné le TDB au terme du SRS.

Prestations en matière d'autonomie

Objectif : Soutenir l'accompagnement des personnes dans l'exercice de leurs rôles sociaux (secteur adulte)

Indicateur : taux ESMS ayant au moins une action relative à la pair-aidance.

Cible régionale : 50 % des ESMS ont au moins une action relative à la pair-aidance.

Prestations pour la participation personnalisée de l'accompagnement

Objectif : Prévenir la chronicisation de l'accompagnement (secteur enfant)

Indicateur : taux de réalisation des bilans approfondis à partir des nomenclatures SERAFIN PH pour les jeunes ayant effectué une durée de séjour de 2 ans.

Cible : l'ESMS doit réaliser 100 % des bilans approfondis à partir des nomenclatures SERAFIN PH pour les résidents ayant effectué une durée de séjour de 2 ans.

Objectif : Développer une démarche qualité de vie au travail et de prévention des risques psycho-sociaux

Indicateur 1 : taux d'ESMS ayant rédigé le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).

Cible régionale : 100 % de DUERP formalisé au terme du SRS

Indicateur 2 : le taux d'absentéisme au sein des ESMS.

Cible régionale : 100 % des ESMS dont le taux d'absentéisme est supérieur à 10 % élaborent un plan d'action l'année qui suit.

Adaptation des pratiques professionnelles à l'évolution des publics accueillis

Objectif : Adapter le plan de formation à l'évolution des publics accueillis et mettre en œuvre les RBPP (ANESM) et les plans nationaux

Indicateur : selon le type de structure et le public accueilli : taux d'ESMS ayant formé les professionnels exerçant auprès de l'utilisateur (filières soin et social) :

- A l'autisme.
- Aux « comportement-problèmes ».
- A la prise en charge somatique.

Cible régionale : 100 % des ESMS ont formé les professionnels exerçant auprès de l'utilisateur (filières soin et social) aux thématiques de l'indicateur.

Indicateur : selon le type de structure et le public accueilli : taux remplissage du Livret Autisme Auvergne-Rhône-Alpes (LAARA).

Cible régionale : 100 % d'ESMS ont renseigné le livret LAARA

Objectif : Piloter la transversalité, la pluridisciplinarité et valoriser les expertises (logique de parcours « dans et hors les murs »)

Indicateur : taux d'intégration des formations croisées entre professionnels du médico-social avec des professionnels d'autres secteurs (éducation nationale, protection de l'enfance, service public de l'emploi, secteur sanitaire...) dans les plans de formation à destination des personnels exerçant auprès de l'utilisateur (filières soin et social).

Cible régionale : 100 % des ESMS ont intégré les formations croisées dans leur plan de formation.

Déclinaison à 5 ans par département

01

● DÉPARTEMENT DE L'AIN

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département de l'Ain devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

Aujourd'hui, le département ne dispose pas de CMPP. Il serait nécessaire de créer une offre qui pourrait assurer les missions dévolues au CMPP.

CAMSP

Le département de l'Ain dispose de 2 CAMSP et 2 antennes. Le Bugey est dépourvu de CAMSP à

proximité, mais dispose d'un temps de professionnel en tant que personnes ressources petite enfance, au sein du SESSAD de Belley, qui tient le rôle de relais entre les structures existantes sur le territoire à partir du 1^{er} janvier 2018 (CPOM ADAPEI).

Un établissement secondaire sur ce territoire serait à développer. La mise en œuvre d'une antenne de CAMSP déjà existant pourrait s'envisager.

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Scolarisation

En application de la convention du 21/09/2016 conclue entre l'ARS et les 3 académies de la région :

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

Le département dispose actuellement de 8 dispositifs externalisés pour 18 établissements disposant d'une unité d'enseignement. Le taux d'unités actuellement externalisées s'élève donc à 44 %.

A horizon 2019, 5 nouvelles unités externalisées seront ouvertes dans le cadre d'engagements CPOM, liés à la restructuration de l'ITEP de VAREY (80 jeunes accueillis) et à l'évolution de l'offre de services de l'IME Georges Loiseau (ADAPEI). Le taux sera ainsi porté à hauteur de 72 %.

Un travail reste à mener pour atteindre les 80 % en 2021 : soit au moins 2 ouvertures supplémentaires, dans des établissements n'ayant pas encore développé de modalités externalisées.

A ce jour 82 élèves bénéficient d'une modalité externalisée, soit 12 % des enfants actuellement en unités d'enseignement au sein des établissements. Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

SESSAD

Le taux d'équipement de l'Ain est légèrement supérieur au taux régional, et se caractérise par une offre de SESSAD « toutes déficiences » élevée. Une meilleure adéquation des réponses aux besoins doit être recherchée par une meilleure prise en compte de certains publics prioritaires (TSA, TCC et déficiences sévères).

Ces SESSAD sont, en 2017, principalement rattachés à des IME. Par le biais de la file active (minimum 1,3), près de 780 accompagnements pourraient être réalisés sur une année.

Les travaux engagés dans le cadre de la mise en œuvre d'engagements CPOM, d'une part et du dispositif intégré ITEP d'autre part, permettront une re-composition de l'offre par redéploiement de lits en places de SESSAD notamment en direction de publics IME, des publics DYS et des publics TCC (Cf. infra).

ITEP et fonctionnement en dispositif

Le taux d'équipement départemental est supérieur au taux régional (2,48 contre 1,35) et notamment en places d'internat : 330 places d'internat dont 46 en séquentiel, pour 89 de semi-internat et 109 places en SESSAD. Soit plus de 100 places de plus que le taux régional.

Au 31 décembre 2017, la répartition de l'offre est la suivante : 61 % de l'offre est de l'internat, 18 % du semi internat et enfin 21 % de l'offre représente les services.

Pour tendre vers une offre Internat < Semi-Internat < services, le département devra faire évoluer son offre comme suit :

moins de 140 places d'internat,
moins de 140 places de semi internat,
et plus de 180 places de SESSAD,
afin d'obtenir les ratios suivants : 30 % de l'offre en Internat, 30 % en Semi-Internat et 40 % de services.

La feuille de route départementale DITEP fait état de zones blanches en matière d'offre pour les enfants, adolescents et jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Une partie des SESSAD actuels (toutes déficiences) sera réorientée vers le public ITEP. De plus, un redéploiement d'un certain nombre de places d'internat d'ITEP permettra de créer une offre de services notamment sur les zones blanches du département (Pays de Gex, en Bresse et autour de Belley notamment).

IME et fonctionnement en dispositif

Les places d'IME en revanche sont peu développées dans l'Ain (taux d'équipement de 3,60 contre 4,71 en région). En conséquence, pour se doter d'une offre en places d'internat et de semi-internat, le département pourrait bénéficier, au-delà des modalités à faire évoluer, de la recomposition de l'offre ITEP. Il manque plus de 100 places d'IME pour atteindre le taux régional.

La cible est une recomposition progressive de 50 à 100 places d'ITEP internat au profit du public IME déficience moyenne à profonde.

Dans ce cadre, le projet de restructuration de l'établissement Marcel Brun (PEP01) constitue une opportunité sur le territoire du Bugy.

En outre la recomposition de l'ITEP de VAREY en cours, permettra d'améliorer l'offre disponible sur le secteur du pays gessien, pour le public IME notamment. Cette recomposition se traduit de la façon suivante : 40 places d'internat, 40 places de semi internat et 80 places de services ambulatoires en lieu et place de 54 places d'internat et 12 places de semi-internat

Pôles de compétence et de prestations externalisées

Au 31 décembre 2017, 5 PCPE ont été labellisés sur le département et un sixième est en cours d'instruction. Les publics ciblés : troubles psychiques, TSA, troubles du comportement, troubles DYS.

Un travail de mise en cohérence des secteurs d'intervention est mené pour mailler au mieux le département, et permettre aux PCPE d'assurer leur appui à la Réponse accompagnée pour tous, en particulier dans le cadre du dispositif d'orientation permanent. Le PCPE est un effecteur de la MDPH dans une logique préventive s'agissant des listes d'attente et dans une logique de ressource dans le suivi des plans d'accompagnement global.

Unité d'enseignement maternelle

Le retour d'expériences de l'UEM sur la commune de Preussin-Moëns est très positif, pour les enfants, les parents, et l'ensemble des acteurs de l'école. L'enjeu porte sur la pérennisation de l'UEM dans cette école. Dans le cadre du 4^e plan, et au regard des besoins du territoire, sera envisagée la mise en œuvre d'un dispositif de type UEM supplémentaire.

Insertion professionnelle

L'emploi accompagné

Le département bénéficiera à compter de 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné portée par MESSIDOR, financée par l'ARS, l'AGE-FIPH et le FIPH-FP, dans un cadre interdépartemental avec la Savoie et la Haute-Savoie.

ESAT

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements, et ce dans le cadre de la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique :

ESAT de transition : chaque département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment). A ce jour, le département est pourvu d'un ESAT de transition.

En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

ESAT places dédiées au handicap psychique : l'offre de places pour personnes souffrants de handicap psychiques est actuellement de 146 places, soit 15% du nombre de places d'ESAT total ; le PRS 2 doit permettre, au gré des évolutions de ces établissements d'atteindre la cible de 20 % au profit de ce public (soit 52 places de plus).

Par ailleurs, le département de l'Ain dispose d'une structure innovante au sein de « l'ESAT hors les murs » de LADAPT qui permet de répondre aux besoins des entreprises tout en enrichissant le projet professionnel des personnes handicapées.

Tableau n°95 : Nombre de places installées au 31 décembre 2017 dans l'Ain

Nombre de places ESAT installées	Nombre de places handicap psychique installées	% places handicap psychique inst./ total inst.	Cible 20 % en nombre de places	Nombre de places à requalifier*
989	146	14,76 %	198	52

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017 - DREES

* Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible

CRP

Les 2 structures implantées sur le département (140 places), à vocation interrégionale, évolueront dans les années à venir conformément à la réforme annoncée par la DGCS. Dans l'attente, l'ARS a inscrit des orientations spécifiques dans le schéma régional qui devront être mises en œuvre.

D'ores et déjà, le CRP géré par LADAPT s'est engagé dans le cadre de son CPOM à créer, sur le département, une équipe mobile qui sera amenée à intervenir sur les bassins de vie des jeunes (16-25 ans) pour leur permettre d'élaborer leur projet professionnel et les accompagner dans la construction de celui-ci et en mobilisant le droit commun en termes de formation.

Habitat inclusif

La volonté de créer une offre de logement novatrice et inclusive est affirmée :

en soutenant les projets portés par certaines associations : projets d'appartements pour cérébraux-lésés à Oyonnax, projet APF pour handicapés moteurs, initiative de « enfants soleil » tournée vers l'inclusion des personnes handicapées mentales...,

en permettant une utilisation optimale de la prestation de compensation du handicap (PCH) pour la mise en œuvre de projets de mutualisation.

Dans le champ du handicap psychique, est prévue sur le département de l'Ain au moins une offre de service médico-social, conjuguée à de l'intermédi-

ation locative et déployant les pratiques de réhabilitation psycho-sociale. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

Répit

Actuellement, le département de l'Ain dispose de :

Offre en FAM : 10 places d'accueil de jour et 2 places d'accueil temporaire en direction d'adultes polyhandicapés et/ou vieillissants.

Offre en MAS : 7 places d'accueil temporaire.

Une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants non professionnels de personnes avec autisme) a ouvert en janvier 2017 sur 7 places.

Par ailleurs, la création d'une unité indépendante d'accueil de jour au sein d'un FAM, portant la capacité d'accueil à 12 places (+4) viendrait compléter cette offre, sous réserve de disponibilités de crédits.

Chaque établissement doit développer, seul ou en partenariat, une offre d'aide aux aidants conformément à l'action 12 de la démarche nationale en faveur des aidants : accueils séquentiels, accueil de jour, répit, urgence...

Sur le champ de l'autisme, une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants est en place depuis le 1^{er} janvier 2017.

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

La restructuration de l'offre en SAMSAH

Le département, doté de 2 SAMSAH spécialisés, présente un taux d'équipement conforme à la moyenne régionale, mais une absence d'offre généraliste et des zones non couvertes.

Les orientations seront donc de :

Développer une offre sur tout le territoire, en couvrant les zones blanches.

Augmenter le nombre des accompagnements par l'effet de la file active.

L'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique pourra être prise en compte par le biais d'une extension/transformation d'un SAMSAH existant sur le département dans le cadre du futur appel à projet sur cette thématique.

L'offre de FAM MAS

Le département est peu doté en MAS avec un écart au taux régional de 0,21. Toutefois, plusieurs projets sont en cours :

Par mesures nouvelles : 1 FAM pour adultes présentant une épilepsie sévère pharmaco-résistante ouvrira en 2018.

Par recomposition : création de 8 places de MAS supplémentaires pour adultes polyhandicapés et extension de 4 places de FAM dont 1 d'accueil temporaire (CPOM ADAPEI).

Par fongibilité : 1 FAM pour personnes porteuses de troubles psychiques, cérébro-lésés et atteintes d'encéphalopathie d'origine alcoolique et 1 MAS à horizon 2021 (ORSAC).

Le département ne dispose pas à ce jour d'établissements pour adultes autistes. La création d'une offre pour adultes autistes pourrait être étudiée en

fonction des orientations du 4^e plan autisme et des marges régionales disponibles.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

Le département de l'Ain est pourvu de places de FAM pour handicapés vieillissants ainsi que de places d'EHPAD dédiées. En outre, une offre résidentielle inclusive pour les personnes retraitées d'ESAT et les PHV à domicile, par la création d'une section pour handicapés vieillissants de 13 places ouvrira au cours du schéma.

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :

L'adaptation de l'offre existante des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

L'adaptation ou le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestionnaires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant ; une offre de ce type devra être installée sur ce territoire.

La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures, à moyens constants.

GEM

Tableau n°96 : Nombre de GEM dans l'Ain au 31 décembre 2017

NOMBRE DE GEM DEPARTEMENT		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
4		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébro lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébro lésés</i>
3	1	43	3

Source : ARS-DA-pôle planification

Tableau n°96bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

AIN	AUVERGNE-RHONE-ALPES
2	21

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infra-régionale sera présentée début 2018.

Territoires de parcours et de coopération

L'approche innovante mise en œuvre sur le territoire de GEX/BELLE GARDE doit être entretenue en ce qu'elle inscrit la dynamique inter-organismes gestionnaires comme support de réponses innovantes et coordonnées et à même d'atténuer les enjeux en termes de ressources humaines rencontrés à la frontière avec la Suisse.

Le maillage territorial des PCPE dessine progressivement des approches similaires sur d'autres territoires infra-départementaux.

De façon générale, en déclinaison des orientations de l'annexe médico-sociale du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours

Par ailleurs, une mesure nationale visant la création de GEM spécifiques autisme est envisagée dans le cadre du 4^e plan autisme.

afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est notamment attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

03

● DÉPARTEMENT DE L'ALLIER

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département de l'Allier devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

Le département dispose d'un seul CMPP sur le bassin Moulins. Celui-ci se mettra en adéquation avec le nouveau cahier des charges régional.

Le développement de l'offre de CMPP sur les autres bassins pour assurer une bonne couverture territoriale sera étudié en adéquation avec les orientations régionales et les opportunités de reconversion dans le cadre de la négociation des CPOM.

CAMSP

Le département dispose de 3 CAMSP hospitaliers, répartis sur chacun des trois bassins de vie principaux qui s'inscriront dans les évolutions attendues.

Dispositif complémentaire pour les moins de 6 ans : 2 unités rattachées aux SESSAD de Moulins (mai 2015) et de Montluçon (janvier 2016) viennent en soutien des structures de la petite enfance et des écoles maternelles pour accueillir des jeunes enfants porteurs de handicaps. Ces unités assurent également le plus souvent l'annonce du handicap aux parents et l'accompagnement auprès des institutions.

Un projet d'extension du dispositif « Petite enfance » sur le bassin de Vichy après évaluation des services existants et selon les opportunités d'évolution de l'offre (partenariat avec MSA et Conseil Départemental).

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Scolarisation

En application de la convention conclue entre l'ARS et les 3 académies le 21/09/2016 :

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

Le département dispose actuellement de 25 dispositifs externalisés pour 11 établissements disposant d'une unité d'enseignement. Le taux d'unités présentant au moins une modalité externalisée est donc de 100 %, objectif conventionnel atteint. Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

SESSAD

La gradation de l'offre en SESSAD existe : le département dispose de SESSAD spécialisés (TCC, déficience visuelle) avec une couverture départementale. Il dispose sur chaque bassin de vie de services à multiple vocation (déficience intellectuelle, déficience motrice, déficience auditive, handicap psychique, TSA...).

La mise en œuvre de la file active sur ces services permettra d'accompagner plus de 410 enfants au cours d'une même année (application file active « plancher » à 1,3).

Des zones prioritaires, sur des territoires de parcours et de coopération, ont été identifiées :

concernant le polyhandicap et les déficiences graves de la communication (DYS sévères) : bassins de Moulins et Vichy,

concernant le handicap psychique : bassin de Montluçon,

concernant l'autisme : bassin de Vichy.

De manière générale, le développement de l'offre en SESSAD se fera par redéploiement de places d'IME et/ou de moyens.

Projet d'accompagnement d'adolescents en situation complexe nécessitant des interventions partagées avec l'aide sociale à l'enfance et la protection judiciaire de la jeunesse par des structures de type SESSAD et en lien avec les secteurs de pédopsychiatrie.

L'évolution des SESSAD ayant des places 16-25 dédiées à l'insertion professionnelle et sociale (Montluçon), parfois associés à des SAVS (Moulins et Vichy) devra s'inscrire dans une coopération avec le CRP pour le développement des compétences et qualifications professionnelles des jeunes.

ITEP et fonctionnement en dispositif

Le seul ITEP implanté sur le département est engagé dans la démarche (création d'antennes en semi-internat, déploiement de places de SESSAD...).

L'Allier se caractérise par une offre équilibrée en places d'internat, de semi-internat et de services : 31 d'internat, 34 % de semi-internat, et 35 % de services.

La feuille de route départementale préconise avant tout une prévention des ruptures, et une plus grande coordination des acteurs.

IME et fonctionnement en dispositif

Compte tenu du taux d'équipement du département et du coût € par habitant, une perspective de transformation de places d'IME, avec redéploiement des moyens, est à conduire pour permettre de couvrir les besoins identifiés en places de services dédiées à l'enfance et aux adultes sous la forme :

de création de places adultes à caractère interdépartemental à la frontière avec le bassin intermédiaire de Vichy, en cohérence avec les flux naturels de population, d'équipes mobiles et de services ambulatoires en soutien des structures sociales et médico-sociales, de réponses aux situations complexes, à l'adaptation des parcours et aux mesures attendues dans les plans nationaux et à la stratégie nationale au soutien aux structures sociales et médico-sociales.

L'évolution en dispositif peut être envisagée pour chaque IME.

Pôles de compétence et de prestations externalisées

Au 31 décembre 2017, 2 PCPE ont été labellisés sur Moulins. Les publics ciblés : enfants porteurs de TSA, troubles psychiques, troubles du comportement, déficiences intellectuelles et troubles associés.

Un travail de mise en cohérence des secteurs d'intervention est mené pour permettre aux PCPE

d'assurer leur appui à la réponse accompagnée pour

Tableau n°97 : Nombre de places installées dans l'Allier au 31 décembre 2017

Nombre de places ESAT installées	Nombre de places handicap psychique installées	% places handicap psychique inst./ total inst.	% cible de places psy souhaité	Nombre de places à requalifier*
700	153	22 %	26 %	31

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017 – DREES

* Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible.

CRP

tous, en particulier dans le cadre du dispositif d'orientation permanent. Le PCPE est un effecteur de la MDPH dans une logique préventive s'agissant des listes d'attente et dans une logique de ressource dans le suivi des plans d'accompagnement global.

Une offre PCPE sera à développer sur les bassins de Vichy et Montluçon, par redéploiement de moyens.

Une extension des PCPE aux adultes sera à envisager, après évaluation des PCPE existants.

Unité d'enseignement maternelle

1 UEM Autisme implantée à Moulins, en fonctionnement.

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Le département bénéficiera à compter de 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné, portée par la société ADIS conseil et formation, financée par l'ARS, l'Agefiph et le FIPH-FP, dans un cadre interdépartemental avec le Cantal et le Puy-de-Dôme.

ESAT

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements, et ce dans le cadre de la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique :

ESAT de transition : chaque département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment).

En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

ESAT places dédiées handicap psychique : cible de 20% de l'offre à atteindre.

Ces structures à vocation régionale, voire interrégionale, feront l'objet d'une réforme nationale. Dans l'attente, l'ARS a inscrit des orientations spécifiques dans le schéma régional. Les territoires concernés par l'implantation de CRP appliqueront donc les orientations définies.

Un volet pour jeunes 16-25 ans devra être envisagé dans le cadre du CRP actuel, à moyens constants.

Habitat inclusif

Le département développera a minima deux modalités d'habitat inclusif à vocation médico-sociale, à destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique.

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé.

Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des terri-

toires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

Répit

Tableau n°98

Structure	Hébergement temporaire	Accueil de jour
MAS	4	4
FAM	7	12

Chaque établissement doit développer, seul ou en partenariat, une offre d'aide aux aidants conformément à l'article 12 de la démarche nationale en faveur des aidants.

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

La restructuration de l'offre en SAMSAH

Le département dispose de 3 SAMSAH, implantés respectivement sur chacun des 3 bassins de vie principaux que sont Moulins, Vichy et Montluçon.

1 SAMSAH spécialisé (polyhandicap) et 2 SAMSAH généralistes. Il apparaît opportun de couvrir les besoins du bassin de vie de Montluçon en SAMSAH généraliste, et ce, par redéploiement.

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé.

L'offre de FAM MAS

Le département présente une offre en MAS et FAM supérieure à la moyenne régionale et répond aux besoins des personnes polyhandicapées mais également présentant des besoins spécifiques : autisme, personnes handicapées vieillissantes et cérébro-lésés en MAS et déficience motrice et visuelle, PHV en FAM.

La transformation de places de MAS (en AJ notamment), par redéploiement, sera à envisager sur du moyen terme et l'évolution de l'offre pour adultes handicapés est à conduire afin d'organiser une offre inter-départementale sur le bassin de Vichy et le Nord du Puy de Dôme au regard de l'étude visant à

mieux identifier la nature des besoins sur ces deux territoires.

Par ailleurs, 2 opérations engagées précédemment seront prévues :

une extension de 8 places de FAM TSA (3^e plan), extension MAS Yzeure 18 places pour répondre aux hospitalisations inadéquates en psychiatrie (fongibilité asymétrique à partir de la dotation de psychiatrie).

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :

L'adaptation de l'offre existante des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

L'adaptation ou le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestionnaires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant.

La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux

partagés entre les structures, par mutualisation de moyens.

GEM

Tableau n°99 : Nombre de GEM dans l'Allier au 31 décembre 2017

NOMBRE DE GEM DEPARTEMENT		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
3		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>
2	1	43	3

Source : ARS

Tableau n°99bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

ALLIER	AUVERGNE-RHONE-ALPES
4 (cérébro-lésés et Autisme)	21

Demandes recensées auprès de la CNSA pour les besoins 2007-2019

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infra-régionale sera présentée début 2018.

Par ailleurs, une mesure nationale visant la création de GEM spécifiques autisme est envisagée dans le cadre du 4^e plan autisme.

Territoires de parcours et de coopération

L'expérience de l'ABSIM sur le bassin de santé intermédiaire et celle de SAGESS sur le vichyssois traduisent des dynamiques d'articulation et de gouvernance des coopérations inter organismes gestionnaires déjà abouties qu'il s'agit d'entretenir.

De façon générale, en déclinaison des orientations de l'annexe médico-sociale du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives

permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est notamment attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).



● DÉPARTEMENT DE L'ARDÈCHE

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département de l'Ardèche devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

Le département dispose de 4 CMPP et 2 annexes. 1 CMPP sera tête de réseau pour les DYS sévères et un autre en matière de troubles du spectre de l'autisme. Les CMPP devront se mettre en adéquation au cahier des charges régional actualisé.

Un SESSAD TLA intervenant sur bassin de Valence (élargi à l'Ardèche) pourrait servir de tête de réseau. Une réflexion sera à mener sur ce point.

CAMSP

Le département dispose de 4 CAMSP.

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Scolarisation

En application de la convention conclue entre l'ARS et les 3 académies le 21/09/2016 :

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

Le département dispose actuellement de 2 dispositifs externalisés pour 8 établissements disposant d'une unité d'enseignement. Le taux d'unités actuellement externalisées s'élève donc à 25 %. La cible est de 50 % en 2019 et de 80 % en 2021.

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

Deux des trois ITEP ne disposent de modalités externalisées.

L'IME d'Annonay s'inscrit dans une démarche innovante dénommée ARAMIS en soutien de l'externalisation d'une capacité du dispositif d'unités d'enseignements dédiée aux enfants présentant de troubles du spectre de l'autisme.

SESSAD

Le taux d'équipement en SESSAD est inférieur à la moyenne régionale. Les services SESSAD sont en grande majorité polyvalents.

Des zones blanches existent notamment sur le Nord de l'Ardèche. Si la logique de la file active a vocation à favoriser une réponse modulaire et adaptée à davantage d'enfants, il n'en demeure pas moins que la création d'un service sur Annonay est à envisager par redéploiement et/ou transfert de capacités.

Si le département ne dispose pas de service dédié aux déficiences sensorielles, une réponse est apportée par des services implantés en Drôme :

Déficience visuelle : des services implantés en Drôme interviennent en Ardèche dont certains disposent d'antennes en Ardèche. Toutefois, elles nécessitent d'être mieux identifiées (révision de l'autorisation à envisager pour mieux repérer ces places sur le département et dans FINSS).

Déficience auditive et troubles du langage et des apprentissages : services à vocation bi-départementale.

ITEP et fonctionnement en dispositif

Le taux d'équipement en ITEP est supérieur à la moyenne régionale. La conversion de places d'ITEP en SESSAD et non exclusivement sur du SESSAD TCC est à instruire. De même que le respect de la proportion relative des places d'internant, de semi-internant et de services guidera les négociations avec du CPOM avec le gestionnaire ardéchois ; d'autant qu'une sous-occupation d'un des trois ITEP a été constatée.

Les 3 ITEP implantés sur le département sont engagés dans la démarche dite DITEP étant considéré que la feuille de route relativement à l'évolution des ITEP en dispositif est bi-départementale.

Dans le cadre de cette feuille de route bi-départementale, un consensus s'est fait jour en matière d'harmonisation et d'élargissement des autorisations pour les départements de l'Ardèche et de la Drôme :

mixité fille/garçon de toutes les structures,

harmonisation des âges d'accueil de toutes les structures : 6-20 ans avec la possibilité de conserver un accueil plus précoce, ce qui est rendu possible par la réforme des autorisations.

Par ailleurs, des axes et pistes de recomposition et de diversification de l'offre ont été définis :

redéploiement de places d'internat vers du SESSAD, non exclusivement TCC s'agissant de la couverture des besoins d'Annonay, révision du maillage et de la couverture territoriale notamment des services,

étayage par des équipes mobiles et/ou ressources, avec en objectif, une coopération inter-départementale sur les secteurs limitrophes.

Enfin, une dynamique partenariale et des collaborations renforcées ont été engagées avec les deux opérateurs de psychiatrie en Ardèche et en Drôme. Des conventions de partenariats sont envisagées.

IME et fonctionnement en dispositif

Les IME pourront évoluer vers le « Dispositif IME », à l'instar des DITEP, et ce, par anticipation d'une éventuelle réforme réglementaire. L'offre drômoise compense partiellement le déficit relatif d'offre IME en Ardèche. Le coût euro-habitant adulte étant élevé, il conviendra d'étudier les possibilités de transfert de moyens du secteur adulte vers le secteur enfants, en particulier en faveur des IME.

Pôles de compétence et de prestations externalisées

A ce jour, aucun PCPE n'a été labellisé sur le département.

Unité d'enseignement maternelle

1 UEM en fonctionnement à Vals les Bains.

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Le département bénéficiera à compter de 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné, portée par MESSIDOR, financée par l'ARS, l'Agefiph et le FIPH-FP, dans un cadre interdépartemental avec la Haute-Loire et la Drôme.

ESAT

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements, et ce dans le cadre de la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique :

ESAT de transition : chaque département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment). La cible est plus particulièrement celle des 16- 25 ans.

En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

ESAT places dédiées handicap psychique : cible d'au moins 20% des places.

Pour le département de l'Ardèche, compte tenu de l'absence actuellement de places dédiées, la cible est la suivante : passage à 20 %. Soit 128 places à requalifier

Tableau n°100 : Nombre de places installées en Ardèche au 31 décembre 2017

Nombre de places ESAT installées	Nombre de places psy installées	% places psy inst./total inst.	Cible 20 % en nombre de places	Nombre de places à requalifier*
639	0	0	128	128

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017- DREES

* Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible.

Le département ne dispose pas de structure de ce type, ce qui peut expliquer le taux élevé de places d'ESAT.

Les usagers sont orientés vers les départements, limitrophes ou sur d'autres régions, disposant de structures de ce type.

Habitat inclusif

Le département développera a minima deux modalités d'habitat inclusif à vocation médico-sociale, à destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique.

Par ailleurs, un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et

organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

Répit

Actuellement, le département de l'Ardèche dispose d'une offre en MAS de :

4 places d'accueil temporaire,

8 places en accueil de jour.

Chaque établissement doit développer, seul ou en partenariat, une offre d'aide aux aidants conformément à l'action 12 de la démarche nationale en faveur des aidants.

Sur le champ de l'autisme, une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants est en place depuis juin 2017.

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

La restructuration de l'offre en SAMSAH

Le taux d'équipements est très faible, soit 10 places sur l'ensemble du département.

Il conviendra d'optimiser le fonctionnement du SAMSAH handicap psychique qui aujourd'hui ne répond pas intégralement aux besoins. Une extension ou la création d'un nouveau service dans le cadre du cahier des charges régional. La capacité sera définie dans le cadre de l'appel à projets régional.

Un SAMSAH dédié public cérébro-lésé, implanté en Drôme, intervient sur l'Ardèche (territoire limitrophe) pour 8 places.

L'Offre en SSIAD pour les personnes en situation de handicap

Le département de l'Ardèche compte 20 places de SSIAD à destination de PH.

Il conviendra de veiller à l'adéquation de cette offre par rapport aux besoins des PH à domicile.

L'offre de FAM MAS

La diversification de l'offre en MAS vers une offre séquentielle (accueil de jour notamment) est une priorité majeure du territoire. Elle permettra aussi d'envisager un transfert de moyens vers le secteur enfants.

En parallèle, il s'agit au vu des besoins locaux de recentrer les admissions en MAS sur les demandes du département, ce qui permettra de recomposer

géographiquement l'offre pour permettre une meilleure accessibilité.

Rechercher une meilleure couverture territoriale des MAS et FAM :

La réflexion visant à améliorer la couverture territoriale des MAS/FAM est à poursuivre afin de favoriser leur accessibilité et ce, dans une logique inclusive.

Une logique de dispositif adultes à partir d'un plateau technique MAS peut favoriser le redéploiement sur une palette plus large de mode d'hébergement de type FAM mais aussi habitat regroupé.

Un rapprochement entre MAS et EHPAD est envisagée afin de permettre une meilleure fluidité des parcours des personnes handicapées vieillissantes.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers 4 leviers :

L'augmentation de la capacité des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

Le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de

services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestionnaires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant.

La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le

recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures, à moyens constants. Par ailleurs, un projet de PCPE dédié PHV est porté par l'ADAPEI 07

GEM

Tableau n°101 : Nombre de GEM en Ardèche au 31 décembre 2017

NOMBRE DE GEM DEPARTEMENT		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
3		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>
3	0	43	3

Source : ARS pôle planification - DA

Tableau n°100bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

ARDECHE	REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES
2	21

Demandes recensées auprès de la CNSA pour les besoins 2007-2019

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infra-régionale sera présentée début 2018.

Par ailleurs, une mesure nationale visant la création de GEM spécifiques autisme est envisagée dans le cadre du 4^e plan autisme.

Territoires de parcours et de coopération

De façon générale, en déclinaison des orientations de l'annexe médico-sociale du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est notamment

attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département du Cantal devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

Le département dispose d'un seul CMPP. Il devra se conformer au cahier des charges régional actualisé.

Concernant l'établissement d'appui et de ressources pour les publics DYS, le CMPP devra se mettre en lien avec le centre de référence de Clermont Ferrand. Dans la perspective de l'adaptation des prestations aux besoins identifiés, un partenariat et des mutualisations devront être envisagés entre le CMPP et le SESSAD géré par l'association les PEP 15 spécialisé notamment dans l'accueil d'enfants présentant des troubles complexes du langage compte tenu de sa capacité et sa zone d'intervention départementale.

CAMSP

Le département dispose d'un CAMSP et de l'intervention d'un CAMSP interdépartemental sur le nord-est du département.

L'évaluation conjointe avec le Conseil départemental du dispositif expérimental « maison pour apprendre » (financement conjoint ARS/Conseil Départemental du cantal à 50 % chacun) devra être accompagnée et contribuer à l'adaptation des prestations proposées sur le territoire départemental.

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Scolarisation

En application de la convention conclue entre l'ARS et les 3 académies le 21/09/2016 :

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

Sur les 6 unités d'enseignement, une seule présente des modalités externalisées. Pour atteindre les taux de la convention, au terme des 5 ans (soit 2021), il faudra que 5 unités proposent au moins une modalité externalisée. Des projets sont d'ores et déjà identifiés. Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

SESSAD

Une étude sera menée par la délégation départementale concernant les services accueillant des enfants avec des difficultés complexes du langage. A son issue, une requalification des places installées en direction de ce public (DYS sévères et troubles du langage et des apprentissages) pourra être engagée.

On note des zones plus difficiles d'accès, en particulier le Nord Est et Ouest Cantal, notamment dues au manque de spécialistes orthophonistes et psychologues.

Par le biais de la file active, les services pourront accompagner plus de 180 enfants (application de la

file active « plancher » à 1,3) étant considéré que cette pratique est déjà mise en œuvre par la plupart des SESSAD.

ITEP et fonctionnement en dispositif

Les ITEP implantés sur le département sont engagés dans la démarche (création d'antennes en semi internat, déploiement de places de SESSAD...). Ces évolutions mettent en œuvre la feuille de route départementale, et notamment le travail d'adéquation de l'offre entre bassins de vie.

A horizon fin 2019, le département disposera de : 29 places en internat, 29 places en semi internat et 60 places en SESSAD TCC. Soit un ratio de 25 % de places d'internat, 25 % de semi-internat, et 50 % de places de services, en application des orientations régionales.

IME et fonctionnement en dispositif

Les IME pourront évoluer vers un fonctionnement en dispositif (DIME), à l'instar des DITEP, et ce par anticipation d'une éventuelle réforme réglementaire.

Une réflexion relative aux modalités d'accompagnement devrait être engagée afin de s'assurer d'une meilleure répartition des prestations offertes sur le territoire par les EMS existants sur le département. Par ailleurs et compte tenu du positionnement de certains établissements cantaliens, limi-

trophes d'autres départements et d'autres régions, des flux de population existent et les complémentarités entre les établissements de proximité seront à renforcer.

L'ensemble des partenaires devra être associé aux études à engager conjointement entre les départements. Cela sera notamment le cas pour le secteur de Massiac où une réflexion sera engagée sur le territoire du Brivadois.

Pôles de compétence et de prestations externalisées.

Un PCPE sur le bassin d'Aurillac pour déficients intellectuels et un PCPE couvrant tout le département pour les enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme ont été labélisés.

Il s'agit désormais de veiller au maillage territorial de ces pôles afin qu'ils puissent jouer pleinement leur rôle dans le cadre du dispositif d'orientation permanent, les PCPE jouant un rôle préventif en intervenant sur les listes d'attente et étant également à même de constituer une ressource pour le suivi de plans d'accompagnement global.

Unité d'enseignement maternelle

1 UEM en fonctionnement, à Aurillac.

Insertion professionnelle

Tableau n°101 : Nombre de places installées dans le Cantal au 31 décembre 2017

Nombre de places ESAT installées	Nombre de places handicap psychique installées	% places handicap psychique inst./ total inst.	Cible en nombre de places	Nombre de places à requalifier*
423	57	13,48 %	85	28

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017 - DREES

* Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible.

CRP

Le département ne dispose pas de structure de ce type. Les usagers sont orientés vers les départements en proximité.

Emploi accompagné

Le département bénéficiera à compter de 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné, portée par la société ADIS conseil et formation, financée par l'ARS, l'AGEFIPH et le FIPH-FP, dans un cadre interdépartemental avec l'Allier et le Puy-de-Dôme.

ESAT

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements, et ce dans le cadre de la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique :

ESAT de transition : chaque département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment).

Orientation : places dédiées sur 2 ESAT dont 1 un pour personnes avec handicap psychique et un pour personnes présentant une déficience intellectuelle avec troubles associés.

En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

ESAT places dédiées au handicap psychique : cible d'au moins 20 % des places.

Pour le département du Cantal, la cible est la suivante : passage de 13,48 % à 20 %.

Habitat inclusif

Le département développera a minima deux modalités d'habitat inclusif à vocation médico-sociale, à

destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique.

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

Répit

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

La restructuration de l'offre en SAMSAH

Le département ne dispose que d'un seul service SAMSAH tous types de déficience couvrant le département. Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé dans le cadre d'un appel à projets.

L'offre de FAM MAS

Le FAM spécialisé sur la sclérose en plaque de Riom les Montagnes et le FAM accueillant des personnes victimes de cérébrolésion de Pierrefort ont actuellement des vocations inter régionales. Ils recentreront leur activité respective sur la région (notamment lien avec CHU 63 et SSR).

Ces deux structures ont une fonction ressources pour d'autres professionnels du département ou en interdépartementalité en lien avec les orientations du Plan Maladies Neurodégénératives. Il s'agit également de les inscrire dans une dynamique de réseau à l'échelle régionale compte tenu du développement de l'offre sur ces deux pathologies au titre du présent schéma régional de santé.

Le département du Cantal apparaît comme disposant d'une offre importante pour le secteur « adultes ». Si ces places peuvent, en partie, être requalifiées, elles permettront de pallier un déficit de dispositifs dits de services ou de répit par territoire infra départemental, et permettre ainsi une fluidification du parcours inclusif des personnes en situation de handicap. Il convient

GEM

Tableau n°103 : Nombre de GEM dans le Cantal au 31 décembre 2017

Tableau n°102

Structure	Hébergement temporaire	Accueil de jour
MAS	11	7
FAM	5	6

Source : ARS ARA

Chaque établissement doit développer une offre d'aide aux aidants conformément à l'action 12 de la démarche nationale en faveur des aidants.

donc, de saisir de cette opportunité à l'occasion d'opérations d'évolution ou de recomposition de l'offre, s'agissant des établissements limitrophes d'autres départements, pour tenir compte de l'ensemble des besoins du bassin de vie. Cette mention vaut également pour l'offre destinée aux enfants en situation de handicap.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :

L'adaptation de l'offre existante des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

L'adaptation ou le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestionnaires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant.

La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures, à moyens constants.

Il est à noter l'existence de 2 unités PHV de 8 places annexées aux FAM, récemment créées.

NOMBRE DE GEM DEPARTEMENT		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
1		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébro lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébro lésés</i>
1	0	43	3

Source : ARS ARA

Tableau n°103bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

CANTAL	AUVERGNE-RHONE-ALPES
1	21

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infrarégionale sera présentée début 2018. Par ailleurs, une

mesure nationale visant la création de GEM spécifiques autisme est envisagée dans le cadre du 4^{ème} plan autisme.

Territoires de parcours et de coopération

De façon générale, en déclinaison des orientations de l'annexe médico-sociale du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est notamment

attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

26 ● DÉPARTEMENT DE LA DRÔME

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département de la Drôme devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

Le département dispose de 4 CMPP.
Ils devront se mettre en adéquation au cahier des charges actualisé des CMPP.
Un SESSAD TLA intervenant sur bassin de Valence (élargi à l'Ardèche) pourrait servir de tête de réseau.
Une réflexion sera à mener sur ce point.

CAMSP

Le département dispose de 3 CAMSP.

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Scolarisation

En application de la convention 21/09/2016 conclue entre l'ARS et les 3 académies de la région :

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

Le département dispose actuellement de 2 dispositifs externalisés pour 19 établissements disposant d'une unité d'enseignement comprenant un enseignant mis à disposition par l'Education nationale. Le taux d'unités actuellement externalisées s'élève donc à 11 %. A horizon 2021, au moins 15 unités d'enseignement devront présenter une modalité externalisée.

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

SESSAD

Certains services sont à vocation bi-départementale et couvrent les départements de l'Ardèche et de la Drôme : services pour déficients visuels et auditifs (SAAIS, SEFFIS) et SESSAD TLA.

Malgré un taux d'équipement en SESSAD légèrement supérieur à la moyenne régionale, le département présente des zones blanches : Crest/Die et Nyons/ Baronnies notamment pour les Troubles de la conduite et du comportement.

Des transformations de places d'IME et l'évolution des ITEP en dispositifs permettront des créations de places :

Recomposition de places IME en SESSAD, en faveur de publics présentant une déficience intellectuelle, sur le nord du département mouvement qui va se poursuivre dans les 5 ans (- 10 places IME + 30 places SESSAD).

Dans le cadre du DITEP, une réflexion est engagée sur la couverture territoriale des SESSAD et la répartition du territoire entre les 2 gestionnaires. Par ailleurs, un redéploiement de places ITEP du sud du département vers SESSAD et/ou équipe ressources est en cible.

Cette dynamique d'évolution des services devrait permettre d'accompagner 70 enfants de plus.

Par ailleurs, une meilleure couverture des besoins spécifiques est à assurer concernant les déficiences suivantes :

Pour les troubles du langage et des apprentissages : un PCPE TLA est expérimenté depuis septembre 2017. Ce pôle devrait permettre l'accompagnement d'environ 25 situations.

Des besoins sont identifiés pour les TSA, en particulier dans le cadre de l'aval de l'UEM.

110 places déficience motrice dont 90 en SESSAD, l'offre et la couverture pour ce public sont satisfaisantes.

Depuis 2016, une nouvelle organisation est en place sur les territoires d'Ardèche et de Drôme afin de permettre des avis médicaux en MPR dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et intégrant également le développement du recours à la toxine botulique en proximité.

2 médecins MPR interviennent dans la plupart des ESMS concernés par cette problématique. Ils ont également une activité hospitalière avec la mise en œuvre de consultations hospitalières et de séances de traitement par toxine botulique.

Ce dispositif est distinct de l'équipe mobile SSR, mise en place depuis 2017 sur l'Ardèche et la Drôme. Cette équipe a pour objet de faciliter le retour ou le

maintien dans son lieu de vie de personnes en situation de handicap.

ITEP et fonctionnement en dispositif

Les 4 ITEP implantés sur le département sont engagés dans la démarche.

La sous-occupation d'un ITEP a été constatée : une opération de recomposition est prévue dans le CPOM qui sera signé avec le gestionnaire en déclinaison de l'objectif quantitatif du présent schéma de voir le nombre de places d'internat diminuer pour être inférieur à celui des places de semi-internat, ce dernier étant lui-même inférieur au nombre de places de service.

Dans le cadre du DITEP, un redéploiement de places d'ITEP du sud du département vers du SESSAD et/ou équipe ressources est en cible comme précité.

Dans le cadre de la feuille de route bi-départementale, préalable à la mise en œuvre du DITEP, un consensus s'est fait jour en matière d'harmonisation et d'élargissement des autorisations pour les départements de l'Ardèche et de la Drôme :

mixité fille/garçon de toutes les structures, harmonisation des âges d'accueil de toutes les structures : 6-20 ans avec la possibilité de conserver un accueil plus précoce, ce qui est possible avec la réforme des autorisations.

Par ailleurs, des axes et pistes de recomposition et de diversification de l'offre ont été définis :

redéploiement de places d'internat vers du SESSAD, révision du maillage et de la couverture territoriale notamment des services, étayage par des équipes mobiles et/ou ressources, avec en filigrane, une coopération interdépartementale.

Enfin, une dynamique partenariale et des collaborations renforcées ont été engagées avec les deux opérateurs de psychiatrie en Ardèche et en Drôme. Des conventions de partenariats sont envisagées.

IME et fonctionnement en dispositif

Le taux IME est supérieur à la moyenne régionale. Toutefois, un IME de 74 places, spécialisé dans les déficiences auditives avec troubles associés, est à vocation régionale voire interrégionale (La Providence), et un EEAP est en cours de fermeture, 6 places restant à fermer d'ici à décembre 2018.

Un redéploiement vers des places de SESSAD sera poursuivi :

Un IME est en cours de fermeture : il reste 6 places, avant une fermeture définitive qui interviendra en décembre 2018.

Recomposition de places IME en SESSAD sur le Nord du département : mouvement démarré en 2017 et qui va se poursuivre dans les 5 ans (transformation de 10 places IME en 30 places de SESSAD).

Les IME pourront évoluer vers le « Dispositif IME », à l'instar des DITEP, et ce par anticipation d'une éventuelle réforme réglementaire.

Pôles de compétence et de prestations externalisées

A ce jour, 1 PCPE a été labellisé sur le département avec pour public cible, les jeunes avec troubles du langage et des apprentissages.

Le PCPE actuel et ceux futurs doivent jouer pleinement leur rôle dans le cadre du dispositif d'orientation permanent, en particulier à titre préventif en intervenant sur les listes d'attente et en étant également à même de constituer une ressource pour le suivi de plans d'accompagnement global.

Unité d'enseignement maternelle

1 UEM en fonctionnement à Valence.

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Le département bénéficiera à compter de 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné porté par MESSIDOR, financée par l'ARS, l'AGE-FIPH et le FIPH-FP, dans un cadre interdépartemental avec l'Ardèche et la Haute-Loire.

ESAT

Le taux d'équipement en places d'ESAT est supérieur à la moyenne régionale. 19 ESAT (980 places) dont 4 hors les murs (64 places). Un ESAT a une portée bi-départementale (LADAPT). Dans le cadre de la renégociation des CPOM interdépartementaux, une recomposition de l'offre pourra être envisagée, au profit d'autres territoires.

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements, et ce dans le cadre de la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique :

ESAT de transition : chaque département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi

notamment). Messidor développe ce projet de transition dans le cadre de l'expérimentation « emploi accompagné ». Les autres ESAT devront aussi l'envisager en ciblant en particulier la tranche d'âge des 16-25 ans. En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

ESAT places dédiées handicap psychique : cible d'au moins 20 % des places.

Pour le département de la Drôme, la cible concernant l'identification de places pour le handicap psychique est la suivante : passage de 3,57 % à 20 %. Soit 161 places à requalifier.

Tableau n°104 : Nombre de places installées dans la Drôme au 31 décembre 2017

Nombre de places ESAT installées	Nombre de places psy installées	% places psy inst./total inst.	Cible 20 % en nombre de places	Nombre de places à requalifier*
980	35	3,57 %	196	161

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017 - DREES

*Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible.

CRP

Le département ne dispose pas de structure de ce type. Les usagers sont orientés vers les départements limitrophes ou sur d'autres régions disposant de structures de ce type.

Habitat inclusif

Le département développera a minima deux modalités d'habitat inclusif à vocation médico-sociale, à destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique.

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

Un projet est porté par LADAPT en partenariat avec l'AFTC et un bailleur social pour des personnes cérébrolésées en situation de handicap ou en situation de dépendance cognitive et/ou motrice. Il propose, sur Valence, 4 logements, avec aide ponctuelle de l'ARS (FIR). Le dispositif sera à évaluer.

Répît

Actuellement, le département de la Drôme dispose d'une offre :

en MAS de :

- 6 places d'accueil temporaire,
- 9 places en accueil de jour.

en FAM de :

- 2 places d'accueil temporaire,
- 2 places en accueil de jour.

Chaque établissement doit développer, seul ou en partenariat une offre d'aide aux aidants conformément à l'action 12 de la démarche nationale en faveur des aidants : accueils séquentiels, accueil de jour, répît, urgence...

Sur le champ de l'autisme, une plateforme d'accompagnement et de répît des aidants est en place depuis le 1^{er} janvier 2017.

Par ailleurs, une réflexion est en cours, dans le cadre d'un territoire de parcours sur le Crestois, sur la définition d'un projet de 2 places de répît, en lien avec les acteurs locaux dont la plateforme de répît.

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

La restructuration de l'offre en SAMSAH

Deux SAMSAH sont autorisés sur le département :

un sur le champ du handicap psychique pour lequel une démarche est engagée afin de renforcer cette offre en partenariat avec ODIAS et les acteurs locaux et institutionnels,

un second spécialisé en faveur du public cérébro-lésé, implanté en Drôme, intervient sur le territoire de l'Ardèche.

L'offre en SSIAD pour les personnes en situation de handicap

Le département de la Drôme compte 43 places de SSIAD à destination de PH.

Il conviendra de veiller à l'adéquation de cette offre par rapport aux besoins des PH à domicile.

L'offre de FAM MAS

La diversification de l'offre en MAS vers une offre séquentielle (accueil de jour, répit, notamment) est une priorité majeure du territoire.

Un rapprochement entre MAS et EHPAD est envisagé afin de permettre une meilleure fluidité des parcours des personnes vieillissantes. Plutôt en termes de mutualisation d'un plateau technique commun car soins techniques en EHPAD non équivalents à ceux d'une MAS pour certaines déficiences.

Le taux d'équipement en MAS est supérieur à la moyenne régionale. Toutefois, certains établissements ont ou ont eu une vocation régionale voire inter régionale (ils représentent la moitié des places

MAS du département) : MAS et FAM La Teppe, MAS MGEN, et ce, compte tenu de leurs spécialisation sur certaines déficiences : épilepsie, handicap psychique et polyhandicap. Les gestionnaires de ces établissements dans le cadre d'un renouvellement de leur projet d'établissement et/ou des négociations contractuelles sont invités à valoriser la fonction ressource et leur capacité à admettre des situations complexes.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :

L'adaptation de l'offre existante des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

L'adaptation ou le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestionnaires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant.

La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures, à moyens constants.

GEM

Tableau n°105 : Nombre de GEM dans la Drôme au 31 décembre 2017

NOMBRE DE GEM DEPARTEMENT		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
4		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>
3	1	43	3

Source : ARS

Tableau n°104bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

DRÔME	AUVERGNE-RHONE-ALPES
2	21

Demandes recensées auprès de la CNSA pour les besoins 2007-2019

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infrarégionale sera présentée début 2018.

Par ailleurs, une mesure nationale visant la création de GEM spécifiques autisme est envisagée dans le cadre du 4^e plan autisme

Territoires de parcours et de coopération

De façon générale, en déclinaison des orientations de l'annexe médico-sociale du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est notamment

attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télé médecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

43 ● DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-LOIRE

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département de la Haute-Loire devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

Le département dispose d'un CMPP implanté sur 2 sites géographiques (BSI Le Puy et Yssingaux). La mise en adéquation avec le cahier des charges est en cours dans le cadre du CPOM. Cette offre est absente pour le BSI de Brioude.

Evolutions à venir concernant les CAMSP, en fonction des textes nationaux annoncés

Le département dispose d'un CAMSP et de l'intervention d'un CAMSP interdépartemental sur le Nord-Ouest du département. La zone la plus importante en termes de pression démographique est dépourvue d'offre CAMSP (BSI Yssingaux secteur Monistrol sur Loire).

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

L'ensemble des propositions sera mis en œuvre en lien avec la MDPH et l'Education Nationale pour le secteur enfance.

Scolarisation

En application de la convention conclue entre l'ARS et les 3 académies le 21/09/2016 :

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

Le département compte 6 unités d'enseignement et 2 unités d'enseignement externalisées. Au regard de la convention, afin d'atteindre les 80 % d'UE disposant d'une modalité externalisée, ce chiffre devrait passer à au moins 5 dans le délai de mise en œuvre du PRS.

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

SESSAD

Le département compte 283 places de SESSAD. Une optimisation de la file active à 1,3 assurera l'accompagnement de plus de 360 enfants.

Des besoins en termes de SESSAD spécialisés, particulièrement les SEFFIS, ont été repérés (pas d'offre sur l'Est et l'Ouest). Deux difficultés sont à prendre en compte pour leur développement: les distances importantes à parcourir entre chaque usager, compte tenu du niveau de prévalence plus faible de ces profils, et la difficulté de recrutement des spécialistes nécessaires.

Le département dispose d'une offre supérieure au taux d'équipement régional, représentant 100 places supplémentaires. Une partie de ces places sera requalifiée pour assurer une offre en SESSAD spécialisés mieux répartie sur le territoire, mais aussi pour prendre en compte des besoins nouveaux, qui sont illustrés par la hausse très importante de la PCH enfant.

ITEP et fonctionnement en dispositif

Les 2 ITEP implantés sur le département sont engagés dans la démarche (création d'antennes en semi internat, déploiement de places de SESSAD...).

Le territoire nord-est se trouve en hausse démographique importante et sera renforcé en capacité d'internat (hébergement mode séquentiel ou de répit en étayage du DITEP).

Ainsi, pour mettre en œuvre la feuille de route départementale, et rééquilibrer l'offre sur le département, un travail de recomposition sera mené.

Dans l'optique de respecter le principe « places d'internat < places de semi internat < places de services » :

La cible sera d'environ 25 places d'internat, 42 places de semi internat, et environ 70 places de services et permettra ainsi une recomposition approchant les pourcentages suivants : 18 % d'internat, 31 % de semi internat, 50 % de services.

IME et fonctionnement en dispositif

Les IME pourront évoluer vers le « DIME », à l'instar des DITEP, et ce par anticipation d'une éventuelle réforme réglementaire.

Le département de la Haute-Loire dispose d'une offre en IME importante : le taux d'équipement comparé au taux régional représente 28 places installées supplémentaires.

Une partie pourra être requalifiée pour venir pallier un déficit en établissements pour handicapés moteur (10 à 15 places).

Un redéploiement ou une transformation sont également envisageables. La réflexion sera à conduire en priorité avec les départements limitrophes afin de disposer d'une analyse du besoin interdépartementale pour les établissements situés en bordure du département.

A ce titre, il peut être mis en évidence les perspectives suivantes :

La recomposition de l'offre sur les territoires du Brievadois sera engagée : réponse au besoin du territoire élargie aux départements limitrophes [Issoire (63), Brioude (43), Massiac (15)] et perspective de création de places de services par redéploiement. Cette réflexion impliquera les MDPH des départements concernés.

La transformation de l'offre prendra en compte les besoins nouveaux sur le BSI d'Yssingeaux.

La création d'une unité cas complexes co-portée entre l'ARS et le département pour intervenir en lien avec la MDPH dans le cadre du dispositif d'orientation permanent dans la gestion des enfants en situation de handicap mettant en échec les dispositifs classiques est financée.

Pôles de compétence et de prestations externalisées

Le département ne dispose pas de PCPE. Le bilan régional de mise en œuvre de PCPE permettra de mettre en exergue les besoins couverts par ces dispositifs, et d'envisager le déploiement de ce type d'accompagnement sur le département.

Unité d'enseignement maternelle

1 UEM à Monistrol, en fonctionnement.

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Le département bénéficiera à compter de 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné, portée par MESSIDOR, financée par l'ARS, l'Agefiph et le FIPH-FP, dans un cadre interdépartemental avec l'Ardèche et la Drôme.

ESAT

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements, et ce dans le cadre de la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique :

ESAT de transition : chaque département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment).

8 places sont déjà installées sur le département.

En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

ESAT places dédiées handicap psychique : requalification de places.

Tableau n°105 : Nombre de places installées en Haute-Loire au 31 décembre 2017

Nbre de places ESAT installées	Nbre de places psy installées	% places psy inst./total inst.	Cible totale en nombre de places	Nombre de places à requalifier*
471	70	15 %	94	24

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017- DREES

*Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible.

CRP

Le département ne dispose pas de CRP. Les usagers sont orientés vers les départements, limitrophes ou extra régional, disposant de structures de ce type.

Habitat inclusif

Le département développera a minima deux modalités d'habitat inclusif à vocation médico-sociale, à destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique.

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

La restructuration de l'offre en SAMSAH

Le département dispose de 3 services, avec un taux identique au taux régional.

Une restructuration des services a été engagée.

Le cahier des charges établi conjointement avec le Département de Haute-Loire prend effet au 1^{er} janvier 2018. Il implique :

la redistribution sur l'ensemble du département : 1 SAMSAH par BSI,

la polyvalence vis à vis des publics,

le fonctionnement en file active de 1,3 à 1,8 fois la capacité autorisée.

Dans le champ du handicap psychique, est prévue sur le département de la Haute-Loire au moins une offre de service médico-social, conjuguant à de l'intermédiation locative et déployant les pratiques de réhabilitation psycho-sociale. La capacité de ce service sera définie dans le cadre de l'appel à projets régional.

L'offre de FAM MAS

Le Territoire Nord Est ne possède qu'un seul FAM de petite capacité et dédié aux autistes TED. Il y a opportunité à porter la réflexion en intégrant l'offre ligérienne.

Répit

Tableau n°106

Structure	Hébergement temporaire	Accueil de jour
MAS	4	0
FAM	31	4

Le département est peu doté en place de répit, un travail de recomposition sera mené dans le cadre de la contractualisation (CPOM), conformément aux orientations du schéma.

Chaque établissement doit développer, seul ou en partenariat une offre d'aide aux aidants conformément à l'action 12 de la démarche nationale en faveur des aidants

Le territoire du Puy-en-Velay concentre l'essentiel de l'offre pour les adultes : MAS et FAM. Il fait l'objet d'un projet stratégique majeur avec le regroupement de trois FAM sur un site unique.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :

L'adaptation de l'offre existante des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

L'adaptation ou le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestionnaires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant.

La médicalisation des foyers de vie sera développée en coordination avec le Département.

Tableau n°107 : Nombre de GEM en Haute-Loire au 31 décembre 2017

NOMBRE DE GEM HAUTE-LOIRE		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
1		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>
1	0	43	3

Source : ARS

Tableau n°107bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

HAUTE-LOIRE	AUVERGNE-RHONE-ALPES
2	21

Source : ARS

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infra-régionale sera présentée début 2018.

Par ailleurs, une mesure nationale a également annoncé la création de GEM spécifiques autisme dans le cadre du 4^e plan autisme.

Territoires de parcours et de coopération

La démarche conduite sur le territoire d'YSSINGEAUX avec l'appui du CREAL doit être évaluée. Celle-ci peut constituer la base d'une gouvernance coordonnée et coresponsable des parcours inclusifs des personnes en situation de handicap.

De façon générale, en déclinaison des orientations de l'annexe médico-sociale du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives

permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est notamment attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

73 ● DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-SAVOIE

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département de la Haute-Savoie devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

Un CMPP existant qu'il convient d'accompagner vers une application du nouveau cahier des charges, dans le cadre d'une trajectoire pluriannuelle, définie dans le CPOM. Le CMPP devra jouer le rôle de pôle ressources sur les troubles sévères des apprentissages.

CAMSP

1 CAMSP existe avec 5 unités/antennes territoriales, avec des places ressources sur l'autisme (10 places) mais la fonction ressources devra être mieux identifiée.

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Scolarisation

En application de la convention conclue entre l'ARS et les 3 académies le 21/09/2016 :

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

Sur les 15 unités d'enseignement du département, 6 proposent déjà une ou plusieurs modalités externalisées (au moins 13 dispositifs externalisés). 3 projets nouveaux sont identifiés.

Il faudrait que d'ici à la rentrée scolaire 2021, 80% des UEE, soit 12 UE sur les 15 puissent développer des modes externalisés.

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

Il est à noter l'expérimentation « Mon école extraordinaire » sur Annecy-le-Vieux pour enfants avec troubles importants de l'apprentissage (TSA, HP, DYS sévères, troubles du comportement). L'expertise acquise dans le cadre de cette expérimentation de classes passerelles conjuguant dimension pédagogique et accompagnement médico-social doit, aux fins de pérennisation et de valorisation, rejoindre un dispositif d'unité d'enseignement.

SESSAD

Les SESSAD en Haute-Savoie représentent 35 % de l'offre totale pour enfants. Les évolutions des besoins, liés à au dynamisme démographique, et la volonté d'améliorer l'inclusion conduisent à accroître ce taux.

La couverture territoriale en SESSAD est satisfaisante mais la réponse à certaines déficiences reste à améliorer. La structuration d'un niveau 2 d'offre spécialisée est à conforter sur les 5 ans à venir.

Par le biais de la file active (minimum 1,3 jusqu'à 1,8) et par l'introduction de la modularité des plateaux techniques de SESSAD, entre 160 et 500 accompagnements supplémentaires selon les catégories de services seront possibles.

50 places SESSAD sont créées pour les publics avec difficultés psychiques, polyhandicap et toutes déficiences (fin 2017).

ITEP et fonctionnement en dispositif

3 DITEP sont en cours de mise en œuvre (dans le cadre des CPOM OVE et CHAMPIONNET). L'ensemble de l'offre est donc engagée dans cette trajectoire de dispositif intégré.

Mise en œuvre de la cible DITEP : I < SI < SESSAD :

50% de l'offre est disponible en internat en 2017.

14% en semi internat.

36 % service.

Un travail de recomposition et de territorialisation est engagé et doit être poursuivi, pour atteindre les cibles décrites dans le schéma, en faveur des services.

IME et fonctionnement en dispositif

Le taux d'équipement du département de la Haute Savoie est proche du taux régional.

Une amélioration de l'accueil du public en accueil de jour est organisée notamment pour les enfants polyhandicapés (CEM Belluard). L'offre de répit est ainsi améliorée.

Une amélioration du maillage du territoire sera recherchée en faveur de places d'internat en matière de déficience moyenne ou profonde et pour tenir compte des besoins relatifs aux enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme dans la Vallée de l'Arve.

Les IME pourront évoluer vers un fonctionnement en dispositif, à l'instar des DITEP.

Pôles de compétence et de prestations externalisées

4 PCPE ont été labellisés par l'ARS en 2017-2018 (TSA enfants, TCC-DI, et toutes déficiences dont déficiences visuelles). Un projet en cours d'examen, au moment de l'écriture de cette annexe sur les TSA adultes.

Un travail de mise en cohérence des secteurs d'intervention a été mené pour mailler au mieux le département, et permettre aux PCPE d'assurer leur appui à la Réponse accompagnée pour tous, en particulier dans le cadre du dispositif d'orientations permanent ; les PCPE jouant un rôle préventif en intervenant sur les listes d'attente et étant également à même de constituer une ressource pour le suivi de plans d'accompagnement global.

Unité d'enseignement maternelle

Une UEM est implantée depuis 2015 à Cran-Gevrier bassin d'Annecy.

Dispositifs expérimentaux

Dans un objectif de promotion d'une école plus inclusive, il y a lieu tout en tenant compte de la dimension particulière des dispositifs expérimentaux après évaluation d'en favoriser l'inscription dans le droit commun en cas de pérennisation : citons les

structures présentant ce profil : DEAT (2018), SEDAC, structure expérimentale OVA (2019), MEEO (septembre 2019).

Insertion professionnelle

L'emploi accompagné

Le département bénéficiera à compter de 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné porté par MESSIDOR, financée par l'ARS, l'AGE-FIPH et le FIPH-FP, dans un cadre interdépartemental avec l'Ain et la Savoie.

ESAT

Le département de la Haute-Savoie se caractérise par une offre particulièrement faible de places d'ESAT.

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements :

ESAT de transition : chaque département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment). 1 ESAT de transition déjà identifié sur la Haute-Savoie, toutefois les autres ESAT sont invités aussi à travailler sur la transition vers le milieu ordinaire.

En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

Places dédiées handicap psychique : cible d'au moins 20 % de l'offre.

Pour le département de la Haute-Savoie, la cible est la suivante : passage de 13,29 % à 20 %. Soit 84 places à requalifier.

Tableau n°108 : Nombre de places installées en Haute-Savoie au 31 décembre 2017

Nbre de places ESAT installées	Nbre de places psy installées	% places psy inst./total inst.	Cible 20 % en nombre de places	Nombre de places à requalifier*
1257	167	13,29 %	251	84

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017 - DREES

* Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible.

CRP

Ces structures à vocation régionale, voire interrégionale, feront l'objet d'une réforme nationale. Dans l'attente, l'ARS a inscrit des orientations spécifiques dans le schéma régional. Les territoires concernés

par l'implantation de CRP appliqueront donc les orientations définies.

Avec 3 CRP, le département se situe au-dessus du taux moyen régional. Il faut faire évoluer l'offre dans les 5 ans pour intégrer, en plus du public actuel, un public plus jeune (16/25).

AISP : CPOM : agrément dès 18 ANS, mais sous dérogation dès 16 ans au cas par cas.

Une création de plateforme technique faisant le lien avec les sortants d'IME, inclusion ordinaire et en amont ESAT est en cours de réflexion.

La mobilisation du droit commun en proximité y compris au titre de la réadaptation professionnelle induit une diminution importante des demandes de personnes originaires d'autres régions. Ceci contribue à la sous-occupation désormais chronique des internats pour lesquels, selon les opportunités, il importe de négocier des nouvelles modalités d'organisation (modalité partagée, mise à disposition pérenne de capacités au profit d'un autre gestionnaire...).

L'accès à un habitat inclusif

Le département développera a minima deux modalités d'habitat inclusif à vocation médico-sociale, à destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique.

Dans le champ du handicap psychique, est prévue sur le département de la Haute-Savoie au moins une offre de service médico-sociale, conjuguée à de l'intermédiation locative et déployant les pratiques

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

La restructuration de l'offre en SAMSAH

Le taux d'équipement en SAMSAH est supérieur au taux régional (0,54 versus 0,32). Il convient au-delà du nombre de places d'évaluer la couverture des besoins par déficience ainsi que le maillage territorial.

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho-sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé.

L'offre de FAM MAS

L'offre FAM-MAS est insuffisante sur le département (voir supra).

Deux projets sont d'ores et déjà programmés et les cahiers des charges en appui de la procédure d'appels à projets sont en cours d'élaboration :

Un projet de création de FAM accueillant des personnes présentant un handicap Psychique.

Un projet FAM MAS et répit spécialisé dans la Sclérose en Plaques.

Enfin, des places nouvelles de MAS autisme à hauteur de 20 places.

L'évolution démographique et des besoins étant particulièrement importante, les créations nettes

de réhabilitation psycho-sociale. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

Répit

Tableau 109

Structure	Hébergement temporaire	Accueil de jour
MAS	2	2
FAM	20	13

Chaque établissement doit développer, seul ou en partenariat, une offre d'aide aux aidants conformément à l'action 12 de la démarche nationale en faveur des aidants : accueils séquentiels, accueil de jour, répit, urgence...

Sur le champ de l'autisme, une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants est en place depuis le 1^{er} janvier 2017.

prévues ne suffiront pas à combler les besoins à venir. Une stratégie d'efficience des places en établissement devra être mise en œuvre pour offrir des séjours de répits, et d'accueil temporaire afin de sécuriser l'offre à domicile.

De manière complémentaire, une logique de plateformes adultes sera promue afin de définir l'activité en file active à partir d'une organisation en pôles ressources dont les prestations sont mobilisées en fonction des plans d'accompagnement.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

Une offre de services pour la prévention et l'accès aux soins devra être mise en place (appel à projet) sur ce territoire prioritaire.

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :

L'adaptation de l'offre existante des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

L'adaptation ou le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un orga-

nisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestion-

naires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant.

La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures, à moyens constants.

GEM

Tableau n°110 : Nombre de GEM en Haute-Savoie au 31 décembre 2017

NOMBRE DE GEM HAUTE-SAVOIE		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
4		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>
3	1	43	3

Source : ARS

Tableau n°110bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

HAUTE-SAVOIE	AUVERGNE-RHONE-ALPES
1	21

Deux Club de soutien mutuel sont implantés sur le département, financés par l'ONDAM PH.

Un sera requalifié en GEM, au vu du cahier des charges national et financé sur le FIR dédié GEM, dès 2018.

Le second Club de soutien mutuel pourra être requalifié en GEM, au vu des financements spécifiques dédiés par la CNSA sur le FIR GEM.

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infrarégionale présentée début 2018.

Par ailleurs, une mesure nationale visant la création de GEM spécifiques autisme est envisagée dans le cadre du 4^e plan autisme.

Territoires de parcours et de coopération

De façon générale, en déclinaison des orientations de l'annexe médico-sociale du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est notamment

attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département de l'Isère devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

L'Isère dispose d'un seul CMPP, qui devra faire évoluer son projet de service conformément au cahier des charges régional. Concernant l'appui aux autres ESMS sur la prise en charge DYS, le PCPE multidys (porté par le SESSAD de l'Entraide universitaire) est d'ores et déjà considéré comme structure référente.

CAMSP

L'Isère dispose de 9 CAMSP. Une étude sur la couverture territoriale et l'offre proposée sera conduite au cours du schéma.

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Scolarisation

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

L'Isère comptabilise en 2016 20 classes externalisées dont cinq en collège. 36 établissements disposent d'unité d'enseignement, les 20 dispositifs installés sont issus de 13 unités d'enseignement différentes.

Au regard de l'objectif de la convention du 21 septembre 2016, il reste 16 unités d'enseignement pour lesquelles une modalité externalisée est à mettre en œuvre.

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

SESSAD

L'Isère dispose de 1291 places installées, l'application de la notion de file active permettrait de couvrir théoriquement au moins 1670 accompagnements (sur la base d'un plancher de file active de 1,3).

Des zones blanches sont repérées au nord du département, un redéploiement de l'offre vers ces zones devra s'opérer, en lien avec la feuille de route départementale du dispositif ITEP.

En outre, pour faire face à la pression démographique du département, et mailler le territoire, des places de SESSAD toutes déficiences supplémentaires vont être installées sur le département (+ 16).

ITEP et fonctionnement en dispositif

La feuille de route départementale élaborée dans le cadre de la démarche DITEP, fait état d'un maillage inégal sur le territoire. Une recomposition de l'offre est à l'œuvre afin de proposer dans tous les territoires infra départementaux la totalité des modalités

possibles d'accompagnement. Ainsi, des places d'internat du sud du département seront redéployées sous d'autres formes au nord de l'Isère.

Afin de faire vivre ce dispositif, le principe « nombre de places d'internat < nombre de places de semi internat < nombre de places de services » doit être appliqué comme dans tous les départements.

Actuellement la structure de l'offre en Isère est la suivante : 33 % d'offre d'internat, 28 % de Semi Internat et 39 % de services. Une diminution des places d'internat telle que décrite plus haut viendra corriger ces chiffres.

IME et fonctionnement en dispositif

Le département de l'Isère se caractérise par un nombre important de places d'IME. Le taux, largement supérieur au taux régional, se traduit par un excédent relatif d'une centaine de places par rapport à la moyenne régionale.

Ainsi, au-delà de l'évolution possible vers des prises en charges modulées (dispositif IME) un travail de recomposition vers le public adulte, prioritaire dans ce département, est engagé. (Voir infra)

En effet, il s'agit tout en tenant compte de l'évolution démographique d'agir sur la fluidification du passage à l'âge adultes afin de rendre effectivement disponibles les capacités en IME aux enfants en attente d'admission.

Pôles de compétence et de prestations externalisées.

6 PCPE sont labellisés au 31 décembre 2017. Un travail de mise en cohérence des secteurs d'intervention devra être mené pour mailler au mieux le départe-

ment, et permettre aux PCPE d'assurer leur appui à la Réponse Accompagnée pour Tous, en particulier dans le cadre du Dispositif d'orientation permanent en jouant un rôle préventif sur les listes d'attente et en étant à même de constituer une ressource dans le suivi des Plans d'Accompagnement Global.

Unité d'enseignement maternelle

Une unité d'enseignement maternelle est installée dans une école de la commune de Fontaine dans l'agglomération grenobloise.

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Suite à appel à projets, une structure va mettre en place le dispositif à titre expérimental à partir de 2018 sur le département, il est géré par l'association MESSIDOR en lien avec le REHPsy.

ESAT

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements, et ce dans le cadre de la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique :

ESAT de transition : chaque département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment).

En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

ESAT places dédiées au handicap psychique : cible d'au moins 20 % des places.

Pour le département de l'Isère, la cible est la suivante : passage de 8,85 % à 20 %. Soit 228 places à requalifier.

Tableau n°111 : Nombre de places installées en Isère au 31 décembre 2017

Nombre de places ESAT installées	Nombre de places handicap psychique installées	% places handicap psychique inst./total inst.	Cible 20 % en nombre de places	Nombre de places à requalifier*
2045	181	8,85 %	409	228

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017 - DREES

* Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible.

CRP

Le département ne dispose pas de CRP. Les usagers sont orientés vers les départements en proximité (Ain, Rhône, Haute-Savoie...).

La création d'une antenne mobile sur Grenoble à partir d'une recombinaison de l'offre d'un établissement situé dans un département limitrophe n'est pas à exclure.

Habitat inclusif

Le département développera a minima deux modalités d'habitat inclusif à vocation médico-sociale, à destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique.

Un projet en cours de validation au titre du cahier des charges national avec AFTC Isère.

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilita-

tion psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

Répît

Chaque établissement doit développer, seul ou en partenariat, une offre d'aide aux aidants conformément à l'action 12 de la démarche nationale en faveur des aidants : accueils séquentiels, accueil de jour, répît, urgence...

Sur le champ de l'autisme, une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants est en

place depuis le 1^{er} janvier 2017.

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

La restructuration de l'offre en SAMSAH

L'Isère dispose aujourd'hui de 2 SAMSAH (autisme et déficience du psychisme), avec 2 antennes. Cette offre est insuffisante pour le territoire, eu égard à la moyenne régionale.

Une augmentation de 10 places supplémentaires est actée pour le public souffrant de déficience du psychisme.

En 2018 s'ouvrira un SAMSAH pour autistes de 20 places.

Dans le champ du handicap psychique, est prévue sur le département de l'Isère une offre de service médico-social, conjuguée à de l'intermédiation locale et déployant les pratiques de réhabilitation psycho-sociale, venant compléter le service existant porté par l'ALPHI. La capacité de cette offre supplémentaire sera définie dans le cadre de l'appel à projets régional.

Cet accroissement de l'offre spécialisée pourrait être également l'occasion de reconsidérer l'offre généraliste pour mieux mailler le territoire.

L'offre de FAM MAS

Il existe en Isère un déficit important de places de MAS (140 places). De même, le département présente un manque de places de FAM sur le territoire (60 places environ).

Ainsi, le développement de places en établissements pour adultes handicapés est un enjeu majeur pour ce département.

Une recombinaison de places d'IME vers le public adulte va s'opérer afin de rééquilibrer l'offre et faire diminuer le nombre de situations relevant de l'amendement CRETON dans les structures pour enfants.

En outre, des projets de créations sont d'ores-et-déjà engagés :

médicalisation de 5 places de foyers,
transformation de 12 places d'IME vers le public de plus de 25 ans,
création de 64 places de MAS pour adultes autistes et handicap acquis,
création à venir d'une nouvelle MAS, en proximité du département de la Savoie afin de servir ces deux départements, en particulier en matière de polyhandicap.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :

L'adaptation de l'offre existante des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.
L'adaptation ou le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestionnaires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant ; une offre de ce type devra être installée sur ce territoire.

La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures, à moyens constants.

GEM

Tableau n°112 : Nombre de GEM en Isère au 31 décembre 2017

NOMBRE DE GEM DEPARTEMENT		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
5		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébro lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébro lésés</i>
4	1	43	3

Source : ARS

Tableau n°112bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

ISERE	AUVERGNE-RHONE-ALPES
1	21

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infra-régionale sera présentée début 2018.

Par ailleurs, une mesure nationale visant la création de GEM spécifiques autisme est envisagée dans le cadre du 4^e plan autisme.

Territoires de parcours et de coopération

La démarche conduite en Nord Isère avec l'appui du CREAL dans le cadre de l'expérimentation Pascaline est à pérenniser au vu de son évaluation et du souhait des acteurs de la poursuivre.

Elle est à dupliquer dans une logique d'abord de gouvernance puis de démarches coordonnés et coresponsables autour des parcours inclusifs des personnes en situation de handicap.

De façon générale, en déclinaison des orientations de l'annexe médico-sociale du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité.

Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est notamment attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

42 ● DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département de la Loire devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

Le département dispose de 4 CMPP. 1 CMPP évoluera pour assurer l'accompagnement des personnes porteuses de troubles DYS sévères ou avec TSA.

Il sera procédé à la mise en œuvre du nouveau cahier des charges CMPP avec définition des objectifs dans les CPOM visant le renfort de la mission de coordination à développer avec le droit commun et la définition des publics prioritaires.

CAMSP

Le département dispose de 5 CAMSP dont il s'agit de valoriser le rôle de coordination dans les futurs CPOM.

Compte tenu du nombre respectif de CAMSP et de CMPP ainsi que de l'existence de SESSAD précoce, il peut y avoir intérêt à voir des rapprochements voire des regroupements se faire dans une logique de territoires infra-départementaux de parcours et de coopération.

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Scolarisation

En application de la convention 21/09/2016 conclue entre l'ARS et les 3 académies de la région :

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

Le département dispose actuellement de 17 dispositifs externalisés pour 27 ESMS disposant d'une unité d'enseignement. Le taux d'unités actuellement externalisées s'élève donc à 63 %.

L'objectif pour 2021 est d'atteindre les 80 % d'UE disposant d'une modalité externalisée. Des projets sont en cours d'élaboration, qui permettront d'atteindre cette cible.

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

SESSAD

Il apparaît une répartition équilibrée des SESSAD sur l'ensemble du territoire avec toutefois une forte concentration sur le sud du département. Néanmoins, il n'y a pas de tension significative relevée sur les territoires les moins équipés (Roannais). Les zones blanches concernent plutôt le Pilat (Pélussin), le Haut-Forez et les limites interdépartementales Loire / Saône-et-Loire.

Le Roannais et le Centre Forez sont proportionnellement moins dotés que le sud du département. Néanmoins, la répartition, si elle paraît inégalitaire, correspond cependant aux besoins constatés sur le terrain.

Développer l'offre en SESSAD pour atteindre la cible régionale :

13 places d'ores et déjà prévues au 01/01/18 ;

47 places supplémentaires identifiées dans le cadre de la transformation de l'offre en DITEP ;

5 places sont envisagées pour les enfants présentant une déficience auditive ;

Enfin, un projet de création d'un SESSAD Pro de 12 places est en cours d'instruction.

La multiplicité des SESSAD de taille relativement petite appelle une réflexion en termes de structuration graduée de l'offre.

ITEP et fonctionnement en dispositif

Conformément à la feuille de route départementale, une réorganisation géographique est engagée pour rapprocher les ITEP des lieux de vie et des lieux inclusifs.

L'objectif est d'atteindre les ratios suivants : 17 % places d'internat, 28 % semi internat, 54 % service.

Pour ce faire, la réorganisation des modalités d'accueil est à poursuivre, afin de confirmer l'équation Internat < Semi Internat < Ambulatoire.

Les ITEP participent par ailleurs à une organisation coordonnée Education Nationale / ARS visant à travers des équipes mixtes (enseignants spécialisés/personnels médico-sociaux) à répondre aux sollicitations des établissements scolaires sur des situations individuelles. L'objectif est de prévenir la rupture scolaire et si tel est le résultat de l'évaluation, de mettre en place un accompagnement le plus inclusif

possible et mobilisateur du droit commun autour du jeune en alternative à une approche strictement médico-sociale voire institutionnelle.

IME et fonctionnement en dispositif

Une recomposition de l'offre est engagée à partir des constats de sous-occupation de places d'IME (notamment en internat). Ainsi, des places d'IME ou ITEP sont redéployées pour créer des places au profit de l'inclusion en milieu ordinaire : environ 70 places de services à compter de 2018, dont 47 dans le cadre du DITEP, mais aussi des projets d'équipe mobile, dispositifs innovants, PCPE.

Depuis plusieurs années, un nombre conséquent de places d'IME Déficiants Intellectuels a été transformé en places de SESSAD ou a fait l'objet d'une requalification du public accueilli, en particulier en faveur des enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme. La poursuite nécessaire de la transformation de l'offre d'IME vers les services ne devra pas dégrader la capacité à accompagner les DI sévères.

Ce redéploiement est également l'occasion dans le cadre de partenariats, organisme gestionnaire médico-social et promoteur, de pérenniser certains dispositifs innovants dont l'évaluation appelle une reconnaissance. Citons à titre d'exemples, SAMEAD sur le Roannais et la palette des ressources déployées par EURECAH en matière de troubles du spectre de l'autisme.

Pôles de compétence et de prestations externalisées

Au 31/12/2017, 4 PCPE sont en cours de labellisation sur le département. Les publics ciblés : enfants et jeunes adultes. Déficiences : Autisme, Dysphasie et dyspraxie, Troubles des apprentissages, Déficience intellectuelle, troubles du comportement, problématique de communication et troubles du langage. Un travail de mise en cohérence des secteurs d'intervention est mené pour permettre aux PCPE de participer, comme les autres acteurs à la réponse

accompagnée pour tous, en particulier dans le cadre du dispositif d'orientation permanent au titre d'un rôle préventif dans leurs interventions sur les listes d'attente ou au titre du suivi de plans d'accompagnement global.

Unité d'enseignement maternelle

1 UEM en fonctionnement, implantée à St-Jean-de-Bonnefonds. Son fonctionnement fera l'objet d'une évaluation prochaine.

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Le département bénéficiera à compter de 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné, portée par la société LIFT, financée par l'ARS, l'AGEFIPH et le FIPH-FP pour viser une diminution du nombre de jeunes adultes retenus dans les structures pour enfants au titre de l'amendement Creton, en collaboration avec les services du Département.

ESAT

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements, et ce dans le cadre de la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique :

ESAT de transition : chaque département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment).

En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

ESAT places dédiées handicap psychique : cible d'au moins 20 % des places.

Pour le département de la Loire, la cible est la suivante : passage de 4,71 % à 20 %. Soit 205 places à requalifier.

Tableau n°113 : Nombre de places installées dans la Loire au 31 décembre 2017

Nombre de places ESAT installées	Nombre de places handicap psychique installées	% places handicap psychique inst./total inst.	Cible 20 % en nombre de places	Nombre de places à requalifier*
1339	63	4,71 %	268	205

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017- DREES

* Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible

CRP

La structure implantée sur le département (96 places), à vocation interrégionale, fera l'objet d'une réforme nationale.

Dans l'attente, l'ARS a inscrit des orientations spécifiques dans le schéma régional. L'agrément de la structure est à réviser dans le cadre du CPOM.

Habitat inclusif

Le département développera a minima deux modalités d'habitat inclusif à vocation médico-sociale, à destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique. Un projet programmé dans le cadre de la déclinaison régionale du troisième plan autisme est en cours de finalisation.

Par ailleurs, un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

La restructuration de l'offre en SAMSAH

Le département de la Loire a fait évoluer son offre vers les Services adultes plus rapidement que le niveau régional.

Cependant, dans le cadre d'orientation d'inclusion en milieu ordinaire réaffirmé, l'effort devra se poursuivre.

En outre, l'objectif du schéma est de proposer une offre généraliste en matière de SAMSAH sur l'ensemble du département. Les SAMSAH spécialisés, de niveau 2, venant en appui de ces structures de 1^{er} niveau.

Dans le champ du handicap psychique, est prévue sur le département de la Loire au moins une offre de service médico-sociale, conjuguée à de l'intermédiation locative et déployant les pratiques de réhabilitation psycho-sociale. La capacité de ce service sera définie dans le cadre de l'appel à projets régional.

L'offre de FAM MAS

Il s'agit de développer l'offre en FAM et MAS et notamment en accueil de jour :

Créations nettes : à compter de 2018, un projet de création de 5 places accueil de jour en MAS sera mis en œuvre et une transformation d'1 place d'accueil

Répit

Tableau 114

Structure	Hébergement temporaire	Accueil de jour
MAS	4	29
FAM	18	10

Source : données ARS ARA – FINESS

Chaque établissement doit développer, seul ou en partenariat, une offre d'aide aux aidants conformément à l'action 12 de la démarche nationale en faveur des aidants : accueils séquentiels, accueil de jour, répit, urgence...

Sur le champ de l'autisme, une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants est en place depuis le 1^{er} janvier 2017.

Des besoins ont été identifiés pour des places d'accueil de jour en MAS. Il y a donc lieu de viser la création de places ou le redéploiement de places de MAS prioritairement sur cette modalité d'accueil.

temporaire en 1 place d'accueil de jour est prévue. Dans le cadre des futurs CPOM, les gestionnaires seront encouragés à transformer de l'offre pour créer des places adultes, en priorité pour les troubles du spectre de l'autisme.

Pour accompagner les usagers de foyers de vie ayant des besoins modérés en soins, des plateformes d'appui et d'accès aux soins, rattachées à des FAM, pourraient être mises en place, en complément des 2 plateformes créées début 2017, et sous réserve d'évaluation, positive de celles-ci, et à moyens constants.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers 4 leviers :

L'augmentation de la capacité des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

Le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestion-

naires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant.

La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures, à moyens constants.

GEM

Tableau n°115 : Nombre de GEM dans la Loire au 31 décembre 2017

NOMBRE DE GEM DEPARTEMENT		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
4		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>
4	0	43	3

Source : ARS ARA

Tableau n°115bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

LOIRE	AUVERGNE-RHONE-ALPES
1	21

Source : ARS ARA

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infrarégionale sera présentée début 2018.

Par ailleurs, une mesure nationale visant la création de GEM spécifiques autisme est envisagée dans le cadre du 4^e plan autisme.

Territoires de parcours et de coopération

La logique infra-départementale se structure au gré du déploiement de plusieurs dispositifs (DITEP, Prévention précoce de la rupture scolaire, PCPE...). Elle a vocation à s'étendre à d'autres sujets dans une perspective de gouvernance coordonnée et coresponsable des parcours inclusifs des personnes en situation de handicap.

Il y a lieu enfin de tenir compte du territoire d'Yssingeaux de la Haute-Loire voisine qui connaît un développement démographique appelant à mobiliser conjointement les ressources des deux départements au gré des opérations de recomposition de l'offre.

De façon générale, en déclinaison des orientations de l'annexe médico-sociale du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en si-

tuation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est notamment attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

63

● DÉPARTEMENT DU PUY-DE-DÔME

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département du Puy-de-Dôme devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

Le département dispose de 1 CMPP avec une antenne. Le CMPP devra se conformer au cahier des charges. Une association, regroupant des gestionnaires médico-sociaux, exerce une fonction ressources spécialisées quant aux problématiques liées aux « dys », au bénéfice des libéraux, des ESMS et de l'Education nationale.

CAMSP

Le département dispose d'un CAMSP et de l'intervention d'un CAMSP interdépartemental sur le Sud-Est du département.

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Scolarisation

En application de la convention du 21/09/2016 et ses annexes :

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

9 unités d'enseignement sur 13 disposent d'une classe externalisée (70 %). Il s'agira de poursuivre dans la même voie afin d'atteindre les 80 % requis à horizon 2021.

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

SESSAD

Le département est globalement couvert par les SESSAD. Un point de vigilance reste l'accès aux accompagnements spécialisés « autisme », un seul SESSAD étant dédié sur le département du Puy-de-Dôme. L'application de la file active viendra améliorer le nombre d'enfants accompagnés au cours d'une année : l'application de cette notion permettra de couvrir théoriquement au moins 800 accompagnements (sur la base d'un plancher de file active de 1,3).

ITEP et fonctionnement en dispositif

Les 2 ITEP implantés sur le département sont engagés dans la démarche. Une recomposition de l'offre conformément à la feuille de route départementale permettra de faire évoluer les modalités de prise en charges et d'accompagnement pour parvenir à la répartition départementale suivante : diminution de l'internat pour atteindre 40 places, augmentation du

semi-internat (90 places) et augmentation des places de services (100 places) afin de parvenir au ratio suivant : 21 % de l'offre en internat, 36 % en semi internat, 42 % de l'offre en service.

IME et fonctionnement en dispositif

Les IME pourront évoluer vers le DIME, à l'instar des DITEP, et ce, par anticipation d'une éventuelle réforme réglementaire.

Un projet commun sur le territoire du Brivadois sera engagé : transformation d'IME pour permettre la création de places de services sur le Brivadois (Issoire, Brioude, Massiac). Cette évolution sera construite en collaboration avec les départements limitrophes concernés.

Pôles de compétence et de prestations externalisées

Le nombre de PCPE est de 2 : l'un est spécialisé dans les troubles du spectre de l'autisme et l'autre dans la déficience intellectuelle.

Un travail de mise en cohérence des secteurs d'intervention est mené pour permettre aux PCPE d'assurer leur appui à la Réponse Accompagnée pour Tous, en particulier dans le cadre du dispositif d'orientation permanent ; les PCPE jouant un rôle préventif en agissant sur les listes d'attente et sont à même de constituer une ressource dans le suivi des plans d'accompagnement global.

Unité d'enseignement maternelle

1 UEM en fonctionnement à Clermont-Ferrand.

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Le département bénéficiera à compter de 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné, portée par la société ADIS conseil et formation, financée par l'ARS, l'AGEFIPH et le FIPH-FP, dans un cadre interdépartemental avec l'Allier et le Cantal.

ESAT

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements, et ce dans le cadre de la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique :

ESAT de transition : le département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment).

En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

ESAT places dédiées au handicap psychique : cible d'au moins 20 % des places.

Pour le département du Puy-de-Dôme, compte tenu du nombre de places dédiées, la cible est la suivante : 60 places à requalifier.

Tableau n°116 : Nombre de places installées dans le Puy de Dôme au 31 décembre 2017

Nombre de places ESAT installées	Nombre de places handicap psychique installées	% places handicap psychique inst./ total inst.	% places psychique avec 20 % de l'offre	Nombre de places à requalifier*
1341	298	22,22 %	26,7 %	60

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017 - DREES

* Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible.

CRP/CPO

Les quatre structures (2 CRP et 2 CPO) à vocation interrégionale, implantées sur le département (88 places) feront l'objet d'une réforme nationale. Dans l'attente, l'ARS a inscrit des orientations spécifiques dans le schéma régional. Les territoires concernés par l'implantation de CRP appliqueront les orientations définies.

Habitat inclusif

Le département développera a minima deux modalités d'habitat inclusif à vocation médico-sociale, à destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique.

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La

capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

Répit

Tableau 117

Structure	Hébergement temporaire	Accueil de jour
MAS	2	8
FAM	8	37

Des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire seront créées et installées en 2018 :

1 place d'HT pour des situations critiques pour des publics soit polyhandicapés soit handicapé psychique.
4 places d'accueil de jour en MAS pour des polyhandicapés.

Chaque établissement doit développer, seul ou en partenariat, une offre d'aide aux aidants conformément à l'action 12 démarche nationale en faveur des aidants : accueils séquentiels, accueil de jour, répit, urgence...

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

La restructuration de l'offre en SAMSAH

Le département, doté de 3 SAMSAH spécialisés (déficience motrice, handicap psychique et cérébros-lésés), présente un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale, et une absence d'offre généraliste.

Les orientations seront donc de :

Développer une offre généraliste sur tout le territoire, en couvrant les zones blanches.

Augmenter le nombre des accompagnements par l'effet de la file active.

A noter les projets suivants :

Une création d'un SAMSAH de 10 places est prévue en 2018 pour les TSA.

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé.

L'offre de FAM MAS

11 places de MAS seront créées dans le cadre des orientations stratégiques quinquennales handicap psychique et polyhandicap, dont 6 en hébergement complet, 1 en Hébergement Temporaire pour répondre à des situations complexes ou critiques, et 4 en accueil de jour.

Le développement de places de MAS complémentaires sera à envisager à moyen terme, en priorité en

AJ, en lien avec le département de l'Allier (partie Sud Allier – BSI de Vichy), afin d'organiser une offre inter départementale.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :

L'augmentation de la capacité des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

Le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestionnaires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant ; en particulier, dans ce département, pourra être envisagée la création d'une offre nouvelle de ce type.

La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures.

GEM

Tableau n°118 : Nombre de GEM dans le Puy de Dôme au 31 décembre 2017

NOMBRE DE GEM PUY-DE-DOME		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
4		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébro lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébro lésés</i>
3	1	43	3

Sources : ARS ARA 2017

Tableau n°118bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

PUY-DE-DOME	AUVERGNE-RHONE-ALPES
2	21

Sources : ARS ARA 2017

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infrarégionale sera présentée début 2018.

Territoire de parcours et de coopération

Dans une démarche progressive de structuration d'une gouvernance territoriale coordonnée et co-responsable des parcours inclusifs des personnes en situation de handicap, une expérimentation sera conduite sur le territoire d'Issoire : il s'agit d'une part d'envisager les évolutions de l'offre intégrant les ressources des départements limitrophes et de s'engager dans une plateforme adulte inter-organismes gestionnaires.

Une logique équivalente sera à l'œuvre avec le département de l'Allier sur l'offre pour adultes.

De façon générale, en déclinaison des orientations de l'annexe médico-sociale du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en si-

tuation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est notamment attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télé médecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

69

● DÉPARTEMENT DU RHÔNE ET DE LA MÉTROPOLE DE LYON

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département du Rhône devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

Le département compte 3 CMPP autorisés. Ceux-ci devront se mettre en adéquation avec le cahier des charges actualisé des CMPP.

Aussi, au moins 1 CMPP sera positionné comme établissement appui en matière de DYS sévères, et tous devront s'inscrire dans l'un des réseaux ressources proposés.

CAMSP

Le département dispose de 11 CAMSP répartis sur le territoire.

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Scolarisation

En application de la convention conclue entre l'ARS et les 3 académies le 21/09/2016 :

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

Le département dispose actuellement de 20 dispositifs externalisés pour 45 établissements disposant d'une unité d'enseignement. Le taux d'unités actuellement externalisées s'élève donc à 44% et devra atteindre 80% en 2021.

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

SESSAD

Les notifications non abouties dans tous les secteurs du Rhône et de la Métropole sont en hausse constante. Plus particulièrement, on note une très forte augmentation sur les bassins du Beaujolais Val de Saône, de Lyon nord-est, de Lyon sud-est.

Les besoins des élèves sont moins bien satisfaits dans les bassins Lyon nord-est, Lyon sud-est et des Monts du lyonnais.

L'importante évolution démographique du département du Rhône accroît les listes d'attentes chaque année.

L'application de la notion de file active aux services permettra l'accompagnement de 1715 enfants à 2375 selon les modalités contractualisées (respecti-

vement file active 1,3 et 1,8) soit une augmentation de 375 à 1320 accompagnements.

L'offre en SESSAD est graduée dans le Rhône. Ainsi, les SESSAD généralistes ont vocation à couvrir l'intégralité du département, et les SESSAD spécialisés, de niveau 2, doivent être un appui au premier niveau.

Une cinquantaine de places de SESSAD seront installées au cours de l'année 2018.

ITEP et fonctionnement en dispositif

Le département compte 15 instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

La majorité est opérationnelle pour fonctionner en dispositif. Certaines modalités ne sont pas encore proposées pour certains d'entre eux, un travail de recomposition est en cours.

Ceci est facilité par le taux d'équipement relativement important de places d'ITEP, un travail de recomposition de l'offre a débuté sur ce territoire. L'objectif est d'attendre les ratios places d'internat < places de semi internat < places de services.

Actuellement, les projets engagés ont permis une diminution des places d'internat, un travail sur l'offre de journées permettra de créer de nouvelles places de services.

En effet, dans l'état actuel des avancées de recomposition, on note les ratios suivants : 22 % de l'offre est composée d'internat, 46 % de semi internat, et 32 % de services.

IME et fonctionnement en dispositif

Les IME du département sont actuellement saturés, notamment par des jeunes en aménagements CRETON qui ne parviennent pas à passer dans le secteur adulte. Des opérations de création de places dans le secteur adulte viendront fluidifier le parcours des jeunes accueillis.

Les IME pourront évoluer vers le DIME, à l'instar des DITEP, et ce par anticipation d'une éventuelle réforme réglementaire.

Pôles de compétence et de prestations externalisées

A ce jour, 7 PCPE ont été labellisés sur le département. Les publics ciblés sont majoritairement les enfants et les jeunes adultes, pour des déficiences variées : TSA, difficultés psychologiques, déficiences auditives, Prader Willy.

Un travail de mise en cohérence des secteurs d'intervention est mené pour permettre aux PCPE d'assurer leur appui à la réponse accompagnée pour tous, en particulier dans le cadre du dispositif d'orientation permanent ; les PCPE jouant un rôle préventif en agissant sur les listes d'attente mais sont également à même de constituer une ressource pour le suivi des plans d'accompagnement global.

Unité d'enseignement maternelle

2 UEM en fonctionnement à Lyon 5^e et à Vénissieux.

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Le département bénéficiera à compter de 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné, portée par LADAPT 69, financée par l'ARS, l'AGEFIPH et le FIPH-FP.

ESAT

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements, et ce dans le cadre de la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique :

ESAT de transition : chaque département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment).

En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

ESAT places dédiées au handicap psychique : cible d'au moins 20 % des places.

Pour le département du Rhône, la cible est la suivante : passage de 14,14 % à 20 %. Soit 177 places à requalifier.

Tableau n°119 : Nbre de places installées dans le Rhône et la Métropole de Lyon au 31 décembre 2017

Nombre de places ESAT installées	Nombre de places handicap psy installées	% places handicap psy inst./total inst.	Cible 20 % en nombre de places	Nombre de places à requalifier*
3020	427	14,14	604	177

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017 - DREES

* Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible

CRP

La structure implantée sur le département (439 places), à vocation interrégionale, évoluera le moment venu, au regard d'une réforme annoncée par la DGCS. Dans l'attente, l'ARS a inscrit des orientations spécifiques dans le schéma régional qui devront être mises en œuvre.

Il y a lieu, vu l'importance des jeunes « Creton » en IMPRO et du nombre de lycéens en situation de handicap susceptibles de connaître une rupture de parcours, de mettre résolument la priorité sur ces deux publics.

Habitat inclusif

Le département développera a minima deux modalités supplémentaires d'habitat inclusif à vocation médico-sociale, à destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique. En effet, tant le Rhône que la Métropole sont concernés par des expériences d'ores et déjà à l'œuvre et dont l'évaluation est concluante.

Citons sans viser l'exhaustivité :

Le SAVS renforcé de l'ALGED.

La villa Mercedes et les appartements pour personnes sourdes d'Habitat et Humanisme.

L'offre d'Amélie la Vie pour les personnes cérébrolésées.

Les appartements passerelle de la Traboule, gérés par l'ARHM.

Les appartements pour personnes en situation de handicap mentale et psychique de l'association Adelaïde Perrin.

AT Home qui promeut la mutualisation d'auxiliaires de vie.

Le GIHP qui gère un habitat regroupé avec mutualisation de la PCH.

Le SESVAD 69 géré par l'APF qui soutient des appartements transitionnels.

Ti'Hameau géré par AunomE pour des adultes Asperger.

Les appartements adaptés et connectés pour PHV gérés par Familles solidaires.

Au titre de la déclinaison régionale du troisième plan autisme, un nouveau projet est en cours d'instruction.

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilita-

tion psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

Répît

Tableau 120

Structure	Hébergement temporaire	Accueil de jour
MAS	1	34
FAM	35	77

Chaque établissement doit développer, seul ou en partenariat, une offre d'aide aux aidants conformément à l'action 12 de la démarche nationale en faveur des aidants : accueils séquentiels, accueil de jour, répît, urgence...

Sur le champ de l'autisme, une plateforme d'accompagnement et de répît des aidants est en place depuis le 1^{er} janvier 2017.

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

L'a restructuring de l'offre en SAMSAH

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

En outre, un travail de maillage du territoire rhodanien sera conduit afin qu'une prise en charge de SAMSAH généraliste soit organisée sur tout le département.

La file active doit également être mise en œuvre.

10 places de SAMSAH financées par l'ARS pourraient être programmées.

L'offre de FAM MAS

L'offre de FAM et de MAS est globalement insuffisante sur le département du Rhône. Des projets sont donc en cours d'élaboration et budgétés sur ce territoire :

120 places de FAM.

62 places de MAS.

Une opération de recomposition de places de CHS vers des places de MAS est en cours, mixant fongibilité et mesures nouvelles.

Expérimentation de plateformes adultes

Dans le cadre d'une logique de parcours et de réponses nouvelles aux besoins des jeunes adultes sous amendement « Creton », la création de 2 plateformes adultes sur la métropole est programmée.

Ce format organisationnel repose sur la création de pôles ressource mobilisés de manière adaptée en fonction des plans d'accompagnement et non de la seule orientation décidée par la CDAPH. Les autorisations et les financements des deux autorités publiques compétentes interviennent de manière convergente pour solvabiliser des prestations organi-

sées en pôles ressources. Il est à noter que la modularité des prestations favorise la diversification des accompagnements et la possibilité de définir l'activité en file active. La mobilisation des recettes Creton gage la possibilité d'accroître le volume et la qualité des prestations proposées.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :

L'adaptation de l'offre existante des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

L'adaptation ou le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestionnaires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant ; une offre de ce type devra être installée sur ce territoire.

La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures, à moyens constants.

GEM

Tableau n°121 : Nombre de GEM dans le Rhône et Métropole de Lyon au 31 décembre 2017

NOMBRE DE GEM DEPARTEMENT		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
11		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>
11	0	43	3

Source : ARS

Tableau n°121bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

RHONE	REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES
5	21

Demandes recensées auprès de la CNSA pour les besoins 2007-2019

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infrarégionale sera présentée début 2018.

Par ailleurs, une mesure nationale visant la création de GEM spécifiques autisme est envisagée dans le cadre du 4^e plan autisme.

Territoires de parcours et de coopération

La démarche conduite dans le cadre de l'expérimentation Pascaline a montré ses limites compte tenu du choix du territoire dont le périmètre ne correspondait pas à une logique d'offre et d'acteurs, permettant d'asseoir une gouvernance territoriale coordonnée et coresponsable des parcours inclusifs des personnes en situation de handicap.

Il y a lieu de définir les modalités de cette gouvernance sur le Rhône et/ou sur la Métropole (territoire pertinent, acteurs).

Dans l'attente, eu égard aux résultats de la concertation régionale en préparation du quatrième plan autisme, il est incontournable d'envisager de se doter d'un outil ad hoc pour les personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme. Il est proposé de doter la Métropole d'une organisation spé-

cialisée de type méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins.

De façon générale, en déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est

notamment attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télé médecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

73 ● DÉPARTEMENT DE LA SAVOIE

De façon générale et de manière à mettre en œuvre la note complémentaire à l'instruction n° 2016-154, le département de la Savoie devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services.

Prévention, repérage, dépistage, et accompagnement précoces

CMPP

Le département de la Savoie ne dispose pas de CMPP. Les prises en charge et accompagnements sont effectués par d'autres structures.

Le rôle structurant et expert en matière de difficultés d'apprentissage de l'Institut national des jeunes sourds doit être mis en avant, et cette fonction sera valorisée dans le cadre de son futur contrat pluriannuel d'objectifs, avec une hypothèse de partenariat avec un autre service.

CAMSP

Le département dispose actuellement de 2 CAMSP.

L'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap

Scolarisation

En application de la convention conclue entre l'ARS et les 3 académies le 21/09/2016 :

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

Sur les 9 unités d'enseignement du département, 3 ont des modalités externalisées en septembre 2017. Il faut qu'au moins 7 sur les 9 UE puissent proposer des modalités externalisées, d'ici à la rentrée scolaire de 2021.

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2019 et à 80 % d'ici à 2021.

Il s'agira de prendre en compte la spécificité des structures médico-sociales qui jouent un rôle d'alternative au SSR pédiatrique pour lesquelles la scolarisation devra être adaptée ; l'accueil de classes ordinaires dans la structure médico-sociale pouvant être une voie à explorer.

SESSAD

Le département de la Savoie se caractérise par un taux d'équipement légèrement inférieur au taux régional. L'enjeu majeur est la recombinaison de l'offre vers le public de type enfants, adolescents et jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression,

notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Il est à noter les fortes listes d'attente sur cette offre, qui atteignent parfois la capacité même des établissements.

La mise en œuvre de la file active dans tous les services permettra d'assurer environ 450 accompagnements (sur la base d'un calcul théorique à partir d'une file active "plancher" à 1,3) à partir des places existantes. En complément, des places nouvelles vont être créées à partir de l'offre IME (voir infra).

ITEP et fonctionnement en dispositif

La mise en œuvre du dispositif ITEP devra se traduire par une réduction des capacités d'internat (71 places en 2017) au profit de places de semi-internat (27 places en 2017), afin de respecter le principe Internat < Semi Internat < Services). Les places de services représentent aujourd'hui 55 places pour ce public spécifique.

Au 31 décembre 2017, le ratio de l'offre se décompose de la manière suivante : 46 % de places d'internat, 18 % de place de Semi Internat, et 36 % de places de services.

La feuille de route départementale fait également état d'un maillage d'espace de répit et de modulations de l'offre sur l'ensemble du territoire à améliorer.

IME et fonctionnement en dispositif

Le département dispose d'un nombre de places en IME supérieur de plus de 40 places par rapport au taux régional. Ce nombre "excédentaire" de places sera redéployé en faveur de places de services afin d'améliorer la couverture en SESSAD du département, les listes d'attente étant importantes.

Pôles de compétence et de prestations externalisées

4 PCPE sont actuellement labellisés sur le territoire savoyard. Il s'agit désormais de veiller au maillage territorial de ces pôles afin que ceux-ci puissent jouer pleinement leur rôle dans le cadre du dispositif d'orientation permanent, les PCPE jouant un rôle préventif en intervenant sur les listes d'attente et étant également à même de constituer une ressource pour le suivi de plans d'accompagnement global.

Unité d'enseignement maternelle

Le département compte une UEM située à Albertville.

Insertion professionnelle

L'emploi accompagné

Le département bénéficiera à compter de 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné porté par MESSIDOR, financée par l'ARS, l'AGE-FIPH et le FIPH-FP, dans un cadre interdépartemental avec l'Ain et la Haute-Savoie.

ESAT

Deux orientations régionales seront mises en œuvre sur l'ensemble des départements :

ESAT de transition : chaque département devra développer des places d'ESAT de transition sur son territoire, et ce afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment).

En particulier, 10 % des places en ESAT dédiées aux travailleurs handicapés psychiques devront être requalifiées en ESAT transitionnel.

Places dédiées handicap psychique : cible d'au moins 20 % des places.

Pour le département de la Savoie, la cible est la suivante : passage de 13,29 % à 20 %. Soit 81 places à requalifier.

Tableau n°122 : Nombre de places installées en Savoie au 31 décembre 2017

Nombre de places ESAT installées	Nombre de places handicap psychique installées	% places handicap psychique inst./total inst.	Cible 20 % en nombre de places	Nombre de places à requalifier*
848	89	10,50 %	170	81

Source : FINESS – extraction au 14 décembre 2017 - DREES

* Nombre théorique et indicatif puisque le nombre de places en structures peut varier (par exemple, en cas de transformation de places d'ESAT ou de transfert d'activité sur un autre territoire) et avoir en conséquence une incidence sur le ratio cible.

CRP

La Savoie ne dispose pas de CRP. Les Savoyards sont orientés vers les départements frontaliers disposant de cette offre (Haute Savoie, Ain, Rhône).

Habitat inclusif

Le département développera a minima deux modalités d'habitat inclusif à vocation médico-sociale, à destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique.

Dans le champ du handicap psychique, est prévue au moins une offre de service médico-social, conjuguée à de l'intermédiation locative et déployant les pratiques de réhabilitation psycho-sociale. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité du service sera définie dans le cadre de l'appel à projets régional.

Répit

Tableau 123

Structure	Hébergement temporaire	Accueil de jour
MAS	6	8
FAM	4	13

8 nouvelles places d'accueils de jour en MAS sont prévues.

L'offre spécifique pour les adultes en situation de handicap

La restructuration de l'offre en SAMSAH

Le département dispose d'un SAMSAH polyvalent sur le bassin Aix-Chambéry, et d'une équipe mobile pour le public sortant de SSR. 20 places supplémentaires de SAMSAH autisme ont été installées en fin d'année 2017.

La couverture territoriale doit être améliorée, tant sur le plan géographique que sur l'offre en termes de déficience, en particulier sur le secteur Tarentaise-Maurienne. Le système de file active doit être mis en œuvre sur ces services pour augmenter le nombre des accompagnements. Des créations de places, en cas de redéploiement infrarégionaux ou de mesures nouvelles, pourront être envisagées.

Un service destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, sera créé. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement). La capacité de ce nouveau service sera définie dans l'appel à projets régional.

L'offre de FAM MAS

L'offre de places en établissements pour le secteur adultes (FAM et MAS) est légèrement déficitaire dans ce département par rapport à la moyenne régionale. On compte 9 places de MAS supplémentaires par rapport au taux régional, mais l'offre de FAM est, en revanche déficitaire, de 56 places.

La Savoie a, du fait de son histoire, une demande forte en matière de prise en charge pour polyhandicapés.

Chaque établissement doit développer, seul ou en partenariat, une offre d'aide aux aidants conformément à l'action 12 de la démarche nationale en faveur des aidants : accueils séquentiels, accueil de jour, répit, urgence...

Sur le champ de l'autisme, une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants est en place depuis le 1^{er} janvier 2017.

En outre, la création d'une MAS frontalière de la Savoie et de l'Isère viendra compléter cette offre, spécialisée dans le polyhandicap.

8 nouvelles places d'accueils de jour en MAS vont être installées courant 2018 ; il s'agit d'une offre en direction des personnes les plus lourdement handicapées, dont des personnes avec troubles du spectre de l'autisme.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :

L'augmentation de la capacité des MAS et FAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

Le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.

La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. Ces derniers sont à développer dans le cadre de CPOM avec les organismes gestionnaires ou dans le cadre de créations ex nihilo le cas échéant ; en particulier, dans ce département, pourra être envisagée la création d'une offre nouvelle de ce type.

La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures.

GEM**Tableau n°124 : Nombre de GEM en Savoie au 31 décembre 2017**

NOMBRE DE GEM SAVOIE		NOMBRE DE GEM REGION ARA	
4		46	
<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>	<i>Dont handicap psychique</i>	<i>Dont traumatisés crâniens ou cérébros lésés</i>
4	0	43	3

Source : ARS

Tableau n°124bis : Demandes nouvelles au 31 décembre 2017

SAVOIE	AUVERGNE-RHONE-ALPES
0	21

La CNSA financera sur la région 7 nouveaux GEM sur la période 2018-2019. Une programmation infrarégionale sera présentée début 2018.

Par ailleurs, une mesure nationale visant la création de GEM spécifiques autisme est envisagée dans le cadre du 4^e plan autisme.

Territoires de parcours et de coopération

A l'aune de la création des PCPE mais également de l'évolution des ITEP en dispositif (feuille de route bi-départementale 73 et 74), se dessine une double gouvernance territoriale coordonnée et coresponsable des parcours inclusifs des personnes en situation de handicap : une logique de vallées et une logique interdépartementales avec la Haute-Savoie et l'Isère. Il s'agit de soutenir cette organisation.

De façon générale, en déclinaison des orientations de l'annexe médico-sociale du schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il ap-

partient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées. Il est notamment attendu qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre desquels des opérations d'évolution voire de recomposition de l'offre seraient définies et mises en œuvre.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télé médecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

L'OFFRE DES ÉTABLISSEMENTS ET DES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX À L'ATTENTION DES PERSONNES CONFRONTÉES À DES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES



Dispositifs à l'attention des personnes confrontées à des difficultés spécifiques et atteintes de maladies chroniques (LHSS, LAM et ACT)

● ETAT DES LIEUX

Les lits halte soins santé (LHSS)

Les LHSS sont des structures médico-sociales qui accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

La capacité de ces structures ne peut excéder 30 lits, avec une possibilité de dérogation jusqu'à 50 lits sur décision de l'ARS.

En Auvergne-Rhône-Alpes, il existait, au 15 juin 2017, 117 lits LHSS, soit une progression de 31 lits sur la durée du précédent PRS (donnée initiale 86 lits au 15 juin 2011). La progression a été plus forte sur les départements de l'Allier, du Cantal, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme -47 lits versus 17- que sur les 8 départements rhônalpins -70 lits versus 69-.

Tableau n°125 : Répartition actuelle des LHSS

Département	Nombre de places au 30 septembre 2017
Ain	0
Allier	8
Ardèche	2
Cantal	4
Drôme	4
Haute-Loire	9
Haute-Savoie	4
Isère	18
Loire	6
Puy-de-Dôme	26
Rhône	30
Savoie	6
TOTAL	117

Les objectifs de création de lits du précédent PRS ont été atteints en ex Auvergne et tous les départements disposent désormais d'une offre (8 lits dans l'Allier, 4 dans le Cantal, 9 en Haute Loire et 26 dans le Puy-de-Dôme) ce qui n'est pas le cas en ex-Rhône-Alpes. Dans cette partie du territoire, le schéma médico-social 2012-2017 pointait notamment que « le nombre insuffisant de places dans certains départements, et même l'absence de lits dans deux départements (Ain et Ardèche) ne permettent pas de faire face aux besoins. Il indiquait également que la région Rhône-Alpes est sous dotée par rapport aux autres régions ». Il prévoyait le développement de l'offre en LHSS, avec la création de places avec un minimum de 2 lits par structure, en priorité sur les territoires suivants :

sur les territoires non-couverts : Territoire Nord (Bourg en Bresse) et Territoire Sud (Aubenas en Ardèche),

dans les villes moyennes : Vienne, Annemasse, Albertville, Roanne...

Mais ces objectifs de création de places en matière de LHSS n'ont pas été atteints (1 seul lit attribué par le ministère).

En sus de ces 117 lits viennent d'être créés 10 lits supplémentaires accordés dans le cadre d'instruction budgétaire 2017, soit un total global de 127 lits à fin 2017.

Les lits halte soins et santé sont une alternative à l'hospitalisation probante pour des personnes en situation de grande précarité. Fragilisées par leurs conditions d'existence, les personnes vivant dans la rue ont besoin de lieux où elles peuvent se reposer, se remettre d'une pathologie qui, sans gravité pour quelqu'un qui dispose d'un toit et de soins de base, pourrait rapidement empirer. Les Lits Haltes Soins Santé sont destinés à cette population souffrant

d'affections « ordinaires » (grippes, bronchites, gastro-entérites, incidents traumatologiques...), qui surviennent sur un état de santé fragilisé et qui pourraient entraîner des problématiques chroniques (diabète, insuffisances respiratoires, insuffisances hépatiques, insuffisances cardiaques...) et résultent souvent d'une problématique addictive (tabac et alcool essentiellement).

Par ailleurs, ils offrent une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire apportant aux personnes sans abri : des soins thérapeutiques, des soins au sens plus général du « care », c'est-à-dire des attentions, de la sollicitude, de l'écoute, dont ont besoin ces publics souvent isolés et une aide à l'actualisation des droits.

Si les effets ne peuvent qu'être modestes et ponctuels compte tenu de la durée limitée des séjours au regard des pathologies et situations complexes des personnes, ils ne sont pas insignifiants : les partenaires paramédicaux des LHSS repèrent souvent une évolution des patients au cours de leur séjour, en termes d'autonomie, d'hygiène et d'estime de soi. Quant aux problèmes médicaux, ils ne sont pas réglés mais stabilisés.

Enfin, les LHSS constituent un lieu d'observation de l'état de santé et des besoins des personnes sans abri, souvent invisibles dans les enquêtes de santé publique.

Les principales faiblesses du dispositif sont :

Un nombre de places insuffisant. Toutefois, il apparaît difficile d'objectiver les besoins, d'autant que les sources et indicateurs habituels de l'analyse ne sont pas applicables aux publics sans domicile fixe, puisque par définition ces indicateurs concernent des personnes domiciliées sur le territoire. De plus, les pratiques actuelles ne facilitent pas l'identification des besoins : les orienteurs ne formulent pas systématiquement les demandes s'ils savent que le dispositif est complet, et les gestionnaires de LHSS ne comptabilisent pas systématiquement les demandes auxquelles ils ne peuvent donner suite²⁹.

Une orientation difficile en aval. Les LHSS rencontrent des difficultés dans l'orientation en aval des patients accueillis avec des pathologies chroniques ou poly-pathologies : diabètes, insuffisances cardiaques et/ou respiratoires, insuffisances rénales sévères, tumeurs malignes... Il est constaté un manque de places d'hébergement et de logements adaptés, pour des personnes qui nécessitent un suivi médical important tout en ayant besoin d'un toit et d'un cadre pour poursuivre leur réinsertion sociale et un manque d'établissements médico-sociaux (en particulier d'EHPAD) avec des conditions d'admission et des équipes formées autorisant les personnes sans domicile à candidater. En effet, les orientations sont difficiles à organiser en aval pour la prise en charge dans les structures médico-sociales accueillant des personnes âgées (peu d'établissements publics au regard des besoins).

Des durées de séjours allongées. Très régulièrement, face à l'absence d'autres solutions d'accueil pour les patients atteints de pathologies chroniques ou de poly-pathologies, les LHSS se voient dans l'obligation de les prendre en charge et de les garder dans leur structure. Ceci conduit à un dépassement de la durée de séjour préconisée à deux mois, et à la saturation de ces structures.

²⁹ Rapport DGCS-1788-Evaluation du dispositif des LHSS janvier 2013.

Les lits d'accueil médicalisés (LAM)

Il s'agit de structures médico-sociales d'une capacité d'accueil variant entre 15 et 25 lits. Elles accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. Ce dispositif est donc un prolongement de ce que sont les Lits Halte Soins

Santé, mais destiné aux personnes dont les pathologies ne sont pas bénignes, et nécessitant un suivi thérapeutique à plus ou moins long terme.

A ce jour, l'existant se limite à une structure de 20 lits implantée depuis juillet 2016 sur le territoire de Lyon Métropole (Rhône). A noter que ces 20 lits ont en principe vocation à accueillir des patients originaires de toute la région mais le recrutement se réalise à ce jour en grande majorité sur le département du Rhône.

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Les appartements de coordination thérapeutique fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

Cette définition de leurs missions permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins des malades du VIH/SIDA, mais aussi de personnes atteintes de pathologies chroniques sévères (maladies chroniques du foie et cirrhoses, diabète, cancers, hépatite C, insuffisance rénale pathologies mentales...).

Si la santé est une priorité en ACT, la stabilisation de l'état de santé devient un moyen au service des buts à plus long terme d'insertion sociale, de relogement et d'insertion professionnelle. Ces différents aspects sont interdépendants. L'ACT, qui propose une prise en charge personnalisée par l'équipe pluridisciplinaire (médecin, travailleur social, psychologue, animateur social, infirmier...), permet de commencer ou continuer un traitement et d'en optimiser l'observance, de réguler la situation au niveau social, d'accéder aux droits, de faire le point, de clarifier le projet (personnel, professionnel, familial...) et de repartir sur des bases nouvelles.

Au niveau régional, il existe 217 places au 15 juin 2017 (200 ouvertes et 17 en cours d'installation), dont 67 ont été créées entre 2011 et 2017. Ces places se répartissent de la manière suivante :

Tableau n°126 – Place ACT dans la région

Département	Nombre de places au 15 juin 2017
Ain	8
Allier	0
Ardèche	4
Cantal	0
Drôme	18
Haute-Loire	3
Haute-Savoie	17
Isère	24
Loire	18
Puy-de-Dôme	36
Rhône	70
Savoie	19
TOTAL	217

A noter que 20 places supplémentaires ont été accordées dans le cadre de l'instruction budgétaire de 2017, ce qui portera l'offre totale à 237 places.

Le bilan départemental des créations entre 2011 et 2017 est conforme aux orientations des précédents PRS.

En ex-Auvergne, il n'avait pas été prévu d'objectif spécifique concernant les ACT. Les 3 places nouvelles ont été créées en 2016, suite à un appel à projet, en Haute-Loire.

En ex Rhône-Alpes, le schéma médico-social 2012-2017 prévoyait le développement de l'offre en ACT : 64 places ont été créées en priorité sur les territoires déficitaires afin de réduire les inégalités territoriales. Les projets de création ou d'extension de places devaient être obligatoirement adossés à une structure médico-sociale déjà existante (ACT, CSAPA, Lits Halte Soins Santé, CHRS...). Les objectifs de création de places ont été atteints (cf le tableau ci-après).

Tableau n°127 : Répartition des 64 places créées en ex Rhône-Alpes

RHONE-ALPES	Au 15-06-2011	Objectif du SROSMS	Nombre de places créés	Au 30-09-2017
Territoire de santé Centre (Lyon – Vienne...)	56 places (56 - Rhône)	Création de 6 places pour des personnes sortant de prison. Renforcement des places existantes.	14 places dans le Rhône dont 6 pour personnes sortant de prison. 7 places en Isère (Bourgoin).	77
Territoire de santé Est (Annecy-Chambéry-Albertville-Grenoble...)	40 places (10-Isère) (17-Savoie) (13-HS)	Renforcement des places existantes sur Grenoble-Annemasse.	7 places en Isère (Grenoble). 2 places en Savoie (à moyen constant). 4 places en Haute-Savoie (Annemasse).	53
Territoire de santé Sud (Valence- Privas...)	18 places (Drôme)	Maintien du nombre de places existantes.	4 places en Ardèche.	22
Territoire de santé Ouest (Saint Etienne Roanne...)	0 place	Création de 8 places d'ACT.	Création de 18 places dont : 13 à St Etienne. 5 à Roanne.	18
Territoire de santé Nord (Bourg en Bresse)	0 place	Nécessité de procéder à une étude des besoins pour la création de places.	Création de 8 places dans l'Ain.	8
TOTAL	114		64	178

Ce dispositif est adapté à la nécessité de se soigner dans un moment de grande précarité, avec des prises en charge très diverses alliant les aspects médicaux et sociaux et constitue une solution d'aval après une hospitalisation ou solution alternative à l'hospitalisation.

Pour autant malgré l'augmentation du nombre de places d'ACT ces dernières années, il manque des places pour faire face au nombre de demandes d'admission. Par ailleurs, bien que la fluidité des parcours en ACT tende à s'améliorer, un des problèmes majeurs reste le manque de solutions d'aval

(logement indépendant, résidence sociale, pension de famille ou maison de retraite pour les plus âgées...) auquel s'ajoute le manque de coordination entre les dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour la sortie des ACT et pour l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatrique accueillies en ACT.

Enfin, la diversité des publics susceptibles d'être accueillis dans les ACT n'est pas toujours prise en compte de manière appropriée : familles avec enfants, personnes sortant de prison, personnes usagères de drogue...

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire, pour les 3 types de structures (LHSS, LAM et ACT), de :

- *Garantir une meilleure couverture territoriale en priorisant les créations de places sur les territoires non couverts, ceux déficitaires et en renforçant les villes moyennes et en les adossant à une structure médico-sociale déjà existante (CSAPA, CHRS...).*
- *Uniformiser les données de connaissance pour l'observation des publics et des besoins (rapport d'activité régional, identification par territoire des pathologies à couvrir...).*
- *Développer les articulations afin notamment d'améliorer l'organisation des parcours et l'adéquation personnes/structures et d'éviter que les personnes restent sans solution.*

Et pour les seuls ACT, de :

- *Promouvoir l'habitat inclusif en :*
 - expérimentant les ACT à domicile ou hors les murs pour les personnes atteintes de maladies chroniques en situation de précarité mais bénéficiant d'un logement,
 - développant le "Housing first" ou des projets de type "Housing first" (« projet logement d'abord, un chez soi d'abord ») qui vise à travailler autour de la démarche prioritaire vers le logement avec les partenaires du secteur médico-social, du logement, de l'addiction et de la psychiatrie.
 - expérimentant les ACT handicap psychique.

● LES ÉVOLUTIONS A 5 ANS ET LEUR DÉCLINAISON PAR DÉPARTEMENT

Dans cette déclinaison par département et pour chaque type de structure (LHSS, LAM et ACT), l'agence vise à :

1. Couvrir les zones blanches.
2. Intervenir en priorité sur les territoires les plus en retard.
3. Réduire les écarts à la moyenne nationale pour les départements en dessous.

Les lits halte soins et santé

L'objectif visé serait d'atteindre le taux d'équipement national, qui s'élève à 2,20 lits pour 100 000 habitants, alors que le taux d'équipement régional ne s'élève qu'à 1,62 lit. Pour cela, il est nécessaire de créer 45 lits en sus des 117 existants et des 10 à répartir au titre de 2017. Ce qui correspond à une cible d'environ 9 lits supplémentaires par an en moyenne.

La répartition au niveau départemental tient compte des critères budgétaires nationaux (instruction de 2017) : la population par département – 2015, le

taux de pauvreté par département – 2013, le nombre de place de CHRS par département – 2016.

On obtient ainsi le classement proposé suivant, par ordre de priorité décroissant :

Groupe 1 > département « zones blanches » : Ain.

Groupe 2 > départements « prioritaires » : Haute-Savoie, Loire, Drôme, Ardèche.

Groupe 3 > département « intermédiaire » : Savoie, Rhône, Isère, Cantal, Allier.

Groupe 4 > départements « non-prioritaires » : Haute-Loire, Puy-de-Dôme. Pour ces départements, une estimation fine des besoins devra être réalisée.

Tableau n°128 : Objectifs cibles des Lits halte soins de santé, sous réserve des financements attribués par le niveau national

Rang de classement LHSS	Nombre de places existantes en 2017	Nombre de places nécessaires selon les 3 critères	Proposition selon les critères de répartition	Commentaires
Ain	0	10	10	Zone blanche
Haute-Savoie	4	13	9	Prioritaire
Loire	6	14	8	Prioritaire
Drôme	4	12	8	Prioritaire
Ardèche	2	9	7	Prioritaire
Savoie	6	9	3	Intermédiaire
Rhône	30	33	3	Intermédiaire
Isère	18	21	3	Intermédiaire
Cantal	4	7	3	Intermédiaire
Allier	8	9	1	Intermédiaire
Haute-Loire	9	9	0	Non prioritaire
Puy-de-Dôme	26	26	0	Non prioritaire
TOTAL	117	172	55	

Les lits d'accueil médicalisés

Le besoin de lits supplémentaires est estimé à 45 lits a minima. Pour leur répartition géographique, il est tenu compte :

des critères utilisés par le national dans l'instruction budgétaire 2017 : population, taux de pauvreté et nombre de places de CHRS, de la réglementation : une structure « lits d'accueil médicalisés » dispose d'au moins 15 lits et au maximum de 25 lits.

De ce fait, il est proposé la création a minima de deux structures LAM supplémentaires de 20 lits, dont l'implantation reste à définir à l'issue d'une étude de besoins à réaliser. Par ailleurs, il est également proposé une extension de 5 lits pour la structure LAM implantée dans le Rhône, dans le cadre du déménagement de la structure sur un nouveau site et la construction d'un nouveau bâtiment.

Sous réserve des financements attribués par le niveau national, cet objectif porterait à terme l'offre à 4 structures LAM de 20 lits.

Les appartements de coordination thérapeutique

Pour les places d'ACT dites « classiques », l'objectif visé serait d'atteindre le taux d'équipement national qui s'élève à 4,01 places pour 100 000 habitants alors que le taux d'équipement régional ne s'élève qu'à 3,03 places. Pour atteindre ce taux d'équipement de 4,01 places, il est nécessaire de créer 77 places en sus des 217 existantes et des 20 à répartir au titre de 2017, soit environ 15 places par an en moyenne régionale.

Leur répartition au niveau départemental tient compte des critères utilisés par le national dans l'instruction budgétaire 2017 : de la population, des effectifs des personnes prises en charge pour ALD pour 3 affections (ALD 6 : maladies chroniques du foie et cirrhoses / ALD 7 : VIH / ALD 8 : Diabète),

pour le régime général – 2014 et du nombre de personnes allocataires des minimas sociaux – 2015.

On obtient ainsi le classement proposé suivant, par ordre de priorité décroissant :

Groupe 1 > départements « zones blanches » : Allier et Cantal.

Groupe 2 > départements « prioritaires » : Isère, Loire, Ain, Ardèche.

Groupe 3 > départements « intermédiaires » : Haute-Savoie, Haute-Loire, Drôme, Rhône.

Groupe 4 > départements « non-prioritaires » : Puy-de-Dôme, Savoie. Pour ces départements, une estimation fine des besoins devra être réalisée.

Tableau n°129 : Objectifs cibles des Appartements de coordination thérapeutiques, sous réserve des financements attribués par le niveau national

Rang de classement	Nombre de places en 2017	Nombre de places nécessaires selon les 3 critères	Proposition selon les critères de répartition	Commentaires
Allier	0	17	17	Zone blanche
Cantal	0	6	6	Zone blanche
Isère	24	46	22	Prioritaire
Loire	18	33	15	Prioritaire
Ain	8	20	12	Prioritaire
Ardèche	4	13	9	Prioritaire
Haute-Savoie	17	24	7	Intermédiaire
Haute-Loire	3	9	6	Intermédiaire
Drôme	18	21	3	Intermédiaire
Rhône	70	71	1	Intermédiaire
Savoie	19	19	0	Non prioritaire
Puy-de-Dôme	36	36	0	Non prioritaire
TOTAL	217	314	97	

Pour les places d'ACT à domicile et handicap psychique, une réflexion sera à envisager pour la créa-

tion ou non de telles places en fonction de l'évaluation nationale qui aura été menée.

Dispositifs spécialisés sur l'addictologie

● LES CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

D'après l'article D3411-1 du code de la santé publique, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage :

L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage. Dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs.

La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives.

La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.

Les CSAPA peuvent offrir une prise en charge ambulatoire ou avec hébergement (les centres thérapeutiques résidentiels). Ils peuvent disposer de consultations avancées, de consultations jeunes consommateurs et d'antennes.

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 39 CSAPA ambulatoires dont deux qui interviennent exclusivement en milieu pénitentiaire, 4 CSAPA avec hébergement et une communauté thérapeutique (CSAPA avec hébergement avec des modalités spécifiques).

Tableau n°130 : Implantations actuelles de CSAPA en Auvergne-Rhône-Alpes

	CSAPA AMBULATOIRES			CSAPA AVEC HEBERGEMENT SUBSTANCES ILLICITES
	Généraliste	Spécialisé Alcool	Spécialisé Subs- tances illicites	
Ain	1	0	1	0
Allier	1	0	1	0
Ardèche	1	2	1	1
Cantal	0	1	1	0
Drôme	0	1	1	1
Isère	3	0	1	1
Loire	3	2	1	1
Haute-Loire	0	0	1	0
Puy-de-Dôme	1	0	0	0
Rhône	3	2	2	0
Savoie	1	0	0	0
Haute-Savoie	4	3	1	1
TOTAL	17	11	11	5

Tableau n°131 : Les CSAPA ambulatoires portent des consultations jeunes consommateurs sur 57 sites différents.

Départements	Nombre de consultations jeunes consommateurs
Ain	7
Allier	4
Ardèche	3
Cantal	3
Drôme	6
Isère	5
Loire	6
Haute-Loire	1
Puy-de-Dôme	1
Rhône	11
Savoie	6
Haute-Savoie	12
TOTAL	57

Le dispositif présente des atouts : proximité, pluridisciplinarité et accompagnement dans la durée.

Mais il a également des limites : une offre ambulatoire morcelée sur les départements et bénéficiant d'un moindre financement qu'au plan national, des files actives un peu en dessous de la moyenne nationale, un taux d'usagers ayant bénéficié d'une prescription de méthadone par un médecin exerçant en CSAPA également plus faible que dans la France entière. De plus ce dispositif médico-social se trouve souvent en concurrence avec l'addictologie hospitalière ambulatoire (consultations externes d'addictologie, hôpital de jour d'addictologie). Et surtout la couverture territoriale est assurée de façon inégale et elle est parfois qualitativement insuffisante.

L'éparpillement de l'offre au travers des consultations avancées censées agir par l'intervention précoce, s'avère peu efficace sur les territoires trop éloignés des sites principaux des CSAPA.

Les consultations jeunes consommateurs sont encore trop peu visibles et repérées par les structures accueillant des jeunes.

L'enjeu est donc de graduer l'implantation du dispositif CSAPA ambulatoire sur le territoire.

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Faire évoluer les autorisations afin de disposer d'au moins un CSAPA généraliste pour chacune des 10 zones d'activités de soins.*
- *Structurer le maillage territorial des antennes.*
- *Réaffirmer et rendre visible les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) sur les territoires.*
- *Désigner un CSAPA structure ressource par département.*
- *Proposer systématiquement une aide à l'arrêt à leurs patients.*
- *Poursuivre l'amélioration des pratiques professionnelles.*
- *Elaborer une démarche de signalement des dysfonctionnements / évènements indésirables.*

● LES CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT A LA REDUCTION DES RISQUES DES USAGERS DE DROGUES (CAARUD)

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques assurent :

L'accueil collectif et individuel, l'information, et le conseil personnalisé pour usagers de drogues.

Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend : l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place, l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de

droit commun, et l'incitation au dépistage des infections transmissibles.

Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle.

La mise à disposition de matériel de prévention des infections.

L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers.

Le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

La région comprend 13 CAARUD, soit au moins un par département. Huit sont implantés dans des agglomérations urbaines de plus de 100 000 habitants, aucun n'est implanté en milieu rural. La majorité d'entre eux dispose d'équipes mobiles avec un véhicule permettant d'aller à la rencontre de publics.

Les CAARUD gèrent parfois ou sont partenaires de Programmes d'Echanges de Seringues (PES) dans les pharmacies afin de faciliter l'accès au matériel. Ceux-ci sont cependant plutôt implantés en zone urbaine.

Enfin un programme régional de Réduction Des Risques de Dépendance (RDRD) à distance est en cours de création.

Tableau n°132 : Implantations actuelles des CAARUD en Auvergne-Rhône-Alpes

Département	CAARUD fixe	Equipe mobile de CAARUD	Programme d'échanges de seringues ou automates échangeurs
Ain	1	1	
Allier	1		
Ardèche	1	1	0
Cantal	1	1	0
Drôme	1	2	1 automate
Isère	1	1	1 PES
Loire	1	0	1 PES
Haute-Loire	1	1	0
Puy-de-Dôme	1	0	1 automate
Rhône	2	1	3 automates 2 PES
Savoie	1	0	1 PES
Haute-Savoie	1	2	1 PES
TOTAL	13	10	6 PES – 5 automates

Rapporté à la population, le nombre de CAARUD pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans est inférieur en Auvergne-Rhône-Alpes par rapport à celui de l'ensemble de la France. Les moyens financiers alloués sont également plus faibles que ceux attribués au niveau national.

De plus, le milieu rural notamment est insuffisamment couvert et les dispositifs mobiles sont peu nombreux.

Enfin, les interventions en milieux alternatifs sont également trop peu nombreuses. L'enjeu est de graduer l'implantation du dispositif CAARUD dans un objectif de réduction des risques de dépendance (RDRD).

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- *Implanter au moins un CAARUD mobile par département.*
- *Renforcer la couverture des territoires ruraux.*
- *Renforcer les interventions « off » : squats, milieux festifs alternatifs.*
- *Poursuivre l'amélioration des pratiques professionnelles.*
- *Elaborer une démarche de signalement des dysfonctionnements / événements indésirables.*

Glossaire

Liste des sigles utilisés dans ce document

AES	Accompagnant éducatif et social
AAH	Allocation adulte handicapé
ACTP	allocation compensatrice de tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
AIS	Actes infirmiers de soins
AJ	Accueil de jour
AM	Assurance Maladie
AMP	Aide médico-psychologique
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée Autonomie
ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASH	Agents de services hôteliers
AT-MP	Accident du travail - Maladie professionnelle
BSI	Bassin de Santé Intermédiaire
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce (médico-sociale)
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission départementale de l'autonomie des personnes handicapées
CH	Centre hospitalier
CIM 10	Classification internationale des maladies - 10 ^e révision
CM	Consultation mémoire
CMP	Centre médico-psychologique (sanitaire)
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique (médico-social)
CNAMTS	La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie.
CPO	Centres de pré-orientation
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRA	Centre Ressources Autisme
CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité.
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CSMS	Commission spécialisée pour les prises en charges et accompagnements médico-sociaux

DA	Déficient auditif
DD	Délégation départementale
DEAT	Dispositif expérimental d'accueil temporaire
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DI	Déficient intellectuel
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DV	Déficient visuel
DYS	dyslexie, dysorthographe, dysphasie, dyspraxie, troubles d'attention avec ou sans hyperactivité, troubles spécifiques du développement des processus mnésiques ou dyscalculie.
EHPA	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Evénement indésirable grave
ESA	Equipes Spécialisés Alzheimer (à domicile)
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux
ESS	Equipe de suivi de scolarisation.
ESSMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
ETP	Equivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FG	Filière gérontologique
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIPH FP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
GEM	Groupement d'antraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GPEC	Gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences
GVT	Glissement vieillissement technicité
HAS	Haute autorité de la santé
HP	Hébergement permanent
HT	Hébergement temporaire
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
IMPRO	Institut médico-éducatif professionnel
INJS	Institut national des jeunes sourds
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRP	instance représentative du personnel
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MECS	Maison d'enfants à caractère social
PA	Personne âgée
PAG	Plan d'accompagnement global
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés

PCH	Prestation de compensation du handicap
PEC	Prise en charge
PFR / PFAR	Plateforme d'accompagnement et de répit
PH	Personne en situation de handicap
PMI	Protection maternelle infantile
QPV	Quartier prioritaire de la politique de la ville
RBPP	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
RH	Ressource humaine
RPS	Risques psycho sociaux
SAAD	Service aide à domicile
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAFEP	Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce.
SAJ	Service d'accueil de jour
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
SERAFIN PH	Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes en situation de handicap
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SRS	Schéma régional de Santé
SSEFIS	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire.
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
START	Service territorial d'accès aux ressources transdisciplinaires, réseau DéfiScience
TDB	Tableau de bord
TEPCO	Territoire de parcours et de coopération
TSA	Troubles du spectre de l'autisme
UCC	Unité cognitivo-comportementale
UE	Unité d'enseignement
UEM	Unité d'enseignement maternelle
UEROS	Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle
UHR	Unité d'hébergement renforcée
ULIS	Unités localisées pour l'inclusion scolaire.
USLD	Unité de soins de longue durée

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr



Arrêté n°2018-1924

Portant sur l'adoption du document cadre du suivi et de l'évaluation du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L.1434-3 ; L. 1434-6 ; L. 1434-9 à L. 1434-11 ; R. 1434-1 à R. 1434-9 et R. 1434-11 ;

Vu l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'arrêté n° 2017-8170 en date du 11 janvier 2018 du directeur de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes relatif à la définition des zones d'activités de soins et équipements matériels lourds ;

Vu l'arrêté n° 2018-0327 du 29 janvier 2018 portant sur l'avis de consultation du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 29 janvier 2018 ;

Vu l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie Auvergne-Rhône-Alpes en date du 26 avril 2018 ;

Vu l'avis du préfet de la région Auvergne-Rhône-Alpes en date du 27 avril 2018 ;

Vu l'avis du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes en date du 27 avril 2018 ;

Vu l'avis des conseils départementaux de l'Ain en date du 09 avril 2018, de l'Allier en date du 23 avril 2018, de l'Ardèche en date du 09 avril 2018, du Cantal en date du 23 mars 2018, de la Drôme en date du 23 avril 2018, de la Haute-Loire en date du 09 avril 2018, de la Haute-Savoie en date du 03 avril 2018, de l'Isère en date du 30 mars 2018, de la Loire en date du 09 avril 2018, du Rhône en date du 23 mars 2018, de la Savoie en date du 23 mars 2018 ;

Vu l'avis des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de l'Ain en date du 25 avril 2018, de l'Allier en date du 29 mars 2018, de l'Ardèche en date du 26 avril 2018, du Cantal en date du 16 mars 2018, de la Drôme en date du 05 avril 2018, de l'Isère en date du 11 avril 2018, de la Loire en date du 05 avril 2018, de la Savoie en date du 27 mars 2018 ;

Vu l'avis des collectivités locales de la région Auvergne-Rhône-Alpes dont les conseils ont pris valablement une délibération ;

ARRETE

Article 1 :

Le document cadre du suivi et de l'évaluation du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de 10 ans.

Article 2 :

Le document cadre du suivi et de l'évaluation du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 peut être consulté sur le site Internet de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes à l'adresse suivante : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- a) A la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes, 106 rue Pierre Corneille 69003 Lyon.
- b) Au siège de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, 241 rue Garibaldi, 69003.
- c) Ainsi que dans ses délégations départementales :
 - délégation départementale de l'Ain, 9 rue de la Grenouillère, 01000 Bourg-en-Bresse,
 - délégation départementale de l'Allier, 20 rue Aristide Briand, 03400 Yzeure,
 - délégation départementale de l'Ardèche, avenue Moulin de Madame, 07000 Privas,
 - délégation départementale du Cantal, 13 place de la Paix, 15000 Aurillac,
 - délégation départementale de la Drôme, 13 avenue Maurice Faure, 26000 Valence,
 - délégation départementale de l'Isère, 17-19 rue Commandant l'Herminier, 38000 Grenoble,
 - délégation départementale de la Loire, 4 rue des Trois Meules, 42000 Saint-Etienne,
 - délégation départementale de la Haute-Loire, 8 rue de Vienne, 43000 Le Puy-en-Velay,
 - délégation départementale du Puy-de-Dôme, 60 avenue de l'Union Soviétique, 63000 Clermont-Ferrand,
 - délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon, 241 rue Garibaldi, 69003 Lyon,
 - délégation départementale de la Savoie, 94 boulevard de Bellevue, 73000 Chambéry,
 - délégation départementale de la Haute-Savoie, Cité administrative, 7 rue Dupanloup, 74000 Annecy.

Article 3 :

Le directeur de la stratégie et des parcours de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 28 mai 2018

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Docteur Jean-Yves GRALL

Suivi et évaluation

PRS 2018-2028



Préambule

L'évaluation des politiques publiques, qu'elle soit imposée par voie réglementaire ou intégrée dans les pratiques des institutions, est aujourd'hui un enjeu majeur. Dans un contexte de mutation du système de santé, l'évaluation permet d'exercer une vigilance sur le bon usage des dépenses publiques dédiées à la santé et de rendre compte de leur utilisation.

C'est pourquoi le directeur général de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes a fait le choix d'introduire, un document dédié spécifiquement au dispositif de suivi et d'évaluation du projet régional de santé (PRS).

Dans un souci de transparence et de lisibilité, ce dispositif a été soumis au même titre que les autres documents constitutifs du PRS (cadre d'orientation stratégique, schéma régional de santé et programme régional d'accès à la prévention et aux soins

pour les populations les plus démunies) à une large consultation, à l'issue de laquelle il a évolué afin de prendre en compte tout ou partie des attentes exprimées.

Le dispositif de suivi et d'évaluation proposé ne vise pas l'exhaustivité des orientations et objectifs inscrits dans les différents documents constitutifs du PRS. Il propose de suivre et évaluer les items les plus marquants dans l'amélioration des parcours de santé au sein de notre région et de l'évolution de notre système de santé afin qu'il soit en capacité de faire face aux défis à relever dans le champ de la santé pour les 10 ans à venir.

SOMMAIRE

Contexte et enjeux	8
CADRE REGLEMENTAIRE.....	8
DÉFINITION DES CONCEPTS.....	8
PÉRIMETRE	9
COMMUNICATION.....	9
Gouvernance et pilotage du suivi et de l'évaluation du projet régional de santé	10
SYSTÈME DE SUIVI DU PRS	10
PLAN D'EVALUATION DU PRS	11
Périmètre de l'évaluation intermédiaire	12
Annexes	16
LISTE DES INDICATEURS CLES POUR LE SUIVI DU COS PAR ORIENTATION.....	16
LISTE DES INDICATEURS DE CONTEXTE AU NIVEAU REGIONAL ET DEPARTEMENTAL	20

Contexte et enjeux

CADRE REGLEMENTAIRE

Le projet régional de santé comprend un Cadre d'orientation stratégique (COS), un Schéma régional de santé (SRS) et un Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Il existe une différence de temporalité entre ces documents à prendre en compte pour la planification des évaluations.

Le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé stipule que le COS fixe, pour une période de dix ans, les objectifs généraux et les résultats attendus en termes d'amélioration de l'état de santé de la population et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le SRS doit être élaboré en cohérence avec le COS pour une durée de cinq ans et participer à la territorialisation de la politique de santé en définissant, à partir d'un diagnostic des problèmes et des besoins, des objectifs opérationnels.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies est également élaboré pour une durée de cinq ans.

Le décret prévoit une évaluation au terme de l'échéance respective du COS et du SRS. Pour mémoire, l'article R. 1434-8 stipule que « L'agence régionale de santé précise les modalités de suivi et d'évaluation des dispositions prévues par le schéma, notamment en ce qui concerne l'efficacité de ses dispositions. Le schéma régional de santé est révisé, après évaluation de l'atteinte de ses objectifs au moins tous les cinq ans ».

Enfin, l'article L. 1434-10 du code de santé publique prévoit que « Le conseil territorial de santé (...) contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé ».

DÉFINITION DES CONCEPTS

Le suivi et l'évaluation sont deux notions étroitement liées. Il est toutefois communément admis une distinction entre, d'une part, la procédure de suivi qui permet de dresser un bilan régulier des réalisations au regard d'indicateurs de résultats et de moyens et, d'autre part, la procédure d'évaluation qui consiste à émettre un jugement sur les modalités et les résultats de la mise en œuvre d'un programme d'actions.

La mise en place d'un système de suivi des indicateurs doit être intégrée le plus en amont possible lors de l'élaboration du programme. L'objectif d'un tel système est en effet de mesurer régulièrement l'écart entre les résultats escomptés et ceux effectivement obtenus afin de rendre compte et réorienter

éventuellement la stratégie ou les actions en cours de programme. Pour être efficace, cette mesure doit débuter dès le lancement du programme.

Planifier l'évaluation ne signifie pas définir précisément les questions évaluatives, mais de prendre conscience de la nécessité de disposer des informations indispensables à sa mise en œuvre. Il s'agit à ce stade d'élaboration du programme d'identifier des thèmes (populationnel, organisationnel, processus...) et des objectifs prioritaires. L'objectif de l'évaluation est en effet de mesurer la capacité du programme à atteindre les objectifs fixés. Pour ce faire il est donc indispensable de disposer d'informations par le biais du système de suivi sur ce qui a été réellement réalisé.

PÉRIMETRE

Du fait du large périmètre d'intervention couvert par le PRS –en fait tous les champs de compétence de l'ARS-, ainsi que de sa durée, il sera difficile de suivre et d'évaluer dans le temps et de manière pertinente l'ensemble des objectifs inscrits tant dans le COS que dans le SRS. En effet, cela supposerait un nombre important d'indicateurs (de suivi, de résultat et d'impact) à intégrer au système de pilotage partagé avec les partenaires et acteurs de la santé en région.



Important

Aussi, en vue d'une meilleure efficacité et d'une communication plus pertinente, il est proposé, notamment pour le SRS, de centrer le suivi et l'évaluation sur 6 objectifs structurants de l'action de l'ARS et de ses partenaires au regard des enjeux de réduction des inégalités de santé, d'amélioration des parcours de santé de la population et d'évolution de l'organisation du système de santé recherché in fine dans notre PRS :

- Développer les actions de prévention et promotion de la santé en direction des nouveaux nés, des enfants en bas âge, des jeunes et de leurs parents plus particulièrement sur des thèmes tels que le surpoids et l'obésité, la santé bucco-dentaire et les addictions, qui sont des marqueurs d'inégalités sociales de santé. Ces actions seront développées en priorité dans les zones d'éducation prioritaires, les quartiers politique de la ville ainsi que les zones rurales les plus isolées.
- Développer les actions de prévention secondaire et tertiaire en direction des patients souffrant de

pathologies chroniques afin de les rendre davantage acteurs de leur prise en charge.

- Garantir, pour tous, avec une attention particulière pour les personnes socialement fragiles et les personnes en situation de handicap, l'accès aux soins de 1^{er} recours y compris aux soins non programmés dans un double enjeu : la réduction des inégalités géographiques et sociales de santé, et le soutien à domicile.
- Soutenir l'insertion en milieu de vie ordinaire et l'accès aux droits communs pour les personnes en situation de handicap avec comme corollaire le passage d'une logique de places à celle d'une réponse coordonnée mise en œuvre en concertation avec les instances territoriales de santé.
- Promouvoir un parcours de santé adapté à la personne âgée et renforcer les démarches de repérage précoce des fragilités ou des situations à risque, d'amélioration de la pertinence et de la qualité de leurs prises en charge.
- Améliorer la précocité du repérage, du dépistage et du diagnostic en santé mentale dans un enjeu de renforcement de la précocité des interventions, dans une approche éthique respectueuse des droits des usagers en situation de maladie mentale et de leurs familles.

Parallèlement, ont été sélectionnés des indicateurs clés, par axe stratégique du COS, afin de permettre d'apporter des connaissances sur l'évolution du système de santé et sur la santé de la population avant/après le PRS.

COMMUNICATION

L'article R. 1434-2 du Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé prévoit une information annuelle de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur le suivi de la mise en œuvre du projet régional de santé.

Cette information sera réalisée, au moins une fois par an, lors de séances habituelles de l'assemblée

plénière de la CRSA et/ou de ses commissions ainsi que celle des conseils territoriaux de santé, mais également auprès de toutes instances ou collectivités qui en manifesteraient le souhait.

Les principaux résultats seront portés à connaissance des citoyens par une mise en ligne sur le site internet de l'ARS.

Gouvernance et pilotage du suivi et de l'évaluation du projet régional de santé

Le directeur général de l'ARS conduit la mise en œuvre de l'évaluation et du suivi du PRS. Il porte les résultats de ce suivi et de cette évaluation à la connaissance des instances et des partenaires externes, et, au regard des résultats, il définit les réorientations éventuelles.

Cette information contribue à alimenter les débats des instances de démocratie sanitaire.

Dans la réalisation de ces travaux, le directeur général de l'ARS prendra appui sur une instance de concertation réunissant à parité des membres de l'agence et des membres de la CRSA. Cette instance sera consultée sur :

- les orientations de l'évaluation (appropriation de la démarche et du référentiel d'évaluation),
- les résultats et les recommandations du suivi et de l'évaluation.

SYSTÈME DE SUIVI DU PRS

Le suivi de la mise en œuvre du PRS sera organisé autour d'indicateurs mais également de bilans d'étape thématiques.

● DÉFINITION D'INDICATEURS DE SUIVI

Il est possible de définir un indicateur comme le mode de mesure d'un objectif à atteindre, d'une ressource mobilisée, d'un effet obtenu, d'un critère de qualité ou d'une variable contextuelle.

Le système d'indicateurs comportera des données quantitatives mesurant ce qui est arrivé et des données qualitatives examinant comment et pourquoi c'est arrivé.

Compte tenu de l'ampleur du périmètre du PRS, des indicateurs de réalisation, de moyen et de résultat seront définis pour les principaux objectifs du SRS.

Pour les indicateurs de résultats, ils seront communs avec ceux retenus dans l'évaluation. Ils permettent de suivre l'effectivité des actions envisagées et leurs effets directs sur les bénéficiaires ciblés.

Les indicateurs retenus au titre de la stratégie nationale de santé seront mobilisés dès lors qu'ils sont déclinés en région.

Afin de pouvoir évaluer à terme les effets plus globaux du PRS sur la santé de la population, le système de suivi comprend des indicateurs de santé publique. Destinés à mesurer les conséquences du programme, ces indicateurs sont définis par rapport aux principales orientations stratégiques du COS (*conférer en annexe la liste des indicateurs clés pour le suivi du COS par orientation*).

Afin de sécuriser le dispositif de suivi, sur toute la période de mise en œuvre du PRS, le recueil des indicateurs sera décrit dans une fiche synthétique précisant le mode de calcul, la source, la valeur initiale ou T0, la valeur cible (obligatoire pour les indicateurs de résultats), le responsable du suivi de

l'objectif... Ces fiches seront partagées au sein du comité durant le second semestre 2018.

Enfin, il est apparu nécessaire d'intégrer au système de suivi quelques indicateurs de contexte. La situation socio-économique et environnementale influence

favorablement ou pas les effets obtenus. L'intégration de tels indicateurs permet de compléter l'analyse de l'évolution des indicateurs liés plus directement au PRS (*conférer en annexe la liste des indicateurs de contexte au niveau régional et départemental*).

● RECUEIL DES INDICATEURS ET ANALYSE

Le recueil et la fiabilité des informations relèvent de la responsabilité de l'ARS.

L'analyse croisée des indicateurs de suivi permet d'alerter sur des blocages éventuels et de réorienter la stratégie d'action si nécessaire.

Un rapport annuel est élaboré dans un délai de 2 mois à compter de la fin de chaque année civile. Ce

rapport décrit l'état d'avancement de la mise en œuvre en comparaison de l'année précédente. Il comprend une description du contexte et des progrès accomplis dans la réalisation des priorités.

Du fait que le PRS est arrêté en cours d'exercice 2018, le premier suivi de mise en œuvre sera présenté et rendu public en mars 2020.

PLAN D'EVALUATION DU PRS

D'une manière générale, il s'agit d'évaluer la capacité du PRS à être un outil performant de mise en œuvre de la politique de santé dans la région.

● ÉVALUATION INTERMEDIAIRE

Le principe d'une évaluation du PRS à mi-parcours est acté. Il s'agit d'évaluer les stratégies mises en œuvre afin de les réorienter si besoin. Elle sera centrée sur la pertinence des résultats obtenus au regard des besoins de santé, et réinterrogera la logique d'action.

Ses résultats devront être disponibles à échéance du schéma régional de santé et du PRAPS. Ses modalités seront précisées en lien avec l'instance de concertation.

● ÉVALUATION FINALE

Au terme du PRS, soit en 2028, il s'agira d'évaluer :

- les effets du PRS sur l'état de santé de la population,
- ses effets sur la perception par la population du fonctionnement du système de santé,
- le changement de l'organisation du système de santé,
- la contribution du PRS à la réduction des inégalités sociales de santé.
- Par ailleurs, cette évaluation finale devra également interroger :
 - l'outil PRS dans sa fonction de cadrage de la politique de santé (cohérence, clarté et adaptation au contexte),
 - les conditions de mise en œuvre propices à l'atteinte des objectifs,
 - le PRS en tant qu'outil de mobilisation des acteurs autour des enjeux du système de santé.

Dans la conduite de cette évaluation, il sera nécessaire de capitaliser sur l'évaluation intermédiaire, les données du suivi, y compris les données relatives aux objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre sanitaire et médico-social inscrits dans le SRS ainsi que sur les résultats d'enquêtes ponctuelles décidées au regard de spécificités repérées au cours de la mise en œuvre et qui permettraient de compléter l'observation.

L'instance de concertation sera associée à l'élaboration du cahier des charges de l'évaluation finale.

Périmètre de l'évaluation intermédiaire

Le périmètre de l'évaluation intermédiaire est arrêté. Il traitera des questions suivantes :

- Le PRS a-t-il permis d'améliorer l'accès aux soins, y compris aux soins non programmés, en tout point du territoire et pour toute la population ?
- Le PRS a-t-il permis de réduire les inégalités de santé, concernant le parcours de santé des jeunes ?
- Le PRS a-t-il permis de développer la capacité des jeunes et de leurs parents à trouver, à comprendre, à évaluer l'information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant leur propre santé ou celle d'un proche ?
- Le PRS a-t-il permis d'améliorer la pertinence et la qualité des soins dispensés aux personnes âgées en structures ou à domicile ?
- Le PRS a-t-il permis de promouvoir l'organisation d'un parcours hospitalier adapté à la personne âgée ?
- Le PRS a-t-il permis de contribuer à la diminution des facteurs de risques des maladies chroniques et à l'amélioration de l'implication du patient dans la prise en charge de sa maladie chronique ?
- Le PRS a-t-il permis d'améliorer le parcours de santé du patient atteint d'un accident vasculaire cérébral ?
- Le PRS a-t-il contribué à renforcer la précocité des interventions en santé mentale ?
- Dans le parcours de santé de la personne en situation de handicap a-t-on réussi, avec ce PRS, la mise en place du dispositif « Zéro sans solution » ? A-t-on progressé sur l'enjeu de davantage d'inclusion dans la société et le droit commun ?

Ces questions peuvent d'ores et déjà être précisées et assorties de premiers indicateurs de résultats dont la liste n'est pas fermée. Elle pourra être complétée en lien avec l'instance de concertation.

Le PRS a-t-il permis d'améliorer l'accès aux soins, y compris aux soins non programmés, en tout point du territoire et pour toute population ?

L'accès aux soins est un objectif majeur unanimement partagé par tous les acteurs dans la phase de consultation.

Cet accès est à la fois abordé sous l'angle géographique mais également social. Une attention particulière sera portée en direction des personnes socialement fragiles et des personnes en situation de handicap.

Des indicateurs sont d'ores et déjà repérables pour mesurer l'impact des actions portées dans le cadre de ce PRS : le nombre de lieux d'exercice collectif, le

nombre de dispositifs (Asalee, infirmiers en pratique avancée), le pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil, la part de la population accueillie dans les services d'urgence ne requérant pas ce type de recours.

Dans le cadre de la convention relative aux modalités de partenariat entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie pourra être abordée, sur la durée du PRS, la question du partage de l'information concernant l'accès aux droits des populations.

Le PRS a-t-il permis de réduire les inégalités de santé, concernant le parcours de santé des jeunes ?

Des thématiques sont plus spécifiquement considérées comme « traceuses » de la précarité ; ce sont en particulier l'obésité et le surpoids, ainsi que la santé bucco-dentaire.

Des indicateurs sont mobilisables pour suivre l'impact des interventions : la prévalence du surpoids et de l'obésité en CM1 et CM2, le taux d'enfants en

surpoids et obésité, la proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant le 6ème anniversaire et le taux d'enfants ayant une ou plusieurs dents cariées non soignées lors de l'examen en grande section maternelle en et hors zone d'éducation prioritaire de chaque académie.

Le PRS a-t-il permis développer la capacité des jeunes et de leurs parents à trouver, à comprendre, à évaluer l'information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche (ou en d'autres termes de développer la littératie en santé) ?

Les addictions, dont l'usage abusif des écrans, et la vaccination sont illustratives du développement de cette capacité.

En regard de ces thèmes, des indicateurs sont disponibles : le taux de couverture vaccinale à 9 mois pour les 11 vaccins obligatoires et pour les enfants nés après le 01/01/2018, le pourcentage de jeunes

de 17 ans déclarant fumer régulièrement, le pourcentage de jeunes de 17 ans ayant un usage régulier d'alcool et le pourcentage de ceux ayant eu des alcoolisations ponctuelles importantes, le pourcentage des adolescents déclarant avoir consommé du cannabis, le temps moyen passé devant un écran pour les enfants scolarisés en CM1-CM2.

Le PRS a-t-il permis d'améliorer la pertinence et la qualité des soins dispensés aux personnes âgées en structures ou à domicile ?

Dans ce champ sont plus particulièrement visés le développement de la prévention du risque infectieux, la sécurisation du circuit du médicament ainsi que la prise en charge médicamenteuse adaptée.

Parmi les indicateurs mobilisables pour mesurer l'impact des actions menées figurent : l'évolution du nombre de déclarations d'événements indésirables enregistrés en interne, l'évolution du nombre

d'événements indésirables graves (EIG) analysés (ratio nombre EIG analysés dans l'année / nombre d'EIG déclarés en interne dans l'année (Niveau 2), le taux standardisé de poly-prescription médicamenteuse chez la personne âgée (nombre de prescription comportant au moins 10 médicaments différents prescrits avec une fréquence d'au moins 3 fois dans l'année).

Le PRS a-t-il permis de promouvoir l'organisation d'un parcours de santé adapté à la personne âgée ?

Cette question cible plus particulièrement 2 objectifs :

- Optimiser le recours à l'hôpital en programmant les hospitalisations et limitant le recours inadapté, privilégiant la montée en charge de l'hospitalisation à domicile (HAD) et sa bonne articulation avec les autres modalités d'intervention, en anticipant les sorties d'hospitalisation.
- Garantir la continuité des soins en améliorant la couverture médicale des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en sécurisant les prises en charge de nuit, en facilitant l'accès, pour les médecins traitants, à une ex-

pertise gériatrique, garantissant l'effectivité de réponses adaptées, coordonnées et graduées aux situations cliniques spécifiques des sujets âgés à domicile ou en établissement, en promouvant l'organisation de prestations de répit.

En fonction de leur disponibilité, les indicateurs permettront d'étayer la démarche évaluative : diminution du taux de ré-hospitalisation à 30 jours, taux standardisé de recours à l'hospitalisation à domicile, part des hospitalisations programmées en médecine et chirurgie (hors ambulatoire, séances et séjours très longs).

Le PRS a-t-il permis de contribuer à la diminution des facteurs de risque des maladies chroniques et à l'amélioration de l'implication du patient dans la prise en charge de sa maladie chronique ?

Cette question a pour objet de mesurer l'impact des actions de prévention de type primaire, secondaire et tertiaire menées pour éviter l'apparition des maladies chroniques ou menées auprès des patients malades chroniques plus spécifiquement pour des pathologies visées par le SRS (obésité, diabète, insuffisance rénale chronique et accident vasculaire cérébral).

Les indicateurs susceptibles de tracer l'impact des actions sont : la prévalence de l'obésité et de la surcharge pondérale régionale (enquête OBEPI), la prévalence du diabète, du tabagisme, de l'hypertension artérielle (HTA) ; le taux de patients diabétique

dépistés pour : la rétinopathie, l'insuffisance rénale chronique, une cardiopathie, une pathologie bucco-dentaire.

Enfin, en lien avec l'assurance-maladie, sera évalué le déploiement de dispositifs mis en place pour atteindre cet objectif : le programme ASALEE (nombre de duos médecin généraliste – infirmier diplômé d'Etat), le programme SOPHIA (taux d'adhésion des patients diabétiques), le nombre de prescription d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par médecin généraliste, le nombre de programme d'éducation thérapeutique du patient autorisé en proximité.

Le PRS a-t-il permis d'améliorer le parcours de santé du patient atteint d'un accident vasculaire cérébral ?

Dans cette pathologie, l'enjeu majeur est celui d'une prise en charge rapide et adaptée.

Des indicateurs permettent de mesurer l'impact de nos actions au regard de cet enjeu au premier rang desquels figure la réduction des délais de prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC). Il est le plus intéressant à améliorer du fait de la dynamique des acteurs de soins dans notre région et l'impact fort sur l'évolution de la maladie.

La réduction des délais de prise en charge de l'AVC permettra d'augmenter le nombre de patients éli-

gibles à la thrombolyse et à la thrombectomie avec un indicateur intéressant à cet égard qui est le taux régional de thrombolyse et le taux de thrombectomie.

De même pourrait être observée l'amélioration de la prise en charge multidisciplinaire des patients après la phase aiguë de l'AVC au travers de la baisse de l'indicateur : taux de patients « AVC » dont les durées de séjour en MCO et en soins de suite et de réadaptation (SSR) sont respectivement supérieures à 25 jours et à 90 jours.

Le PRS a-t-il contribué à renforcer la précocité des interventions en santé mentale ?

Les objectifs inscrits sous cette question visent notamment à améliorer le repérage précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents, favoriser l'accès des professionnels de première ligne à une expertise permettant un diagnostic précoce des troubles mentaux et une orientation plus rapide, optimiser le fonctionnement des centres médico-psychologiques (CMP) notamment par la réduction du délai d'accès pour les primo-consultants.

Plusieurs indicateurs de nature différente sont disponibles pour étayer l'approche : évolution du nombre d'évènements organisés dans le cadre des

Semaines d'information santé mentale (SISM), part ou nombre de professionnels formés au repérage de la crise suicidaire, de la souffrance et des troubles psychiques (professionnels de santé et partenaires des champs éducatif, social, médico-social, judiciaire et du travail, en particulier ceux intervenant auprès des jeunes), nombre de formations réalisées, évolution du taux de suicide (mortalité) suivi dans le cadre de l'observatoire régional, évolution du nombre d'établissements ayant une mission de psychiatrie de secteur ayant mis en place une ligne téléphonique à destination des professionnels de première ligne et évolution des délais d'attente pour un premier rendez-vous en CMP.

Dans le parcours de santé de la personne en situation de handicap a-t-on réussi, avec ce PRS, la mise en place du dispositif « Zéro sans solution » ?

A-t-on progressé sur l'enjeu de davantage d'inclusion dans la société et le droit commun ?

Le schéma régional de santé comporte dans la partie "une organisation de l'offre en santé au service de la qualité et de la continuité des parcours de santé" des objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'offre en établissements et services médico-sociaux en lien avec ces objectifs.

Leur suivi sera intégré dans l'évaluation et permettra d'étayer la mesure d'impact des actions conduites sur cette double question.

Ces indicateurs sont déclinés par département ce qui permettra de mesurer les efforts en infra-régional et de réajuster les stratégies d'action en territoires.

Annexes

LISTE DES INDICATEURS CLES POUR LE SUIVI DU COS PAR ORIENTATION

Dans cette liste est conservée la numérotation des objectifs stratégiques en référence au cadre d'orientation stratégique (COS). Par contre, tous les objec-

tifs stratégiques de chaque orientation ne font pas l'objet d'un indicateur d'impact, et donc la reprise n'est pas exhaustive.

O1 ● ORIENTATION 1 : RENFORCER, EN LIEN AVEC LES AUTRES PORTEURS DE POLITIQUES, LA PLACE DE L'EDUCATION A LA SANTE, DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE PUBLIQUE

Attendus

- Développer les comportements individuels et collectifs favorables à la santé, la culture de la promotion de la santé.
- Retarder l'apparition des maladies chroniques.

Indicateurs d'impact

- Taux standardisé de mortalité générale.
- Taux standardisé de mortalité prématurée (- 65 ans).
- Taux standardisé de mortalité prématurée évitable (VIH, tabac, alcool, accident, suicide).
- Taux standardisé de mortalité infantile.
- Taux standardisé de mortalité par pathologie liées à l'alcool.
- Taux standardisé de mortalité générale par cancers.
- Taux standardisé de mortalité prématurée par cancers.
- Taux standardisé de mortalité générale par maladies cardiovasculaires.
- Taux standardisé de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires.
- Indicateur d'espérance de vie sans incapacité (EVS).

● OBJECTIF STRATEGIQUE 1-1 > RENDRE LES JEUNES ACTEURS DE LEUR SANTE

Attendus

- Accompagner les familles.
- Contribuer au parcours éducatif en santé.

Indicateurs de résultat

- Taux standardisé de mortalité chez les 10-24 ans.
- Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les 10-24 ans.
- Taux standardisé de mortalité par suicide chez les 10-24 ans.
- Taux standardisé de prévalence/incidence des ALD chez les 10-24 ans.
- Taux standardisé de prévalence/incidence des ALD psychiatriques chez les 10-24 ans.
- Prévalence/incidence du surpoids et de l'obésité chez les 10-24 ans (enquêtes).

02 ● ORIENTATION 2 > FAVORISER L'ACCES A LA SANTE

Attendus

- Maintenir l'offre de 1er recours au service de la qualité et de la continuité des prises en charge pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les personnes en situation de précarité.
- Faciliter l'accès aux techniques de pointe pour tous. Cet objectif sera difficilement mesurable globalement. Il pourra être abordé au travers de certaines pathologies, à titre d'exemple la cancérologie.

Indicateurs d'impact

- Part de la population bénéficiaire d'au moins une consultation chez un médecin généraliste par an.
- Taux de la population sans consultation de médecine générale sur 2 ans.
- Taux de la population sans soins dentaires sur 2 ans.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 2-1 > ASSURER L'ACCES AU PREMIER RECOURS

Attendus

- Réduire les inégalités géographiques d'accès au 1er recours.
- Renforcer le 1er recours pour appuyer le virage ambulatoire.

Indicateurs de résultat

- Taux de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil.
- Taux de la population vivant dans un territoire dont la densité de médecins généralistes est inférieure au niveau national.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 2-2 > ASSURER L'ACCES A L'URGENCE DANS LES DELAIS REQUIS

Attendus

- Continuer à promouvoir un meilleur accès à un dispositif d'urgence en moins de 30minutes.
- Soutenir l'accès aux soins non programmés : régulation médicale, point fixe de garde....

Indicateurs de résultat

- Taux de la population à plus de 30 mn d'un service d'urgence.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 2-4 > PERMETTRE A L'ENSEMBLE DE LA POPULATION D'ACCEDEZ AUX TECHNOLOGIES DE POINTE

Attendus

- Améliorer les délais d'intervention pour les AVC (maillage UNV, thrombolyse, thrombectomie).

Indicateurs de résultat

- Accès à la thrombolyse et à la thrombectomie pour les AVC.

03 ● ORIENTATION 3 > AMELIORER LA QUALITE ET L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE PAR UNE ORGANISATION EN PARCOURS REPOSANT PRIORITAIREMENT SUR L'AMBULATOIRE ET PAR LE SOUTIEN A DOMICILE

Attendus

- Fluidifier le parcours de santé : la coordination, le décloisonnement, le virage ambulatoire, l'accompagnement, la prévention de la perte d'autonomie, l'autonomie des personnes en situation de handicap.

Indicateurs d'impact

- Part des personnes en groupe iso-ressources (GIR) 1 à 4 vivant à domicile.
- Part de l'ambulatoire dans les dépenses d'assurance-maladie.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 3-4 > DEVELOPPER LES BONNES PRATIQUES HOSPITALIERES ALTERNATIVES ET ADAPTER LES PLATEAUX TECHNIQUES

Attendus

- Optimiser l'utilisation des plateaux techniques dans les établissements sanitaires (alternatives à l'hospitalisation, programmation des hospitalisations, lien avec amont et aval).

Indicateurs de résultat

- Part des hospitalisations programmées.
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours.
- Part HAD.
- Part hospitalisation de jour.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 3-7 > DEVELOPPER PLUS ENCORE LA POLITIQUE DE SOUTIEN AUX AIDANTS

Attendus

- Soutenir le droit au répit, la formation thérapeutique, l'information ressources.

Indicateurs de résultat par territoire

- Nombre d'aidants formés.
- Nombre d'accueil temporaire.
- Satisfaction des aidants (enquête).

04 ● ORIENTATION 4 > RENFORCER LA CAPACITE DU SYSTEME DE SANTE A FAIRE FACE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES.

Attendus

- Anticiper les évènements pour mieux y répondre.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 4-2 > RESPONSABILISER LA POPULATION PAR UNE COMMUNICATION ADAPTEE

Attendus

- Former/sensibiliser la population au repérage des situations potentielles et développer les meilleures réactions en cas de crise.

Indicateurs de résultat

- Réalisation d'un livrable présentant les stratégies de communication retenues.
- Nombre d'actions de communication menées : [0;2]/an : faible ; [3;5]/an : correct ; [5;10]/an : exceptionnel.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 4-3 > RENDRE INTEROPERABLES LES REPONSES ET TRAVAILLER EN RESEAU

Attendus

- Limiter la segmentation des plans (travail en réseau, capacité d'adaptation des acteurs).

Indicateurs de résultat

- Nombre d'exercices ou de situations réelles avec mise en œuvre d'une approche d'anticipation et d'une prise de décision en réseau.
- Nombre d'exercices ou de situations réelles avec mise en œuvre d'une approche de prise de décision en réseau.

05 ● ORIENTATION 5 > RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET LES RELATIONS PARTENARIALES ENTRE PROFESSIONNELS ET USAGERS

Attendus

- Faciliter l'implication des usagers dans les instances et dans la construction des projets. Cet objectif s'appuie sur une nécessaire dynamique des acteurs des instances et de leur mobilisation.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 5-2 > FAIRE DE L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION DES OUTILS EFFICACES POUR LE SUR LE BON USAGE DU SYSTEME DE SANTE EN DIRECTION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS

Attendus

- Optimiser l'usage du système de santé par une information opérationnelle et pratique tant auprès des professionnels de santé que des usagers.

Indicateurs de résultat

- Taux de fréquentation des urgences sans régulation préalable.
- Taux de couverture vaccinale.
- Taux de recours aux dépistages organisés des cancers.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 5-3 > ACCOMPAGNER ET SOUTENIR LES REPRESENTANTS D'USAGERS ET DEVELOPPER LA DEMOCRATIE DIRECTE

Attendus

- Soutenir et former les représentants d'usagers.
- Développer la démocratie directe (débat public, expression de masse, accompagnement usagers touchés par dysfonctionnement).

Indicateurs de résultat

- Part de l'enveloppe du fonds d'intervention régional (FIR) affectée à la démocratie sanitaire.
- Nombre de débats publics réalisés.
- Pourcentage de postes de représentants des usagers au sein des instances de démocratie, au sein des établissements non pourvus.
- Pourcentage de participation aux formations organisées au profit des représentants des usagers.

● OBJECTIF STRATEGIQUE 5-4 > DEVELOPPER LES DEMARCHES PARTICIPATIVES AU NIVEAU TERRITORIAL

Attendus

- Faciliter l'implication individuelle de l'utilisateur dans l'élaboration et le suivi politique de santé en proximité (notion de patient expert).

Indicateurs de résultat

- Taux d'actions associant des usagers dès leur construction dans les territoires.

06 ● ORIENTATION 6 > ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ EN S'APPUYANT SUR LES INNOVATIONS

Attendus

- Repérer, évaluer et accompagner les innovations technologiques, techniques ou organisationnelles.

Indicateurs d'impact

- Taux de consultations réalisées en télémédecine modalité téléconsultation en général/en EHPAD.
- Taux de consultations réalisées en télémédecine modalité télé-expertise en général/en EHPAD.
- Nombre de projets retenus au titre de l'article 51.
- Taux d'usage des outils numériques déployés en région.

LISTE DES INDICATEURS DE CONTEXTE AU NIVEAU REGIONAL ET DEPARTEMENTAL

- Indice de « défavorisation » (désavantage social) European Deprivation Index.
- Taux de pauvreté.
- Taux de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA).
- Densité de population.
- Indice de vieillissement (65 +/- 20 ans)/Indicateur de jeunesse (- 20 ans/60 ans +).
- Taux de natalité.
- Taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).
- Part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans.

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr



Arrêté n°2018-1923

Portant sur l'adoption du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L.1434-3 ; L. 1434-6 ; L. 1434-9 à L. 1434-11 ; R. 1434-1 à R. 1434-9 et R. 1434-11 ;

Vu l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'arrêté n° 2017-8170 en date du 11 janvier 2018 du directeur de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes relatif à la définition des zones d'activités de soins et équipements matériels lourds ;

Vu l'arrêté n° 2018-0327 du 29 janvier 2018 portant sur l'avis de consultation du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 29 janvier 2018 ;

Vu l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie Auvergne-Rhône-Alpes en date du 26 avril 2018 ;

Vu l'avis du préfet de la région Auvergne-Rhône-Alpes en date du 27 avril 2018 ;

Vu l'avis du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes en date du 27 avril 2018 ;

Vu l'avis des conseils départementaux de l'Ain en date du 09 avril 2018, de l'Allier en date du 23 avril 2018, de l'Ardèche en date du 09 avril 2018, du Cantal en date du 23 mars 2018, de la Drôme en date du 23 avril 2018, de la Haute-Loire en date du 09 avril 2018, de la Haute-Savoie en date du 03 avril 2018, de l'Isère en date du 30 mars 2018, de la Loire en date du 09 avril 2018, du Rhône en date du 23 mars 2018, de la Savoie en date du 23 mars 2018 ;

Vu l'avis des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de l'Ain en date du 25 avril 2018, de l'Allier en date du 29 mars 2018, de l'Ardèche en date du 26 avril 2018, du Cantal en date du 16 mars 2018, de la Drôme en date du 05 avril 2018, de l'Isère en date du 11 avril 2018, de la Loire en date du 05 avril 2018, de la Savoie en date du 27 mars 2018 ;

Vu l'avis des collectivités locales de la région Auvergne-Rhône-Alpes dont les conseils ont pris valablement une délibération ;

ARRETE

Article 1 :

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de 5 ans.

Article 2 :

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 peut être consulté sur le site Internet de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes à l'adresse suivante :

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- a) A la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes, 106 rue Pierre Corneille 69003 Lyon.
- b) Au siège de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, 241 rue Garibaldi, 69003.
- c) Ainsi que dans ses délégations départementales :
 - délégation départementale de l'Ain, 9 rue de la Grenouillère, 01000 Bourg-en-Bresse,
 - délégation départementale de l'Allier, 20 rue Aristide Briand, 03400 Yzeure,
 - délégation départementale de l'Ardèche, avenue Moulin de Madame, 07000 Privas,
 - délégation départementale du Cantal, 13 place de la Paix, 15000 Aurillac,
 - délégation départementale de la Drôme, 13 avenue Maurice Faure, 26000 Valence,
 - délégation départementale de l'Isère, 17-19 rue Commandant l'Herminier, 38000 Grenoble,
 - délégation départementale de la Loire, 4 rue des Trois Meules, 42000 Saint-Etienne,
 - délégation départementale de la Haute-Loire, 8 rue de Vienne, 43000 Le Puy-en-Velay,
 - délégation départementale du Puy-de-Dôme, 60 avenue de l'Union Soviétique, 63000 Clermont-Ferrand,
 - délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon, 241 rue Garibaldi, 69003 Lyon,
 - délégation départementale de la Savoie, 94 boulevard de Bellevue, 73000 Chambéry,
 - délégation départementale de la Haute-Savoie, Cité administrative, 7 rue Dupanloup, 74000 Annecy.

Article 3 :

Le directeur de la stratégie et des parcours de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 28 mai 2018

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Docteur Jean-Yves GRALL

*Programme
régional d'accès
à la prévention
et aux soins
des personnes
les plus démunies
2018-2023*

ars
Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes



Publication : Juin 2018
Création : ARS Auvergne-Rhône-Alpes
Crédits photos : Fotolia – Adobe Stock - Pixabay

Préambule

Chargée du pilotage régional du système de santé, l'agence régionale de santé se voit confier la mission de mettre en œuvre la politique de santé au plus près des besoins de la population et de réguler l'offre en santé en région.

Sous l'impulsion de l'[Agence régionale de santé](#), d'autres acteurs interviennent dans la déclinaison des orientations de la stratégie nationale de santé et dans celles du Projet régional de santé (PRS).

Ainsi, l'Assurance-maladie, les collectivités territoriales (au premier rang desquelles on citera les conseils départementaux et la Métropole de Lyon notamment en matière de politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap) ou bien encore les services de l'État en région sont contributeurs à la mise en œuvre de la

politique de santé, dans le respect de leurs attributions et compétences propres.

Dans ce contexte, l'action de l'Agence régionale de santé est incarnée par le [projet régional de santé](#) élaboré en concertation avec les acteurs de santé dans les régions.

Il définit la stratégie régionale de santé, fixe les ambitions et les priorités régionales de santé auxquelles contribuent, chacun dans son champ de compétence, l'ensemble des institutions et promoteurs pouvant intervenir dans la sphère du système de santé, domaine transversal par excellence.

Le projet régional de santé comporte formellement 3 documents constitutifs, élaborés par l'agence régionale de santé sur le fondement d'une évaluation des besoins. Cette évaluation a été réalisée à partir de l'évaluation des PRS ex Auvergne et ex Rhône-Alpes, des données socio-économiques, de santé et de l'offre en santé de la région (conférer sur le site internet de l'ARS le document « Données de santé »), mais aussi de l'analyse des difficultés rencontrées par l'usager dans son parcours de santé.

Au terme de ce diagnostic, l'agence régionale de santé a élaboré un Schéma régional de santé (SRS) comportant des objectifs en cohérence avec le Cadre d'orientation stratégique (COS) et un document plus spécifiquement dédié aux personnes les plus démunies : le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).



Important

L'analyse qui a prévalu pour ce dernier document, le PRAPS, s'est appuyée sur l'observation des points de ruptures dans les parcours de santé des personnes les plus vulnérables et en lien avec elles, tout en s'inscrivant dans les 6 objectifs plus particulièrement marquants et structurants du schéma régional de santé 2018-2023 :

- Développer les actions de prévention et promotion de la santé en direction des nouveaux nés, des enfants en bas âge, des jeunes et de leurs parents plus particulièrement sur des thèmes tels que le surpoids et l'obésité, la santé bucco-dentaire et les addictions, qui sont des marqueurs d'inégalités sociales de santé. Ces actions seront développées en priorité dans les zones d'éducation prioritaires, les quartiers politique de la ville ainsi que les zones rurales les plus isolées.
- Développer les actions de prévention secondaire et tertiaire en direction des patients souffrant de pathologies chroniques afin de les rendre davantage acteur de leur prise en charge.

- Garantir, pour tous, avec une attention particulière pour les personnes socialement fragiles et les personnes en situation de handicap, l'accès aux soins de 1^{er} recours y compris aux soins non programmés dans un double enjeu : réduction des inégalités géographiques et sociales de santé, et soutien à domicile.
- Soutenir l'insertion en milieu de vie ordinaire et l'accès aux droits communs pour les personnes en situation de handicap avec comme corollaire le passage d'une logique de places à celle de réponse coordonnée mise en œuvre en concertation avec les instances territoriales de santé.
- Promouvoir un parcours de santé adapté à la personne âgée et renforcer les démarches de repérage précoce des fragilités ou des situations à risque, d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins à leur égard.

- Améliorer la précocité du repérage, du dépistage et du diagnostic en santé mentale dans un enjeu de renforcement de la précocité des interventions, dans une approche éthique respectueuse des droits des usagers en situation de maladie mentale et de leurs familles.

L'ensemble de ces objectifs trouveront une déclinaison opérationnelle dans le présent programme régional d'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus démunies.

Ce programme donnera lieu par la suite à un déploiement d'actions, à la construction desquelles seront associés les professionnels, les partenaires et les usagers concernés ou leur représentants dans les territoires. Son suivi et son évaluation seront organisés, comme pour les autres volets du PRS, en lien avec la CRSA.

SOMMAIRE

1. Améliorer l'accès à la santé des personnes les plus démunies : un défi à relever pour et avec les personnes concernées	7
QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	8
LA PRÉCARITÉ EST UN PHÉNOMÈNE MULTIDIMENSIONNEL	15
Les personnes en situation de précarité répondent à des typologies très différentes	17
2. Les objectifs d'amélioration du parcours de santé des personnes les plus démunies	19
AMÉLIORER LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ À MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES	19
FAVORISER LE TRAVAIL EN RÉSEAU ENTRE LES PROFESSIONNELS DES CHAMPS SANITAIRES ET SOCIAUX POUR L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES	25
FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ET LUTTER CONTRE LE NON RECOURS	29

1

Améliorer l'accès à la santé des personnes les plus démunies : un défi à relever pour et avec les personnes concernées

Face aux multiples difficultés que doivent affronter, au quotidien, les personnes les plus démunies pour répondre aux besoins élémentaires que sont l'hébergement, l'accès à l'alimentation, la santé n'est pas une priorité et passe souvent au second plan de leurs préoccupations faute de moyens. Lorsque les personnes sont amenées à consulter, le problème de

santé est souvent aggravé faute d'avoir été évité ou d'être pris en charge à un stade précoce.

Il convient, dès lors, de se donner les moyens d'une politique de prévention et de prise en charge en santé adaptés aux plus fragiles de nos concitoyens au regard de l'objectif du COS : « Veiller à l'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité ».

L'accès à la santé pour les personnes les plus démunies ne peut être résolu, de manière structurelle, que, par une prise en compte de ces populations dans les démarches de prévention.

Cela réclame des modalités de mise en œuvre et des messages spécifiques.

Dans l'attente d'une résolution au fond du problème, il convient de veiller tout particulièrement à leur accès aux dispositifs d'offre de soins et d'accompagnement social et médico-social.

Ce sont les plus touchées par le non recours aux soins ou le « refus de soins » de certains professionnels.

La ligne directrice, consiste, au maximum, à faire entrer ces populations dans le dispositif de droit commun, la couverture maladie universelle et le dispositif de CMU-C permettant, théoriquement au moins, de couvrir l'essentiel des situations.

Pour autant, il s'agit, à chaque fois que la situation le nécessite, d'imaginer, en lien avec les services de l'Etat (direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale - DRDJSCS), des collectivités territoriales et des associations, des dispositifs adaptés. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans le champ sanitaire constituent, de ce point de vue, un dispositif socle.

L'impact de la précarité dans la production du handicap et du sur-handicap est une dimension à prendre en compte.



QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La notion de « précarité » est fortement liée au contexte socio-économique. De ce point de vue, la région Auvergne-Rhône-Alpes est globalement connue pour son dynamisme et son caractère attractif mais avec de fortes disparités.

Avec près de 8 millions d'habitants, soit 12 % de la population française, le rythme annuel de progression de la population régionale est supérieur à celui observé au niveau national : en moyenne plus 0,8 %¹ par an depuis 2009 alors que le rythme annuel moyen observé en France métropolitaine est de 0,5 %.

Une population vieillissante

Les projections de l'Insee montrent qu'en 2020 la population régionale atteindra entre 8 et 8,1 millions d'habitants et qu'en 2040 elle se situera entre 8,7 et 9,5 millions selon les scénarii. La structure de la population évoluera de façon significative : entre 14,3 % et 14,6 % de la population d'Auvergne-Rhône-Alpes sera âgée d'au moins 75 ans en 2040 alors qu'actuellement 9,1 % de la population régionale atteint au moins cet âge. La part actuelle des 75 ans et plus dans la région comme celle projetée en 2040 sont proches des proportions observées dans l'ensemble du pays².

Tableau n°1 - Structure de la population régionale et nationale 2016 et 2040

	AU 1 ^{ER} JANVIER 2016	PROJECTION 2040		PROJECTION 2040
	REGIONALE (%)	REGIONALE (%)		NATIONALE (%)
		Hypothèse basse (1)	Hypothèse haute (2)	France entière Scenario central
Moins de 20 ans	24,6	21,7	24,1	22,3
20 - 59 ans	50,6	47,3	46,2	46,1
60 -74 ans	15,6	16,4	15,4	17,1
75 ans et plus	9,1	14,6	14,3	14,6
Population totale	7 941 000	8 700 000	9 500 000	72 451 000

Source : Insee, Projections de population à horizon 2040

(1) Choix du scénario conduisant à une population régionale à horizon 2040 plus faible (hypothèse de fécondité basse)

(2) Choix du scénario conduisant à une population régionale à horizon 2040 plus élevée (hypothèse de population haute)

¹ Rythme annuel moyen lissé sur les années 2009 à 2016.

² Au 1^{er} janvier 2016, 9,1 % de la population nationale a au moins 75 ans. En 2040, cette part sera d'environ 14,6 %.

Une région dynamique

La région est reconnue pour son dynamisme géographique mais également pour son attractivité économique.

Forte d'une métropole (Métropole de Lyon) et de trois villes de plus de 100 000 habitants (Saint-Etienne, Grenoble et Clermont-Ferrand), avec 80 % de la population vivant dans de grandes zones urbaines (pôles urbains rassemblant 10 000 emplois et plus) ou dans les couronnes de ces dernières, Auvergne-Rhône-Alpes affiche un taux de chômage parmi les plus bas de France (8,7 % en moyenne annuelle 2016, ex-æquo avec l'Ile-de-France et la Bretagne) et le deuxième revenu disponible médian le plus élevé après celui d'Ile-de-France (20 900 € dans la région contre 22 500 € en Ile-de-France en 2014).

L'essor démographique important présente un juste équilibre entre l'accroissement dû au solde naturel et celui issu des mouvements migratoires, de respectivement + 0,4 % et + 0,4 % chaque année en moyenne entre 2009 et 2016. Auvergne-Rhône-Alpes est la troisième région la plus dynamique sur la période après la Corse (+ 1,1 %) et l'Occitanie (+ 0,9 %).

Le taux brut de natalité³ dans la région est de 11,9 naissances pour 1 000 habitants. Seules l'Ile-de-France (14,8 ‰) et Hauts-de-France (12,5 ‰) affichent des taux plus élevés. Dans la région, les naissances couvrent largement les décès et à elles seules -c'est-à-dire sans tenir compte du solde migratoire positif- elles assurent le renouvellement de la population : en 2015, 94 200 naissances ont été domiciliées dans la région soit un nombre supérieur de 40 % au nombre de décès recensés. L'indice de vieillissement⁴ reflète également ce dynamisme démographique : 73,6 personnes sont âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans au 1^{er} janvier 2014. La région présente un indicateur proche de l'indice national mais néanmoins plus favorable que ce dernier (74,7).

³ Insee, État civil, Estimations de population, données 2015.

⁴ L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire ; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.

Une région marquée par de fortes disparités

D'un point de vue démographique, la région est très contrastée et caractérisée par des zones à forte attractivité, les agglomérations de Lyon, Grenoble, Saint-Etienne, et Clermont-Ferrand et les régions transfrontalières (Haute-Savoie, l'est de l'Ain), où le taux de natalité est plus élevé et les habitants plus jeunes, et d'autres territoires plus ruraux (l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire) où vit une population plus âgée. Si les voies de communication et l'implantation de pôles économiques expliquent ces différences, la géographie physique régionale participe bien sûr également à ce bilan. En effet, la région conjugue de vastes espaces urbains peuplés avec des zones rurales montagneuses à faible densité.

L'indice de vieillissement et le taux de natalité par département apportent un éclairage sur ces disparités démographiques. Les départements du Cantal, de l'Allier, de l'Ardèche et de la Haute-Loire abritent une population plutôt âgée dans la mesure où les personnes de 65 ans et plus sont en effectifs quasi identiques ou plus nombreuses que les jeunes de moins de 20 ans. Ces quatre départements présentent par ailleurs un solde naturel négatif (le nombre de décès est supérieur à celui des naissances) en 2015. Les départements de l'Ain, de la Haute-Savoie, du Rhône et de l'Isère, à l'inverse, ont une population plutôt jeune où les moins de 20 ans sont entre 60 et 70 % plus nombreux que les personnes de 65 ans ou plus.

Tableau n°2 - Caractéristiques de la population régionale par département

	POPULATION	TAUX BRUT DE NATALITE (%)	INDICE DE VIEILLISSEMENT
	Au 1 ^{er} janvier 2016	Au 1 ^{er} janvier 2015, pour 1000 habitants	Au 1 ^{er} janvier 2014, pour 100 jeunes de moins de 20 ans
Ain	640 400	11,0	61,5
Allier	343 000	8,7	118,0
Ardèche	325 400	10,0	98,7
Cantal	145 800	7,7	134,0
Drôme	506 200	11,4	81,0
Isère	1 261 000	11,9	64,6
Loire	762 100	11,9	85,0
Haute-Loire	227 400	9,6	93,9
Puy-de-Dôme	649 800	10,2	88,7
Rhône	1 840 800	14,5	61,8
Savoie	431 800	10,8	78,0
Haute-Savoie	807 200	12,5	60,7
Auvergne-Rhône-Alpes	7 941 000	11,9	74,1

Sources : Insee, État civil, Estimations de population - Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2016) – Insee, Recensement de la population 2014.

Les territoires à l'ouest et au sud de la région sont moins urbanisés avec un âge moyen des personnes plus élevé tandis que les zones du centre, de l'Isère et frontalières avec la Suisse sont à l'inverse denses avec une population plus jeune et un taux de natalité plus élevé.

Contexte socio-économique

La région est reconnue pour le dynamisme de son économie. Néanmoins, si les indicateurs de mesure de la situation économique sont favorables au niveau régional, les disparités territoriales sont importantes. La région demeure partagée entre d'une part les zones à forte attractivité où se concentrent un revenu médian élevé et un taux de chômage plus faible, d'autre part les zones plus rurales voire isolées caractérisées par un revenu disponible globalement plus faible.

Le revenu médian atteint 20 900 € en Auvergne-Rhône-Alpes. C'est le plus élevé en France (hors Ile-de-France), mais le constat est à nuancer au sein de la région, puisque d'un département à l'autre cet indicateur varie beaucoup. L'écart dépasse 5 000 € entre le Cantal et la Haute-Savoie, département atypique de par sa proximité avec la Suisse et la présence de nombreux travailleurs transfrontaliers. La situation infra-départementale n'est pas homogène non plus. Ainsi dans le Rhône, le revenu médian des 10 % des personnes les plus aisées du département est 3,7 fois plus élevé que celui des 10 % les moins aisés.

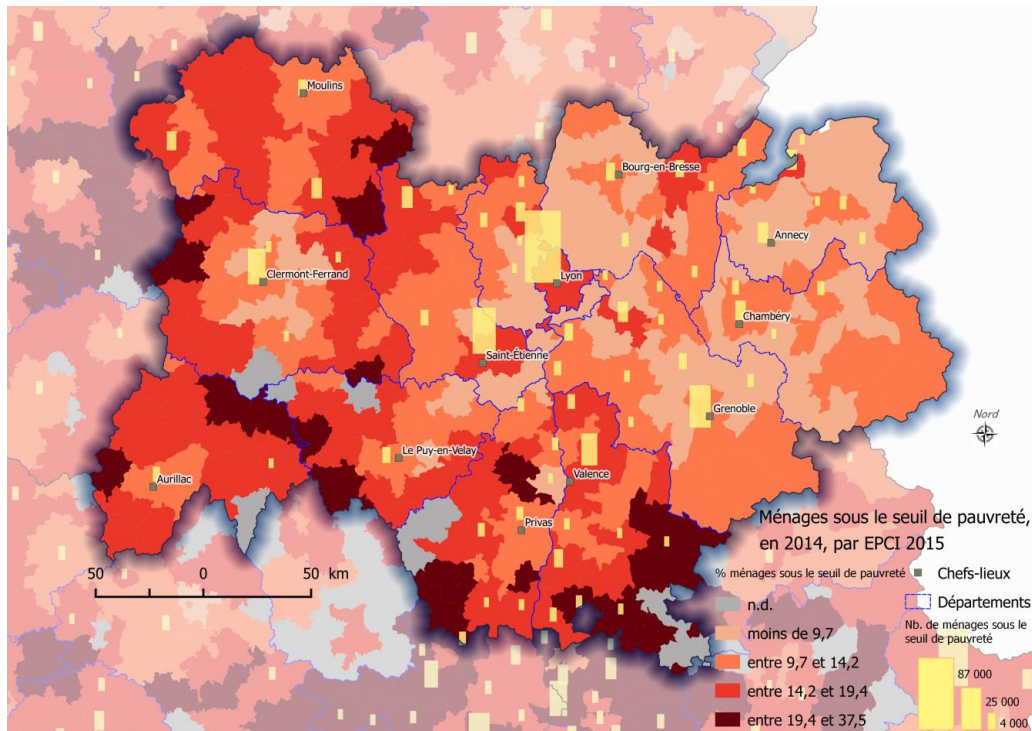
Tableau n°3 - Caractéristiques économiques de la région par département

	TAUX DE CHOMAGE (%)	REVENU MEDIAN (€)	PART DES MENAGES FISCAUX IMPOSES (%)	RAPPORT INTER-DECILE DES REVENUS*
	2016	2014	2014	2014
Ain	7,3	21 700	60,0	3,4
Allier	10,6	19 100	51,9	3,1
Ardèche	10,8	19 400	52,5	3,0
Cantal	6,3	19 000	50,5	2,9
Drôme	11,1	19 600	54,1	3,3
Isère	8,4	21 400	61,4	3,2
Loire	9,9	19 500	53,2	3,0
Haute-Loire	8,2	19 500	51,0	2,8
Puy-de-Dôme	8,7	20 700	58,1	3,2
Rhône	8,9	21 500	62,4	3,7
Savoie	7,7	21 400	63,3	3,1
Haute-Savoie	7,3	24 400	62,9	4,1
Auvergne-Rhône-Alpes	8,7	20 900	58,9	3,4
France métropolitaine	9,8	20 400	58,1	3,5

*Le rapport inter-décile des revenus est utilisé pour mettre en évidence les disparités entre les plus riches et les plus pauvres. Plus il est élevé, plus les disparités sont importantes. C'est le rapport entre le neuvième décile (qui sépare les 90 % dont les revenus sont les plus faibles des 10 % les plus riches) et le premier décile (qui sépare les 10 % les plus pauvres des 90 % aux revenus les plus élevés).

Sources : Insee, taux de chômage localisés, enquête emploi DOM et Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal.

Carte n° 1 – Pourcentage des ménages sous le seuil de pauvreté en Auvergne-Rhône-Alpes



Sources : ATLASANTE, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, INSEE, DGFIP FILOSOFI 2014

Une classification socio-économique des communes

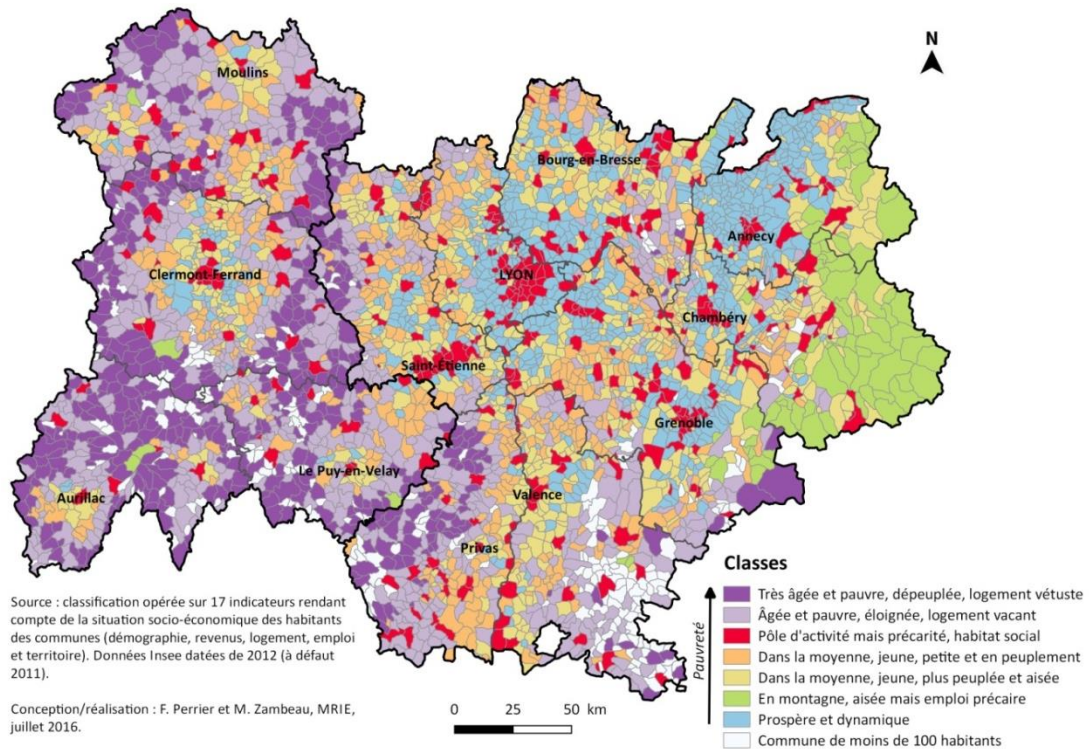
La mission régionale d'information sur l'exclusion (MRIE) a présenté dans son Dossier annuel 2016⁵ les résultats d'une analyse territoriale sur la situation socio-économique des habitants de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Cette analyse, dont la méthodologie est présentée de façon détaillée dans le Dossier 2016, a pour ambition de rendre compte de la diversité d'implantation de la pauvreté dans la région, au niveau communal.

A partir d'une vingtaine d'indicateurs (caractérisant le territoire, la démographie, la pauvreté monétaire, le logement et l'emploi), une typologie des communes a été réalisée et 7 classes de communes ont été ainsi définies. La carte ci-dessous présente cette répartition, allant de la classe la plus marquée par la pauvreté (en violet) à la moins marquée par la pauvreté (en bleu).

Les communes appartenant à la classe « très âgée et pauvre, dépeuplée, logement vétuste » sont implantées à l'ouest de la région, prioritairement au sein des quatre départements auvergnats ainsi qu'en Ardèche.

⁵http://www.mrie.org/images/MRIE/mrie/MRIE/DOCUMENTS/DA/2016/Extrait_D2016_-_Partie_6_-_p295-235_-_Complet.pdf

Carte n°2 - Classification socioéconomique des communes d'Auvergne-Rhône-Alpes



Source : MRIE



LA PRÉCARITÉ EST UN PHÉNOMÈNE MULTIDIMENSIONNEL

Si la pauvreté sur la région Auvergne-Rhône-Alpes – ou précarité financière – touche 12,3 % de la population, elle recouvre de fortes disparités à la fois territoriales : taux de pauvreté allant de 9,5% de la population en Savoie à 15 % dans le Cantal et dans la typologie des personnes concernées.

Les différentes études conduites par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) et par les acteurs de la solidarité : médecins du monde ou le Secours catholique mettent en évidence une augmentation évidente depuis 2008 de la précarité avec un élargissement des populations touchées.

Dans son avis sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Conseil économique social et environnemental (CESE) définit ainsi la précarité :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. »

L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible ».

Cette approche souligne que la précarité est un état potentiellement transitoire, qui touche particulièrement des personnes vulnérables par différents aspects, et qui peuvent basculer dans la précarité au moindre « accident de parcours ».

Elle met en évidence que les personnes en situation de précarité ne constituent pas un groupe homogène, c'est-à-dire avec des caractéristiques parfaitement repérées et semblables qui permettraient d'identifier aisément des points de rupture dans leur parcours de soins.

LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ RÉPONDENT À DES TYPOLOGIES TRÈS DIFFÉRENTES



La précarité s'appuie sur la pauvreté financière, définie au regard du revenu standard médian de la population pour un seuil inférieur à 60 % du revenu médian par mois et par unité de consommation (1008 € en 2014). Un peu plus de 12 % de la population régionale vit sous ce seuil de pauvreté. Il s'agit de personnes sans ressources ou avec minima sociaux. Parallèlement, la précarité touche désormais des nouvelles catégories de personnes salariées mais à faibles revenus, dits travailleurs pauvres, notamment à temps partiel ou saisonniers, aggravée par des situations familiales de type « mono parentales ». Le taux de pauvreté des familles monoparentales avoisine 36 % en 2014 et avec une précarité accrue pour les femmes et les jeunes. Un jeune français sur 5 entre 0 et 29 ans est considéré comme pauvre en 2014.

Cette diversité des publics en situation de précarité conduit à s'interroger sur les points communs générant pour ces personnes un parcours de santé « chaotique ».

Au-delà des motifs « économiques » (précarité financière), des obstacles liés aux conditions de vie des personnes, et aux événements de leur vie, les conduisent à être en rupture avec le système de santé, ce qui les fragilise encore plus et avec pour conséquences des prises en charge tardives dans des états de santé dégradés nécessitant une plus grande mobilisation de ressources.

Cette situation de précarité est souvent aggravée par un fort isolement social qui contribue au renoncement aux soins (rapport du CESE 2017).

Si l'accès aux soins et à la prévention est particulièrement difficile pour certaines populations vulnérables : personnes vivant dans la rue, migrants, gens du voyage, personnes détenues, il peut être tout aussi complexe pour des personnes fragiles « éloignées » socialement ou géographiquement des

dispositifs de droit commun que ce soit dans des territoires dits « en politique de la ville » ou dans des zones rurales éloignées des ressources en soins de santé.

Ce qui a pour conséquence des indicateurs en santé défavorables : la mortalité et morbidité sont augmentées, le taux de recours à la vaccination infantile et au dépistage organisé des cancers est moindre, une prévalence de surpoids plus élevée générant davantage de diabète et maladies métaboliques (risque multiplié par 2,9), de maladies cardiovasculaires (risque multiplié par 1,4) et davantage de dépressions : risque multiplié par 2,4 (rapport de l'académie nationale de médecine 2017).

Les personnes en situation de précarité ont une durée de vie plus courte car de santé fragile, ce qui est susceptible d'ailleurs d'accroître leur précarité ; il s'agit donc d'un cercle vicieux dont il est cependant possible de sortir par des moyens adaptés.

L'objectif d'améliorer le parcours de santé des populations les plus démunies s'appuie sur l'analyse des « points de rupture » communs à des catégories de personnes vulnérables différentes mais ayant vécu ou exprimé les mêmes difficultés dans la prise en charge de leur santé ; cette approche s'inscrit dans une démarche systémique, globale et non stigmatisante envers des typologies populationnelles.

Les études récentes -DGOS 2016 sur les parcours de soins des personnes en situation de précarité-, notamment, montrent qu'il n'y a pas de facteurs spécifiques pour les publics en situation de précarité mais plutôt une complémentarité de facteurs identiques pour tous qui vont conditionner la fluidité du parcours de soins.

La réussite d'un parcours de soins repose sur un équilibre à 2 dimensions :

- La 1^{re} dimension vise à « sécuriser » les personnes dans leur parcours, en lien avec leurs conditions de vie ce qui inclut dans cette composante à la fois une indispensable protection sociale et un lien de confiance avec un « acteur clé » du système de santé et des « aidants naturels » (familiaux ou autres), qui pourront notamment neutraliser l'éloignement géographique des lieux de soins, y compris en ville, pour des personnes n'ayant pas de moyens de locomotion pour mener leurs démarches.

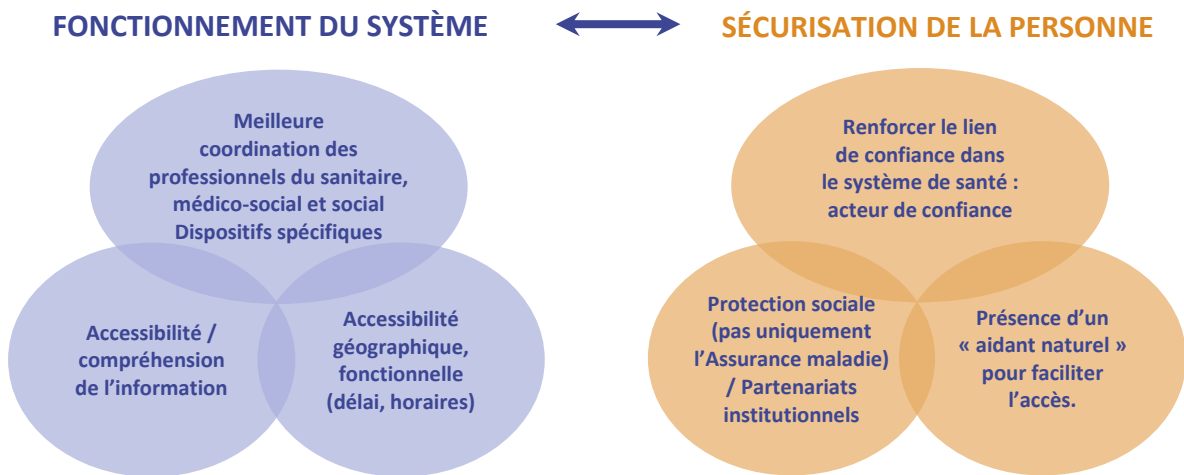
• La seconde dimension de cet équilibre vise l'organisation du système de soins tant dans la question de l'accessibilité fonctionnelle de l'offre : absence de médecins en proximité, horaires d'ouverture inadaptés, délais d'attente pour des rendez-vous chez un soignant trop longs que dans celles des pratiques professionnelles, qui sont parfois de nature à exclure ou éloigner des soins les populations les plus en difficulté :

- l'absence ou le refus de tiers payant,
- les dépassements d'honoraires,
- les refus de soins parfois « cachés » derrière la fixation de délais de rendez-vous très longs ou la présentation de devis très onéreux (pour des prothèses dentaires par exemple).

Par ailleurs, l'absence de coordination des professionnels de santé ou sociaux intervenant auprès de la même personne se révèle préjudiciable à la prise en compte globale de sa situation et à la continuité de ses soins.

Cette composante joue un rôle d'autant plus important que la « sécurisation » des personnes n'est pas complète.

La prise en compte de ces 2 dimensions peut être ainsi représentée :



Les priorités portées dans le présent PRAPS visent à prendre en compte ces 2 dimensions en s'appuyant sur la capacité d'agir des personnes pour que tout un chacun devienne le plus possible acteur de son parcours de santé.

En parallèle des objectifs énoncés ci-après et déclinés par la suite en termes de plan d'actions, d'autres objectifs pouvant améliorer le parcours de santé des personnes les plus démunies sont communs à d'autres catégories d'utilisateurs du système de santé et sont inscrits, à ce titre, dans le Schéma régional de santé.

2

Les objectifs d'amélioration du parcours de santé des personnes les plus démunies



AMÉLIORER LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ À MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

Le parcours de soins pour la personne vulnérable est d'autant plus réussi qu'elle se sentira comprise et écoutée c'est-à-dire reconnue et prise en compte pour ce qu'elle est « intrinsèquement ».

Si, pour la plupart des patients, une approche différenciée par les professionnels n'entraîne aucune conséquence dans leur prise en charge, il n'en est pas de même pour les personnes les plus vulnérables, alors même qu'elles demandent une attention particulière généralement liée à des difficultés de compréhension ou à la crainte d'approcher le système de santé ou la peur d'être jugé, de ne pas savoir, de ne pas comprendre ce qui sera dit.

Les publics en situation de précarité, s'ils sont souvent « repérés » n'ont pas toujours pour autant la prise en charge adéquate comme le soulignent de nombreuses études.

Celle concernant « l'étude sur des pratiques médicales et dentaires : entre différenciation et discrimination » publiée récemment par le Défenseur des droits met en avant les effets d'un « étiquetage social » qui peut favoriser des pratiques professionnelles différentes, dont certaines renvoient à une discrimination rendant complexe et parfois inopérant le parcours de santé des personnes en précarité. Idem - le rapport 2016 de la mission régionale d'information sur l'exclusion (MRIE).

Différentes études réalisées par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) sur les motifs du « non recours aux soins ».

Certes la place donnée au patient tend à être plus importante, notamment depuis la fin des années 1990 avec l'amorce du processus de démocratie sanitaire jusqu'à la récente loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 qui vise à donner une plus grande place aux patients dans le système de soins.

Néanmoins, pour les plus vulnérables d'entre eux, la prise en compte de leurs souhaits ou de leurs capacités de soins -au sens des possibilités que ces personnes ont en terme d'accessibilité, que ce soit d'ordre social ou financier- semble se faire moins facilement.

A cela s'ajoute le poids « normatif » du système de santé : logiques économique et évaluative des professionnels de santé qui ne leur permettent pas toujours de prendre le temps nécessaire pour une consultation « aboutie » : être certain que le diagnostic soit compris pour que le suivi dans la prise en charge soit réellement fait est chronophage.

Dès lors, il convient de faire évoluer le système de santé dans la prise en charge des personnes les plus fragiles, en prenant en compte les objectifs opérant positivement.

Ils sont au nombre de 5

1. Favoriser la prise en compte des besoins et attentes des personnes les plus démunies.
2. Favoriser une meilleure connaissance, par les professionnels, des personnes en situation de précarité pour en améliorer la prise en charge.
3. Déployer des outils et/ou dispositifs facilitant la compréhension entre les professionnels et les patients.
4. Promouvoir des dispositifs de prévention adaptés aux personnes en situation de précarité.
5. Faciliter la prise en charge en santé mentale des publics en situation de précarité.

O1 ● FAVORISER LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

L'absence de mise en position des personnes les plus démunies de pouvoir exprimer directement et collectivement leurs attentes ne facilite pas le repérage et la connaissance des situations de précarité sur les territoires pertinents d'intervention. Ce constat se conjugue avec un lien insuffisamment poussé avec les acteurs du champ de la précarité.

Une expérience d'animation d'un groupe de travail « expression directe des personnes en situation de

précarité » est menée depuis 2017 par l'union régionale des associations agréées du système de santé (URAASS) et en partenariat avec médecins du monde, le POPS (oiseau bleu), l'armée du salut, le conseil régional des personnes accompagnées, les PASS et ATD Quart Monde. Ce groupe a ainsi pu, par sa réflexion, échanger avec l'ARS et la CRSA à l'occasion de la construction du PRAPS.

Il est proposé de :

- Favoriser la prise en compte des besoins et attentes des usagers en situation de précarité en facilitant leur auto-représentation dans la vie des instances de démocratie sanitaire.

02 ● FAVORISER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE, PAR LES PROFESSIONNELS, DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ POUR EN AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE

L'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité passe par une meilleure connaissance des professionnels de santé dans la prise en compte des spécificités des personnes rencontrées et en lien avec elles.

Diverses études tant sur les motifs de non recours des personnes les plus fragiles ou sur les parcours de soins (Etude DGOS/Itinere conseil/Efect 2015) montrent une forte attente des personnes en situation de précarité pour être mieux entendues et comprises lors des consultations.

Pour répondre à ces attentes légitimes et garantir d'une meilleure prise en charge des personnes à

travers notamment d'une meilleure observance des traitements, il convient de renforcer la formation des professionnels de santé aux spécificités liées aux situations de précarité et à leurs incidences sur la prise en charge ; cette formation pourra s'appuyer sur les démarches de « pair aidance » promouvant une co-construction des modules avec des personnes ayant eu un parcours de santé difficile du fait d'une précarité passée.

Ce volet « formation » commun à plusieurs ou toutes les populations abordées dans le PRS est décrit dans le Schéma régional de santé.

Il est proposé de :

- *Relayer la promotion du travail pair dans les structures d'accueil des personnes en situation de précarité, dans une approche à porter avec la direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS), en responsabilité de la question de l'hébergement. Cette action s'appuie sur un dispositif expérimenté et porté par la délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) jusqu'en 2017.*

03 ● DÉPLOYER DES OUTILS ET/OU DISPOSITIFS FACILITANT LA COMPRÉHENSION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS

L'accès aux soins et la circulation de l'utilisateur en situation de précarité dans le parcours de soin se révèlent complexifiés par les questions d'ordre linguistique en particulier pour les personnes allophones.

Dès lors, il est essentiel d'accompagner les professionnels avec des outils opérationnels et rapidement mobilisables. A ce titre, l'ordonnance « visuelle », expérimentée par le centre communal d'action sociale (CCAS) de la Voulte-sur-Rhône facilite, à l'aide

de pictogrammes, la compréhension des prescriptions médicamenteuses pour les personnes en difficulté de compréhension de la langue écrite. Cette « ordonnance » a obtenu « le label 2017 du droit des usagers » octroyé par le ministère de la santé.

Il est proposé d'étudier les conditions de sa généralisation et de s'assurer de la diffusion des outils de cette nature, via des plates formes existantes ou en cours.

Il est proposé de :

- *Renforcer le recours à l'interprétariat pour les structures sanitaires, médico-sociales et les professionnels libéraux en ayant la nécessité.*
- *Recenser et diffuser les outils probants du type de « l'ordonnance visuelle » : en parallèle de l'interprétariat, moyen d'action linguistique, différents supports aident les échanges entre les personnes et les professionnels.*

04 ● PROMOUVOIR DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ADAPTÉS AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les études montrent des indicateurs de santé nettement moins favorables pour les personnes en situation de précarité conduisant à une espérance de vie diminuée et à une augmentation de nombreuses pathologies en particulier de maladies métaboliques, cardio-vasculaires ou encore risque de dépression. Il est d'autant plus important de renforcer la promotion de comportements favorables à la santé pour agir sur les déterminants de santé des personnes en situation de précarité.

L'accès à une alimentation équilibrée est garant d'un meilleur état de santé et évite ou réduit les maladies chroniques -type diabète- en forte évolution chez les personnes en situation de précarité.

Si ce public est classiquement le plus éloigné du soin, il l'est également des démarches « universelles » de prévention et promotion de la santé car peu captif aux messages « classiques ». Il est avéré que les actions classiques en faveur du dépistage organisé des cancers en particulier « féminins » et colorectal touchent moins les personnes défavorisées du fait de barrières culturelles, du rapport à leur propre corps, d'une image de soi négative qui constituent autant de freins.

Les orientations du Conseil de l'union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam – 20/07/2017) rappellent que « *l'état de santé bucco-dentaire français est l'un des plus médiocres des pays euro-*

péens ». « *Cet état de santé bucco-dentaire dégradé touche plus particulièrement les populations précaires et fragilisées* » ; il constitue un des marqueurs d'une santé physique dégradée chez les sans-domiciles (DREES - sept 2015).

La région Auvergne-Rhône-Alpes est la 2^e région française touchée par le VIH/SIDA (source Ameli). Le nombre d'infections sexuellement transmissibles (IST) – syphilis, gonococcies, chlamydiae – continue d'augmenter en ex Rhône-Alpes comme au niveau national. Cette progression est particulièrement observée chez les hommes ayant des relations avec les hommes (HSH) : + 365 % en 2 ans pour les syphilis, + 129 % en 2 ans pour les gonococcies. La part des co-infections est élevée et concerne surtout le VIH et les infections à Chlamydia, ce qui est en faveur de comportements sexuels à risque (multi-partenariat et utilisation insuffisante du préservatif), notamment chez les HSH séropositifs.

Dans ces différentes populations à risque, il convient de souligner que les conditions de vie des personnes sans domicile les exposent plus particulièrement aux maladies transmissibles, qui peuvent alors se répandre de façon épidémique et poser des problèmes aigus de santé publique.

Dès lors, il convient d'adapter l'action institutionnelle sur les thèmes prioritaires en lien avec les acteurs des territoires ciblés.

Il est proposé de :

- *Adapter les actions en faveur de la prévention de l'obésité en lien avec une activité physique adaptée.*
- *Soutenir les démarches de type « ateliers santé ville (ASV) » dans les territoires en politique de la ville tout autant que les médiateurs en santé dans leurs missions d'amener les personnes les plus éloignées du soin à prendre en charge leur propre santé dans des actions de sensibilisation collectives.*
- *Adapter les actions favorisant les dépistages des cancers et des maladies chroniques en proximité des populations les plus vulnérables.*
Dès lors, il convient d'adapter les messages d'information pour mieux prendre en compte la représentation individuelle des personnes à la démarche de dépistage organisé en lien avec les structures en lien avec des « usagers pairs ».
- *Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes vulnérables.*
Il est important de prévenir et prendre en charge le plus tôt possible l'état de santé dentaire des personnes les plus fragiles et éloignées du soin. Pour ce faire, il est proposé de soutenir les opérateurs en privilégiant les actions dans les quartiers ou prioritaires et sur les lieux de vie : structures d'hébergement, centres sociaux, prisons...

- *Prévenir les comportements à risque et les IST. La prévalence élevée du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (IST), témoigne de la fréquence de consommation de drogues injectables et d'adoption de comportements sexuels à risque parmi les personnes de la rue ou celles en situation de précarité. Les étrangers en situation de précarité, principalement les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, constituent également un sous-groupe à fort taux d'infection par le VIH ou par les virus des hépatites B et C. Souvent en séjour irrégulier, ils cumulent les obstacles tant en ce qui concerne l'accès au dépistage que l'accès aux soins. Il est donc nécessaire de soutenir particulièrement les acteurs œuvrant avec les publics ciblés : migrants, détenus, prostitués.*
- *Promouvoir la prévention médicalisée par des moyens adaptés aux personnes en situation de précarité : renforcer la vaccination « hors les murs » par les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) pour les publics repérés (migrants, détenus, prostituées...).*

05 ● FACILITER LA PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les personnes vulnérables sont plus souvent en souffrance psychique ou atteintes de pathologies mentales psychiatriques nécessitant à la fois un repérage et une prise en charge précoces en lien avec un décloisonnement des acteurs.

Touchées plus que les autres par un accès difficile de la ressource en santé mentale : déficit de professionnels sur certains territoires, délais d'attente trop longs, difficulté à se déplacer pour les personnes.

Il est proposé de :

- *Optimiser le fonctionnement des centres médico psychologiques (CMP) par la réduction du délai d'accès pour les primo-consultants, le développement des interventions à l'extérieur et la promotion des recommandations de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) > modalités du premier accueil, créneaux d'urgence, agenda partagé, suivi des délais de rendez-vous...*
- *Améliorer la prise en charge des personnes en renforçant la synergie entre les acteurs, notamment en renforçant les conseils locaux en santé mentale (CLSM). Le CLSM est un levier de suivi et de prévention des situations de souffrance psychique notamment pour les plus fragiles. L'instruction du 30 septembre 2016 vise la généralisation des CLSM, en particulier dans les contrats de ville, pour permettre l'amélioration des parcours en santé mentale des habitants des Quartiers politique de la ville (QPV).*



FAVORISER LE TRAVAIL EN RÉSEAU ENTRE LES PROFESSIONNELS DES CHAMPS SANITAIRES ET SOCIAUX POUR L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

La coordination entre les professionnels du soin et du médico-social est un facteur de réussite pour assurer aux personnes les plus vulnérables une prise

en charge globale et qui tient compte de leurs lieux de vie.

Pour contribuer à cet enjeu, 5 objectifs sont proposés

1. Améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'addiction dans les lieux d'hébergement.
2. Améliorer la prise en charge des personnes sans domicile individuel en sécurisant le logement.
3. Faciliter l'entrée en structures " EHPAD" des personnes en situation de précarité.
4. Adapter les parcours de soins aux particularités des personnes vulnérables les plus en difficultés.
5. Renforcer la cohérence des acteurs territoriaux pour une meilleure prise en charge des personnes les plus démunies.

O1 ● AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTION DANS LES LIEUX D'HÉBERGEMENT

Les professionnels des structures, de différents métiers, ont souvent du mal à comprendre les personnes vulnérables résidentes, ce qui peut générer

des difficultés dans la prise en charge des personnes résidentes.

Il est proposé :

- *D'améliorer le repérage, l'orientation ou le maintien sur site des personnes souffrant d'addictions dans les structures d'hébergement.*
- *De poursuivre les formations des professionnels des structures d'hébergement sur la question de prise en charge des addictions.*

02 ● AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE INDIVIDUEL EN SECURISANT LE LOGEMENT

Prendre en charge la personne en grande précarité dans une approche de parcours nécessite souvent de prendre en compte, en tout premier lieu, la question du « lieu de vie » donc du logement. En effet, il est avéré que les personnes justement sans logement – « à la rue » ou sans domicile stable – connaissent un taux élevé d'échec dans leur prise en charge conduisant à une aggravation de l'état de santé : ceci est particulièrement vrai dans la prise en charge psychiatrique.

Dans ce contexte, un dispositif expérimental depuis 2012 intitulé « un chez soi d'abord » consistant à prendre en charge des personnes sans abri souffrant de troubles psychiques graves et pour lesquelles les dispositifs classiques d'action sanitaire et sociale sont inadaptés, a montré qu'en leur permettant un accès à un logement, et en organisant sur le lieu de vie une prise en charge pluridisciplinaire, ces personnes connaissent une amélioration de leur état de santé et sont stabilisées dans leur logement.

Il est proposé de :

- Favoriser l'articulation entre le logement et les soins psychiatriques en soutenant les dispositifs ad hoc.

03 ● FACILITER L'ENTRÉE EN STRUCTURES « EHPAD » DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les personnes en situation de précarité ont plus de difficultés à entrer en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) car elles nécessitent souvent un temps d'adaptation plus long à un lieu de vie collectif : du fait d'un isolement social antérieur générant plus que d'autres des difficultés à s'adapter à la vie en collectivité.

Du fait de leur parcours préalable, il paraît nécessaire que ces personnes les plus vulnérables puissent bénéficier d'un accompagnement spécifique par leur structures d'hébergement lorsqu'elles en sont issues.

Il est proposé de :

- Soutenir et mesurer l'impact de dispositif innovant favorisant une meilleure insertion des personnes en situation de précarité aux structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

04 ● ADAPTER LES PARCOURS DE SOINS AUX PARTICULARITÉS DES PERSONNES VULNÉRABLES LES PLUS EN DIFFICULTÉS

Parmi les personnes en situation de précarité, certaines catégories, de par leurs spécificités, nécessitent une prise en charge particulière :

- L'arrivée récurrente des migrants sur la région nécessite souvent une mobilisation « sanitaire » non prévue et « désorganisée », ce qui génère parfois des tensions dans les ressources mobilisables ; dès lors une meilleure coordination préparée entre les acteurs institutionnels : préfecture, réseau cohésion sociale, l'OFII et les professionnels permettrait une meilleure prise en charge et un repérage amélioré de leur prise en charge en matière de santé.

- Plus que les autres, les femmes en situation de précarité ont un état de santé dégradé et le contexte d'une grossesse est une source potentielle d'aggravation avec des risques encourus pour l'enfant à venir, pouvant être lié à plusieurs facteurs : absence de repérage d'un état de précarité lors de l'entretien préalable alors que ce repérage devrait faire l'objet d'un accompagnement renforcé, difficultés de suivi pendant la grossesse, difficultés en sortie de maternité.

• De nombreux rapports mettent en avant les problèmes de santé des détenus (Igas 2015, InVS 2013, Cour des comptes 2014, etc.) rendant nécessaire de renforcer leur prise en charge de santé. Les per-

sonnes incarcérées sont souvent ciblées dans les plans nationaux (VIH, tabac...) et, plus récemment dans une nouvelle stratégie santé des personnes placées sous-main de justice officialisée en 2017.

Il est proposé de :

- *Promouvoir une prise en charge inter -institutionnelle des migrants.*
- *Adapter les modalités de prise en charge pluridisciplinaire pour le parcours des femmes enceintes vulnérables.*
- *Travailler en articulation avec les réseaux de périnatalité sur les dispositifs de coordination des partenaires et sur l'articulation avec les dispositifs des PASS autour de la périnatalité.*
- *Soutenir la réduction des risques pour les personnes prostituées. La loi du 13 avril 2016 fait état d'un volet prévention et d'accompagnement vers le soin des personnes prostituées. Les actions s'inscriront dans ce cadre.*
- *Favoriser l'accès à la santé pour les personnes détenues en s'inscrivant dans la nouvelle stratégie santé, qui propose les axes suivants :*
 - *Améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes entrant en détention pour mieux répondre à leurs besoins : enquête régionale à réaliser.*
 - *Développer la promotion de la santé des personnes détenues : environnements favorables, comité de pilotage prévention, formations des personnels...*
 - *Poursuivre l'amélioration des repérages et dépistages : inciter toutes les unités sanitaires de niveau 1 (USN1) à offrir une consultation psychiatrique à tous les entrants, améliorer le dépistage des risques infectieux (VIH, VHC, VHB), réduire les conduites addictives, améliorer l'état de santé bucco-dentaire, prévenir la perte d'autonomie.*
 - *Améliorer l'accès aux soins des personnes détenues, notamment en analysant les hospitalisations annulées et celles indues par défaut d'organisation de la sortie et en veillant à ce que les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) financés soient actifs.*
 - *Promouvoir des soins de qualité : en améliorant la coordination des acteurs du champ des addictions, en incitant les professionnels à utiliser la télé-médecine, en améliorant la coordination pour que les détenus sortants bénéficient d'une visite, en facilitant des stages d'internat, en repositionnant les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) sur leurs missions et fusionnant les 2 centres de la région.*
 - *Essayer de limiter le nombre de suicides en prison en incitant les établissements psychiatriques à réaliser des revues de mortalité et de morbidité (RMM) après suicide d'un détenu en établissement psychiatrique et en incitant les USN1 à participer aux commissions ad hoc.*
 - *Améliorer le respect des droits des patients détenus en limitant le recours à l'isolement et à la contention des patients détenus aux strictes nécessités cliniques.*

05 ● RENFORCER LA COHÉRENCE DES ACTEURS TERRITORIAUX POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

Sur un même territoire, et en vue d'appréhender les personnes dans tous les aspects de leur vie ayant un impact sur leur santé, la coordination entre les différents acteurs, partenaires institutionnels peut se faire au travers du Contrat local de santé (CLS), en priorité dans les zones présentant des caractéristiques spécifiques par rapport à la moyenne régio-

nale. Cet outil permet de déployer une politique à un niveau territorial selon les besoins des populations (diagnostic) et en fonction des ressources locales repérées. Dès lors, suivant la nature des territoires ciblés, il convient de formaliser l'attention soutenue pour les personnes les plus vulnérables.

Il est proposé :

- *D'intégrer la formalisation d'actions envers les personnes en situation de précarité dans les contrats locaux de santé à venir.*



FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ET LUTTER CONTRE LE NON RECOURS

Dans notre pays, en 2017, avec un contexte général d'amélioration de la santé, plus de 5 millions de personnes ne disposent pas de la totalité de leurs droits de santé (rapport 2017 de l'Académie de médecine).

Les récentes études soulignent également qu'une personne sur quatre, a renoncé à des soins ; ce taux de renoncement est bien plus élevé -environ 50%- pour les personnes à faible revenu (10^e baromètre IPSOS-Secours populaire 2016).

Ces chiffres couvrent des réalités bien différentes : certes le 1^{er} motif invoqué est souvent d'ordre financier (pour l'optique, le dentaire notamment) alors même que des dispositifs d'aide à la prise en charge financière existent [CMU-C ; aide au paiement d'une

complémentaire santé (ACS)] mais ils sont insuffisamment mobilisés.

Pour autant d'autres motifs de renoncement aux soins trouvent leur source dans la complexité des dispositifs et des démarches administratives créant une distance, parfois réelle dans les territoires ruraux, entre les personnes et l'offre de soins semblant parfois infranchissables.

Il convient dès lors de faciliter l'accès au « droit commun » notamment de l'assurance-maladie par le soutien aux démarches inclusives en vue de permettre aux personnes les plus fragiles de (re)devenir acteur de leur santé.

Cet enjeu de réduction des inégalités des accès aux soins se décline autour de 3 objectifs

1. Améliorer l'accès au « droit commun » des personnes les plus démunies.
2. Optimiser l'offre de prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes les plus démunies.
3. Développer des dispositifs probants favorisant l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables.

01 ● AMÉLIORER L'ACCÈS AU « DROIT COMMUN » DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

Lorsque l'on évoque le « droit commun » en termes d'accès à la santé, il s'agit pour bon nombre de personnes d'avoir prioritairement des droits à l'assurance maladie ce qui, pour les plus fragiles, se traduit par la couverture maladie universelle et sa complémentaire santé : CMU-C.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la protection universelle maladie (PUMA) est entrée en application remplaçant la CMU de base avec l'objectif de limiter autant

que possible la rupture de droits sociaux liée à des changements de situation personnelle.

Or, ce sont précisément les personnes en situation de précarité qui subissent le plus la perte de leurs droits, et par là même connaissent des difficultés à les retrouver générant des situations de non recours persistant en partie liées à la complexité administrative.

Divers dispositifs soit règlementaires, soit issus d'initiatives déployées en région existent et méritent d'être renforcés :

- La Haute Autorité en Santé a publié récemment un référentiel sur les « bonnes pratiques » de la médiation, tel que prévu par l'article 90 de la loi de modernisation du système de santé ; ce référentiel s'est largement inspiré de l'approche de médiation telle que mise en place par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes depuis 2015, sachant que d'autres pratiques de médiation existent sur le territoire régional organisées et portées de façon différentes.

La médiation voulue par l'ARS porte sur les quartiers en politique de la ville depuis 2015 sur le pourtour rhônalpin ; elle a permis de renforcer l'accès aux droits et aux soins des personnes en difficulté sur 60% des QPV.

Il est proposé de tenir compte des médiations existantes, et de développer de nouvelles formes de médiation adaptées aux spécificités des territoires, à l'instar des « pôles de santé publique » mis en place en ex auvergne et promus dans une approche parcours précarité ou de la médiation mobile dans les territoires ruraux avec une population disséminée.

- L'augmentation de la population migrante (en amont et en aval de la demande d'asile) ne pouvant accéder aux dispositifs de droit commun (absence de droits aux régimes de base de la sécurité sociale) accroît le nombre de personnes en consultations auprès des PASS avec des problématiques en santé étendues (dentaire, fragilité ou pathologie mentale).

En corollaire, sur une région telle qu'Auvergne-Rhône-Alpes, il est nécessaire d'harmoniser ce dispositif sur le territoire régional. Un premier travail d'évaluation des PASS, réalisé par une interne en santé publique, conduit à revoir certaines pratiques locales dans l'objectif d'une mise en conformité avec les missions attendues des PASS (circulaire de juin 2013).

Ce travail est conduit par la coordinatrice régionale et nécessite une mobilisation supplémentaire en termes de moyens alloués à la mission de coordination régionale, compte tenu de la charge représentée par l'ensemble des PASS des 12 départements.

Il est proposé de :

- *Promouvoir les dispositifs de médiation en santé.*
La médiation en santé est un dispositif d'accompagnement vers le système de santé, touchant les habitants les plus éloignés du système, sur leur lieu de vie, en vue de faciliter le retour « au droit commun » et dans une approche visant à les rendre autonome.
- *Renforcer les permanences d'accès aux soins : PASS ; somatiques et leur adjoindre autant que nécessaire des consultations spécialisées en pédiatrie, dentaire et psychiatrique.*
Cette action est rendue nécessaire par l'augmentation des publics « traditionnels » en situation de vulnérabilité sociale et en difficulté pour accéder aux soins du fait de l'absence de réponse de la médecine de ville.
- *Optimiser l'articulation avec l'assurance-maladie : les dispositifs tels que la médiation en santé ou les PASS interviennent pour faciliter l'accès aux droits de sécurité sociale des personnes rencontrées. A ce titre, pour faciliter la prise en charge des personnes, il est important qu'un partenariat entre les personnels facilitant ces parcours et l'assurance-maladie puisse s'établir.*
Une convention « cadre » établie tout récemment au plan régional pourra décliner des actions visant à rapprocher les acteurs locaux et à favoriser le traitement des dossiers portés par les médiateurs locaux.

02 ● OPTIMISER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

Au-delà des dispositifs relevant du 1^{er} objectif, d'autres assurent également la prise en charge des personnes les plus fragiles; il s'agit de dispositifs spécifiquement médico-sociaux que sont les lits d'accueil médicalisé (LAM), les lits halte soins santé

(LHSS), les appartements de coordination thérapeutique (ACT) qui permettent le maintien des personnes sur leurs lieux de vie leur assurant une prise en charge globale.

Il est proposé de :

- Recenser les dispositifs existants afin d'assurer un maillage territorial correspondant aux besoins.

03 ● DÉVELOPPER DES DISPOSITIFS PROBANTS FAVORISANT L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES

Les dispositifs de l'hébergement d'urgence connaissent des difficultés récurrentes liées à la fois à des questions de capacité mais aussi au mauvais état de santé des personnes accueillies. Les personnels des centres, souvent travailleurs sociaux ont du mal à faire face à la lourdeur des cas : poly -pathologies

chroniques, vieillissement, handicap génèrent des questions de santé sans pour autant que la solution soit hospitalière. Cette nécessité a conduit certaines structures à avoir des personnels infirmiers avec ou sans l'aide de l'ARS alors que d'autres structures ne peuvent pas supporter seules leur financement.

Il est proposé de :

- Définir un cadre régional à une présence médicale au sein des dispositifs d'hébergement d'urgence.
- Soutenir des approches novatrices pour favoriser l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables au sein des dispositifs de l'hébergement d'urgence.

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

