



Projet Régional
de Santé Pays de la Loire
2018-2022

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ



Ce document établi par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire présente le Schéma Régional de Santé et les objectifs opérationnels qui déclinent ses orientations stratégiques.

Il constitue l'un des documents du Projet Régional de Santé prévu à l'article L1434-2 du Code de la Santé Publique.

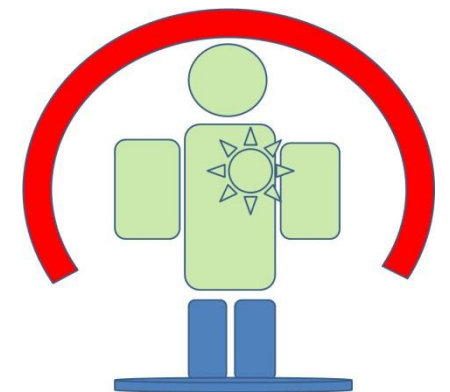
Le projet régional de santé a été arrêté par le directeur général de l'ARS le 18 mai 2018 après avis, à l'issue de la consultation réglementaire prévue à l'article R-1431-1 du code de la santé publique.

Table des matières

Orientation stratégique 1 La santé dans toutes les politiques favorisant la réduction des inégalités de santé	5
Renforcer l'observation de la santé et des caractéristiques sociales et environnementales dans les territoires.....	6
Promouvoir une approche globale et participative de promotion de la santé auprès des acteurs locaux	8
Soutenir l'engagement des professionnels de santé, notamment de santé primaire, des établissements de santé et services médico-sociaux dans une dynamique de prévention	10
Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé en agissant à toutes les périodes 'charnières' de la vie, prioritairement chez les jeunes	12
Encourager des environnements favorables à la santé	14
Orientation stratégique 2 Le citoyen, l'utilisateur, acteur de sa santé et de son parcours de santé	17
Renforcer le pouvoir d'agir des citoyens sur les déterminants de leur santé.....	18
Renforcer le pouvoir d'agir de l'utilisateur sur sa santé et sur son parcours de santé et d'accompagnement.....	20
Faire du projet personnalisé un pilier de l'amélioration du parcours de vie	22
Renforcer la prise en compte de la parole de l'utilisateur, ses attentes et ses besoins	24
Orientation stratégique 3 Promouvoir collectivement l'autonomie dans une société inclusive	27
Développer des réponses de santé et d'accompagnement en soutien à la vie en milieu ordinaire	28
Soutenir les aidants.....	30
Anticiper et prévenir la perte d'autonomie chez les personnes de plus de 65 ans	32
Promouvoir l'accès à la scolarisation et à l'emploi des personnes en situation de handicap.....	34
Développer les services et réponses « allant vers » les populations en fragilité sociale	36
Améliorer le parcours de santé des personnes vivant avec un handicap psychique ou avec un trouble psychique	38
Orientation stratégique 4 Accéder aux soins et aux accompagnements utiles et adaptés au bon moment et au bon endroit	41
Favoriser l'accès précoce au dépistage, au diagnostic et structurer l'annonce à tous les âges de la vie	42
Améliorer l'accès aux soins de premier recours	44
Améliorer et organiser le recours aux soins spécialisés et l'articulation entre le 1 ^{er} et le 2 nd recours	48

Optimiser l'organisation de la réponse aux demandes de soins non programmés.....	50
Améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap	52
Adapter l'offre des établissements pour personnes âgées dépendantes à l'évolution des besoins et poursuivre le rééquilibrage territorial.....	54
Proposer des réponses médico-sociales souples, modulaires, évolutives, adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap	56
Améliorer la pertinence des soins.....	58
Faire de la qualité un enjeu partagé entre acteurs et usagers	60
Améliorer la performance médico-économique des opérateurs.....	62
Adapter le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles	64
Adapter la formation et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences aux enjeux d'organisations nouvelles ou innovantes	66
Orientation stratégique 5 Des acteurs coordonnés dans les territoires pour mettre fin au parcours d'obstacle	69
Favoriser la connaissance de l'offre en santé pour améliorer la coordination des acteurs.....	70
Favoriser les lieux d'échange et d'intégration des acteurs du territoire.....	72
Accompagner le développement de l'exercice pluri-professionnel coordonné sur les territoires.....	74
Adapter les ressources humaines en santé par la coopération et la coordination.....	76
Repérer les fragilités et les facteurs de risques des personnes âgées	78
Orientation stratégique 6 Développer une stratégie de l'innovation	81
Favoriser l'innovation au service des enjeux de la stratégie régionale de santé	82
Construire et développer les liens pour orienter et accompagner les acteurs de l'éco système.....	84
Evaluer les innovations et s'assurer de leur généralisation	86
Les livrets du PRS.....	88

Orientation stratégique 1
La santé dans toutes les politiques
favorisant la réduction des inégalités de santé



ARGUMENTAIRE



Résultat attendu

> Les études produites sur l'observation de la santé et les caractéristiques sociales et environnementales contribuent à la connaissance des enjeux populationnels ou territoriaux et à l'élaboration de la prise de décision.

Les travaux d'observation de la santé conduits depuis le projet régional de santé de première génération, tout en répondant à un objectif d'aide à la décision, ont montré leurs limites. Ils sont restés ponctuels dans le temps et sur des découpages géographiques peu opérationnels.

Aujourd'hui, la territorialisation est au cœur de la politique de santé. La prise en compte des contextes locaux (démographie, aspect sociaux et environnementaux, épidémiologie spécifique) permet d'adapter l'action en santé. Par ailleurs, les réponses aux besoins en santé devraient se décliner à l'échelle de territoire appropriée (accessibilité aux soins de premier recours, accès aux soins spécialisés, maillage territorial hospitalier ou médicosocial,...).

Pour être efficace, l'observation doit être :

Pertinente : taille de territoire et segment de population adaptés

Efficace : données d'observation simples et à jour

Si l'on veut mettre la santé dans toutes les politiques, une approche partenariale forte est indispensable avec les experts et les acteurs de multiples domaines. Ainsi, l'observation pourra prendre en compte de façon large les contextes sociodémographiques, environnementaux et épidémiologiques.

Il faudra également adapter à chaque fois la taille du territoire d'observation aux problèmes que l'on veut résoudre, qu'il s'agisse de questions relatives à l'offre de soins de premier recours, l'offre de soins hospitalière ou l'offre de soins médicosociale. L'espace sera tantôt infra urbain, urbain, rural,

isolé et les partenariats d'échanges sur les données adaptés en conséquence.

De même, les populations observées devront être segmentées en fonction des différentes périodes de vie. En effet, fréquence et typologie des pathologies varient avec l'âge.

Enfin, si l'on veut une observation au service de la réduction des inégalités sociales de santé, une priorité, l'observation devra mettre en lumière la répartition géographique des catégories sociales.

Le suivi des indicateurs sur la durée du PRS est essentiel pour son pilotage. Les indicateurs devront être robustes.

L'observation est un des éléments socles d'appui à la décision pour la définition et la mise en œuvre de la politique de santé. Il s'agit de contribuer avant pour orienter, pendant pour piloter, après pour évaluer.

Concrètement, disposer d'une information utile et disponible en temps réel permet la prise de décision éclairée par les acteurs. Si cette information est suffisamment large (dimension sociale, démographique, environnementale, etc...), alors elle contribue à la prise en compte de la santé dans toutes les politiques.

L'observation et la mesure des évolutions dans le temps et sur les territoires sont d'autant plus important qu'il s'y met en œuvre un projet. La mesure des résultats de tout projet de territoire par des indicateurs choisis et leur diffusion devra être systématique.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Intégrer une dimension prospective dans les études

Intégrer les dimensions sociale, démographique et environnementale dans les études conduites

Assurer la continuité et la reproductibilité de l'observation contextuelle au fil du temps pour mesurer les évolutions constatées

Consolider les partenariats avec les acteurs d'aménagement des territoires, de la cohésion sociale, du travail et de l'éducation, de la qualité de l'environnement

Organiser une veille bibliographique scientifique sur les innovations en santé.



ARGUMENTAIRE



Résultats attendus

- > Un accroissement d'actions intersectorielles de promotion de la santé mises en œuvre dans des territoires ciblés
- > Une génération sans tabac d'ici 10 ans

Il est maintenant établi que l'état de santé d'une population n'est pas lié directement à la qualité du système de santé. Ainsi, différents facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux interviennent en faveur ou au détriment de la santé. La part attribuable aux facteurs « sociaux et environnementaux » comme les conditions socio-économiques, la situation professionnelle, les conditions de travail, le confort et la salubrité de l'habitat... pèserait pour 80 % dans la constitution des inégalités de santé (Stratégie nationale de santé 2013). Si la santé d'une population est surtout déterminée par des facteurs indépendantes des soins, alors les inégalités de santé le sont aussi... Ainsi le niveau scolaire peut déterminer la capacité à s'informer, à disposer des revenus permettant l'accès aux activités culturelles, de loisirs, sportives et à un logement de qualité. Le niveau d'étude est aussi associé à la capacité d'exercer un sentiment de contrôle et de bénéficier d'un environnement social protégé (Eric Breton, chaire santé publique EHESP, 2017). Les ISS restent très marquées en France, tant pour les catégories socio-professionnelles que pour le statut homme/femme. En 2009-2013, les hommes cadres de 35 ans peuvent espérer vivre en moyenne six années de plus que les ouvriers. Cet écart est deux fois moins élevé chez les femmes. La prévalence des maladies métaboliques, les modes de vie, le recours aux soins et à la prévention, sont également distribués inégalement selon les catégories professionnelles et selon les territoires, en France comme dans la région (ARS Pays de Loire, La santé des habitants, avril 2017).

C'est ainsi que les acteurs extérieurs au champ de la santé jouent un rôle considérable sur les déterminants sociaux et les inégalités sociales de santé. L'ambition de la démarche de promotion de la santé est d'agir sur ces différents facteurs en

mobilisant tous les acteurs de la société qui par leur fonction, leur place, leurs connaissances et les décisions qu'ils prennent ont une influence sur la santé. La démarche préconisée par l'OMS est de favoriser une approche globale ou socio-écologique de la promotion de la santé en partant du niveau de proximité le plus proche et en agissant sur le développement d'aptitudes individuelles, le soutien familial et social, l'accès aux services, à l'école, les conditions de travail, l'aménagement urbain ou rural, les politiques de transport...

A l'échelle d'un territoire, la démarche intersectorielle est donc privilégiée en partageant la connaissance sur les déterminants sociaux de la santé, en mettant en réseau l'ensemble des acteurs concernés, en favorisant la participation des populations et en évaluant les actions menées.

Les élus locaux ont tout particulièrement le pouvoir, la légitimité et la responsabilité de contribuer à la promotion de la santé des habitants à travers leurs politiques. Leur expérience, leur savoir-faire et leur connaissance des partenariats et des initiatives locales, constituent une ressource indéniable pour une démarche de promotion de la santé des habitants. Par ailleurs, la territorialisation des politiques publiques a accru leur pouvoir d'agir sur les conditions et la qualité de vie des citoyens. De plus, le niveau local, de par sa proximité avec les habitants, constitue l'échelon le plus pertinent pour des actions ajustées aux besoins des habitants en favorisant leur participation active, plébiscitée par la démarche de promotion de la santé. Cette approche doit particulièrement être favorisée dans les projets territoriaux de prévention notamment via les CLS ou tout autre contrat territorial impliquant les collectivités, les acteurs de prévention et l'ARS. La contractualisation avec les collectivités territoriales est en effet un puissant levier d'action pour

impulser l'engagement des acteurs du territoire sur leurs enjeux de santé.

Une marge de progrès existe encore en région pour diffuser cette culture globale de promotion de la santé dans les contrats locaux de santé, même si on identifie clairement un socle « prévention, promotion de la santé, santé-environnement ». Plus concrètement, il s'agit de soutenir des actions qui prennent en compte les environnements et les conditions de vie, qui s'appuient sur la participation des populations, le développement de leurs ressources personnelles, et qui s'inscrivent dans la durée.

L'information sur les initiatives en cours et le partage entre et avec les acteurs locaux d'une culture commune sur les concepts de promotion de la santé seront amplifiés afin de favoriser une montée en compétences collective et l'échanges de pratiques. L'animation territoriale des acteurs autour des questions de santé doit jouer un rôle moteur. Enfin une offre de formation sera proposée en lien avec le dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en promotion de la santé/prévention.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Concevoir une communication au service de la promotion de la santé/prévention

Communiquer sur les concepts de prévention/promotion de la santé

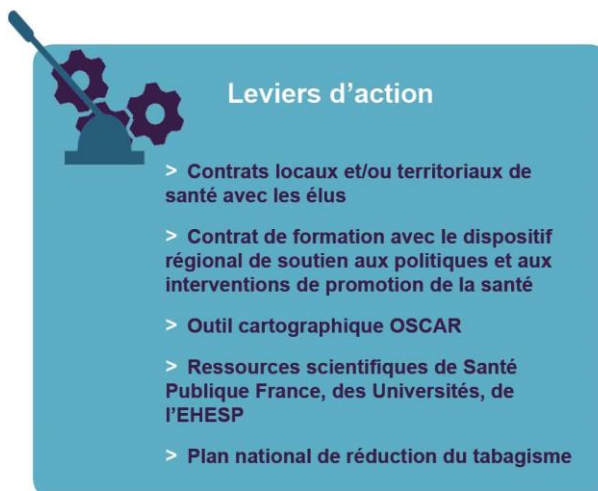
Développer le plaidoyer en faveur de la promotion de la santé dans les réseaux (association des maires, réseau des CLS, conseils territoriaux de santé, démocratie sanitaire)

Impulser/favoriser les temps de sensibilisation et d'échanges régionaux :

Sur les retours d'expériences et d'échanges autour d'actions territorialisées en prévention

Sur les actions innovantes et/ou probantes en prévention ainsi que sur l'état de la recherche interventionnelle en éducation pour la santé.

Former l'ensemble des acteurs et porteurs d'actions, CLS et/ou Contrats Territoriaux de Santé, à la méthodologie d'intervention et évaluation en promotion de la santé



Soutenir l'engagement des professionnels de santé, notamment de santé primaire, des établissements de santé et services médico-sociaux dans une dynamique de prévention

ARGUMENTAIRE



Résultat attendu

> La prévention est intégrée dans les dispositifs d'accompagnement des professionnels libéraux, des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap

Le schéma régional de prévention du premier projet régional de santé (PRS1) avait inscrit un axe prioritaire spécifique au développement des compétences des acteurs de santé dans une prévention de qualité, tant auprès des acteurs de santé du premier recours, qu'au sein des établissements médicaux sociaux et établissements de santé.

L'évaluation du PRS1 montre que la culture de prévention s'est développée chez les acteurs de santé, mais la dynamique d'acculturation et d'engagement est variable selon les types de professionnels, étant plus généralement plus identifiée chez les professionnels des maisons de santé et pôles de santé pluri professionnels ainsi que dans les EHPAD. L'action de l'ARS a fait prendre conscience à de nombreux acteurs de santé que la prévention faisait partie de leurs missions. Tous acteurs confondus ayant répondu aux enquêtes auto-administrées dans le cadre de l'évaluation finale, 91 % d'entre eux déclarent intégrer davantage la prévention dans leur activité.

Le partenariat de l'ARS avec les structures médico-sociales pour personnes âgées a notamment porté sur la prévention de la perte d'autonomie par l'activité physique, de la dénutrition et la santé buccodentaire, la prévention de la dépression et du suicide. Par ailleurs, si l'enjeu de la prévention à domicile est identifié comme majeur, trop peu de structures médico-sociales ont pu s'investir par manque de temps et d'accompagnement financier et méthodologique. La création des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie va permettre de développer une véritable stratégie de développement d'actions de prévention individuelles ou collectives des personnes âgées en lien avec les opérateurs ressource en prévention et les structures

médico-sociales (SSIAD, SAD, SPASAD, ...). Par ailleurs, l'ARS a soutenu des accompagnements vers les gestionnaires d'établissements accueillant des personnes en situation de handicap dans le cadre de ses conventions avec l'IREPS Pays de Loire sur la prise en compte de la santé et de la qualité de vie, principalement sur la vie affective et sexuelle mais aussi dans une moindre mesure sur la nutrition, la santé globale, les compétences psychosociales et l'hygiène.

Dans le secteur libéral, en particulier, des appels à projet spécifiques ont été lancés depuis deux ans vers les maisons de santé pluri professionnelles pour mettre en place des actions collectives sur les thématiques prioritaires de prévention (santé-environnement, addictions, vie affective et sexuelle, nutrition, santé mentale). L'ARS a par ailleurs soutenu le développement d'outils téléchargeables à partir d'un site web « Prevenclis » à destination des acteurs du soin libéral. Ces derniers ont manifesté leurs besoins de formation pour communiquer avec leurs patients sur des thématiques comme la prescription de l'activité physique, la vaccination ou la prise en charge des lombalgies (études ORS, ORS-URPS médecins libéraux 2015 et 2016 – ORS masseurs kinésithérapeutes 2015).

Enfin, dans le secteur hospitalier, si 95 % des établissements de santé déclarent intégrer davantage la prévention dans leur activité, très peu d'établissements ont créé un pôle de prévention et aucun n'est signataire de la charte « hôpitaux promoteurs de santé ». Il est noté cependant une évolution favorable depuis 2012 avec l'inscription dans tous les CPOM des établissements d'objectifs en matière de prévention. Par ailleurs, l'ARS a soutenu la structuration dans chaque territoire de santé de CDPM regroupant les centres de vaccination, la

lutte contre la tuberculose et le dépistage des infections sexuellement transmissibles, localisés à l'hôpital et en capacité de soutenir les professionnels du 1er et du 2nd recours. A noter également les initiatives des centres hospitaliers et des cliniques pour organiser des soirées régulières thématiques ouvertes au public sur la prévention (mardis de la santé au CHU d'Angers...).

Des efforts doivent être poursuivis sur la visibilité de la politique de l'Agence en la matière notamment la question du temps disponible et l'accès aux formations qui apparaissent fondamentales.

Pour impulser une véritable politique de prévention associant les acteurs de la santé et de l'accompagnement médicosocial, trois axes sont à privilégier en partenariat étroit avec l'assurance maladie :

En premier lieu, il s'agit de favoriser l'inscription de la promotion de la santé/prévention dans les projets des établissements et structures accueillant des usagers à travers les conventions qui les lient avec l'ARS, que ce soit avec les maisons de santé pluri-professionnelles, les établissements médico-sociaux et les établissements de santé.

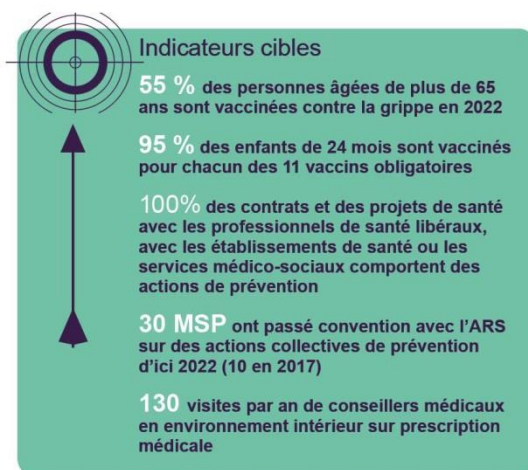
En second lieu, il convient de renforcer l'intégration de la prévention dans la pratique des professionnels de santé notamment à travers la coopération entre l'ARS et les unions régionales des professionnels libéraux, les universités, les écoles de formation, ainsi qu'auprès des organismes de formation continue.

Enfin, il est nécessaire d'accompagner les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre d'actions

en favorisant les liens entre ces acteurs et les opérateurs ressources en prévention/promotion de la santé en renforçant les temps d'échanges territoriaux ou régionaux de connaissances et de pratiques pour partager, mutualiser, valoriser les actions pertinentes et probantes en proposant une offre d'accompagnement méthodologique. Des interactions plus étroites devront être créées entre les opérateurs ressources en prévention et le milieu universitaire et de l'apprentissage pour développer des actions de prévention qui prendront appui sur la recherche interventionnelle en santé publique.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES



Favoriser l'inscription de la promotion de la santé/prévention dans les projets des établissements et structures accueillant des usagers

Au sein des maisons de santé pluri-professionnelles, des équipes de soins primaires et des centres de santé pluri-professionnelles,

Favoriser l'inscription dans le CPOM des établissements de santé d'actions prioritaires de prévention auprès des patients hospitalisés et des usagers du territoire couvert par l'établissement (ivresse aigue des jeunes, risque suicidaire, politique vaccinale, activité physique, santé environnement, santé bucco-dentaire, ...),

Coordonner la politique régionale autour de la vaccination en s'appuyant sur les CDPM et en associant étroitement les acteurs concernés (Assurance maladie, URPS, collectivités, Education nationale...),

Coordonner la politique régionale autour de la santé sexuelle en s'appuyant sur les CDPM et le COREVIH, et en associant étroitement les acteurs concernés (CPEF, secteur médico-sociale, URPS, associations, collectivités, Education nationale...),

Coordonner la politique régionale autour de la santé bucco-dentaire en associant étroitement les acteurs concernés (Assurance Maladie, URPS, collectivités, Education Nationale, assurances complémentaires, ...).

Au sein des CHU de Nantes et Angers, soutenir les Conseillers médicaux en environnement intérieur dans les 5 territoires de santé sur prescription médicale

Au sein des hôpitaux dans le cadre de la démarche des « hôpitaux promoteurs de santé »,

Au sein des ESMS pour personnes âgées et personnes en situation de handicap en intégrant des objectifs prioritaires de prévention dans les CPOM signés entre l'ARS et les établissements médico-sociaux.

Renforcer l'intégration de la prévention dans la pratique des professionnels de santé

Renforcer la coopération entre l'ARS / les URPS / APMSL pour améliorer la diffusion de messages de prévention, Contribuer à l'inscription de sujets prévention dans les programmes réalisés par les organismes de formation continue,

Sensibiliser et/ou impliquer les étudiants en santé autour de la prévention (addictions, santé mentale, relations affectives et sexuelles, santé-environnement, nutrition, santé bucco-dentaire),

Former les professionnels de santé et de l'éducation physique et sportive à la promotion du sport santé.

Accompagner les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre d'actions de prévention

Favoriser les liens entre ces acteurs et les associations « ressources » en prévention/promotion de la santé (dispositif de soutien aux politiques et aux interventions en prévention/promotion de la santé ou opérateurs généralistes en Education Physique et Sportive), ou encore le service de santé des armées,

Renforcer les temps d'échanges territoriaux ou régionaux de connaissances et de pratiques entre ces acteurs pour partager, mutualiser, valoriser les actions pertinentes et probantes,

Proposer une offre d'accompagnement méthodologique (ateliers d'écriture...).

Leviers d'action

- > Appel à projets avec les maisons de santé pluri-professionnelles et les acteurs médico-sociaux
- > Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les professionnels, les établissements et les services de santé et avec les associations (URPS, APMSL, IREPS, Mutualité, PRC)
- > Partenariats avec la DRDJSCS et avec l'université y compris UFR sport et facultés et écoles du champ de la santé
- > Futur service sanitaire pour les étudiants en santé
- > Partenariat avec le service de santé des armées
- > Charte « hôpitaux promoteur de la santé »

Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé en agissant à toutes les périodes 'charnières' de la vie, prioritairement chez les jeunes



ARGUMENTAIRE



Dès 2009, la commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS affirme que « réduire les inégalités sociales de santé et améliorer les conditions de vie des populations nécessitent d'agir sur les déterminants sociaux de la santé (facteurs sociétaux : contexte politique et économique, environnement, conditions de vie matérielles, etc...). De la même manière, la stratégie nationale de santé rappelle que la part attribuable aux facteurs « sociaux et environnementaux » (situation sociale et professionnelle, les conditions de travail, la qualité du logement...) pèserait pour 80 % dans la constitution des inégalités de santé, soit directement, soit indirectement par leur influence sur les facteurs comportementaux (Stratégie nationale de santé, 2013). Pour être efficaces, les programmes de prévention doivent donc viser à la fois les individus par l'amélioration des connaissances, des habiletés, des compétences mais également les communautés et leurs environnements.

De nombreuses études montrent que l'état de santé d'une personne adulte dépend beaucoup des conditions et du milieu dans lesquels elle a grandi et a été éduquée. Ces écarts constatés dès le plus jeune âge auront des répercussions sur les conditions de vie et de santé des individus devenus adultes. La petite enfance est ainsi une période cruciale dans la construction de l'individu. Les politiques menées doivent donc œuvrer prioritairement dans le secteur de la périnatalité et de la petite enfance afin de garantir un développement sain et équitable pour les futures générations.

Par ailleurs, le Haut Conseil de Santé Publique affirme que la réduction des ISS, demande de mobiliser de nouvelles approches et interpelle nos modes actuels de gouvernance. Si l'action sur les ISS doit porter une attention particulière aux populations précaires ou vulnérables, il est cependant nécessaire d'agir sur l'ensemble du gradient social en déployant des politiques publiques intersectorielles.

Enfin, Mme BUZYN, ministre des solidarités et de la santé, dans sa feuille de route du 15 juin 2017 insiste sur la priorité que constitue la prévention. Celle-ci doit faire l'objet d'une politique globale, organisée et financée qui doit commencer dès le plus jeune âge, se poursuivre à l'école et accompagner chacun au cours de sa vie privée et professionnelle.

Cette approche globale a été développée depuis 2011 par l'ARS avec ses partenaires de la commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI, dans le cadre d'une feuille de route mise à jour annuellement. Cependant, l'évaluation du PRS1 montre que si d'avantage d'acteurs font plus de prévention, certes avec des investissements variables, l'impact sur les déterminants de santé et sur les comportements est encore peu visible. Par ailleurs, ce n'est que récemment que l'ARS s'est appuyée sur une politique de prévention plus ouvertement fondée sur les données probantes et a décidé de s'engager dans l'application de l'universalisme proportionné. Enfin, le champ de la petite enfance, des jeunes et du soutien des familles n'a été que peu développé.



Résultat attendu

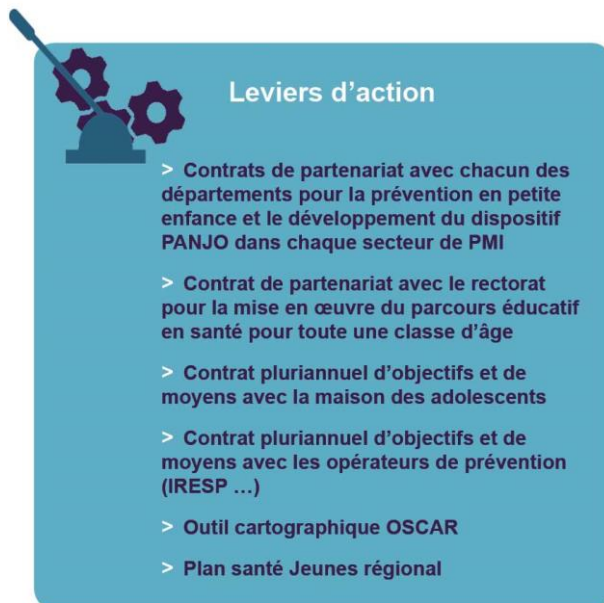
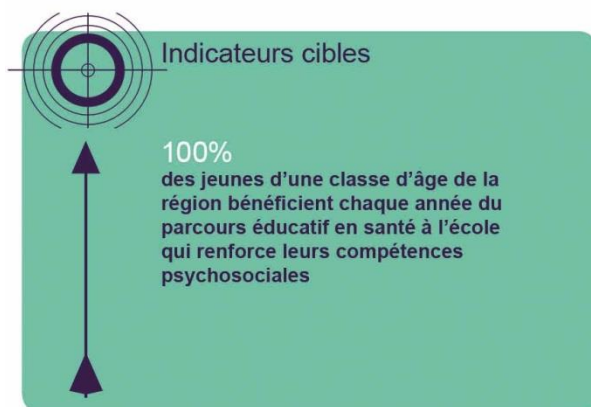
> Les actions de prévention interviennent tôt dans la vie et sont structurées pour réduire les inégalités

Sur la base de ces orientations, il est proposé dans le cadre de la coordination régionale et territoriale des politiques publiques, de développer des actions intersectorielles, priorisant l'enfance et la jeunesse, les parents, ainsi que la population générale, privilégiant les actions dont l'impact est d'autant plus important que la situation sociale est défavorisée et en se fondant sur les données probantes en prévention et promotion de la santé. L'approche populationnelle sera privilégiée en tenant compte des priorités thématiques régionales : addictions, santé mentale, relations affectives et sexuelles, alimentation, activité physique, santé-environnement et dépistage des cancers.

Par ailleurs les périodes de transition au cours de la vie : entrée à l'école, adolescence, entrée dans la vie d'adulte et la vie professionnelle, ruptures familiales, deuils, passage à la retraite sont des périodes charnière qui exposent plus particulièrement à des risques pour la santé. Ce sont aussi des périodes à haut risque de rupture dans le parcours de santé qu'il s'agisse des soins ou des accompagnements.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES



En renforçant l'observation pour un meilleur ciblage des actions à construire : établir et mettre à disposition des acteurs un état des lieux actualisé des ISS au niveau régional et infra-territorial pour encourager la prise en compte de ces inégalités dans les actions à mettre en œuvre

En systématisant lors de la conception de chaque projet « prévention » en population générale, la prise en compte des gradients sociaux pour tendre vers la mise en place d'actions universelles proportionnées

En renforçant les actions de prévention en direction de la petite enfance et des jeunes :

Mobiliser et contractualiser avec les acteurs de la périnatalité et de la petite enfance, en intégrant le concept des 1 000 premiers jours et en développant le dispositif PANJO¹.

Agir en faveur de la santé des jeunes en situation de vulnérabilité

apporter un appui au Rectorat pour la mise en place du parcours éducatif de santé,

s'appuyer sur l'expérience acquise en milieu scolaire ordinaire pour déployer des actions de renforcement des compétences psychosociales auprès de certains publics fragiles,

renforcer la prévention des addictions et des consommations à risque en associant les acteurs et les professionnels, y compris de la santé bucco-dentaire,

coordonner sur les territoires les actions en faveur du bien-être et de la santé mentale des jeunes, en s'appuyant sur les MDA (expertise et soutien aux acteurs), renforcer le repérage, l'orientation et la prise en charge,

Expérimentation du dispositif Ecoute-Emoi pour les 11/21 ans.

En contribuant à la montée en compétence des acteurs/professionnels de terrain pour améliorer une prévention globale de proximité auprès des publics vulnérables

Accentuer la montée en compétence des professionnels de terrain (appui expert des CDPM, SG cancer, professionnels de santé libéraux, mission locale, milieu hospitalier...),

Diffuser les connaissances sur les IIS pour sensibiliser les acteurs des politiques publiques et des usagers.

¹ P.A.N.J.O. : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveaux-nés et de leurs Jeunes parents : Un outil de renforcement des services de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.)

ARGUMENTAIRE



Résultats attendus

- > Un environnement plus favorable à la santé
- > Un nombre croissant d'acteurs s'impliquant en Pays de la Loire pour agir sur les déterminants de la santé

Tout au long de la vie, l'état de santé des personnes résulte à la fois de facteurs génétiques, de comportements et d'habitudes de vie, de liens sociaux, de conditions socio-économiques, culturelles et environnementales (conditions de vie, conditions de travail, de logement, d'accès à la culture, l'accès à des services, au réseau social, à la qualité de l'environnement physique, etc...). Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé.

La stratégie nationale de santé rappelle que la part attribuable aux facteurs « sociaux et environnementaux » (problèmes financiers, situation professionnelle, conditions de travail, nombre de personnes par pièce, salubrité de l'habitat...) pèserait pour 80 % dans la constitution des inégalités de santé, soit directement, soit indirectement par leur influence sur les facteurs comportementaux.

Pour agir sur les déterminants de la santé, le domaine de la promotion de la santé préconise d'agir simultanément à plusieurs niveaux : élaborer des politiques pour la santé, créer des milieux/environnements favorables, renforcer l'action communautaire, développer des aptitudes personnelles, réorienter des services de santé (Charte d'Ottawa 1986).

Pour être efficaces, les programmes de promotion de la santé doivent donc viser à la fois les individus, les connaissances, les habiletés, les communautés et leurs environnements.

Les actions du PRS portent par conséquent sur le développement d'offres de services, leur adaptation aux différents publics, leur accessibilité, le renforcement du lien social ou l'amélioration des conditions de vie. Ainsi sera encouragé le développement des évaluations de l'impact sur la santé des politiques publiques (EIS) qui est un outil de

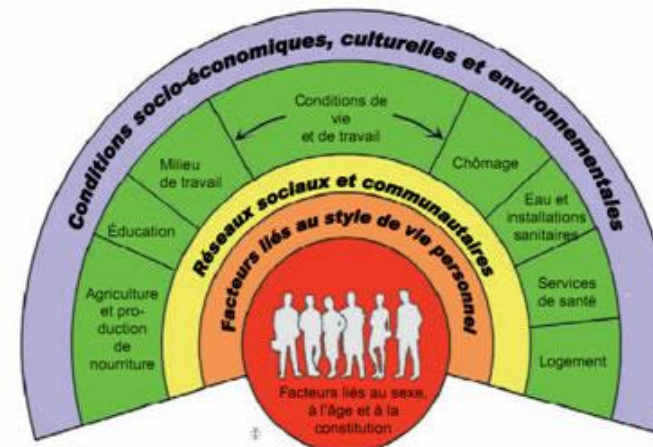
réduction des inégalités sociales et environnementales. Cette démarche prend ainsi en compte l'ensemble des déterminants de santé pour orienter favorablement les projets portés par des acteurs publics (par exemple la réhabilitation de quartiers ou les politiques de transports...).

Il conviendra ensuite de participer à la promotion d'environnements favorables aux conditions de travail en lien avec le plan régional-santé travail (PRST3) piloté par la DIRECCTE.

Le PRS s'attachera de même à promouvoir des environnements favorables à la pratique de l'activité physique en déclinant le deuxième plan « sport santé bien être » (PRSSBE) pour tout public et plus particulièrement les personnes en situation de précarité sociale et/ou financière, les personnes âgées dépendantes, les personnes placées sous-main de justice, les personnes en situation de handicap accompagnées au sein d'établissements médico-sociaux et les personnes vivant avec une pathologie chronique.

Le PRS privilégie également l'enjeu de la qualité des milieux et de l'environnement physique à travers un plan dédié : le plan régional santé environnement 2016-2021 (PRSE3) porté par le Préfet, l'ARS et la Région. Il mobilise de façon intersectorielle les acteurs de la région. L'ARS intégrera dans le PRS les axes suivants du PRSE 3 : préserver la qualité de l'eau distribuée, communiquer et prévenir le risque radon, intégrer les enjeux de santé dans l'aménagement et la planification urbaine, développer une culture commune santé environnement auprès des collectivités et acteurs des territoires de proximité.

Enfin, la promotion de comportements favorables à la santé dans tous les milieux concernera également la réduction des risques liés au tabagisme. La déclinaison du Programme national de réduction du tabagisme et la mise en place de la campagne Moi(s) sans tabac contribuent ainsi à développer des environnements favorables à la santé grâce à une campagne de communication innovante et l'évolution des espaces publics (lieux sans tabac). Dans le prolongement de cette dynamique, une priorité sur la prévention et la lutte contre l'alcoolisation sera mise en œuvre prioritairement par l'élaboration d'un programme régional pluriannuel de prévention des addictions.



DAHLGREN, Glinn and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies, Stockholm (traduction)



Indicateurs cibles

↑ du nombre d'acteurs engagés dans des projets pour un environnement favorable à la santé : entreprises actives, clubs sportifs labellisés, actions dans le cadre de Contrats Locaux de Santé (CLS), projets d'urbanisme favorable à la santé, etc.

30% de la population régionale bénéficie d'un plan de gestion de la sécurité sanitaire concernant l'eau distribuée (PGSSE)

+5 collectivités chaque année auront conduit une campagne de mesure du radon dans l'habitat

↓ du nombre de fumeurs chez les 15-75 ans : 20% sont fumeurs quotidiens en 2022

↓ de la consommation d'alcool : 48% des ligériens de 15-75 ans déclarent consommer de l'alcool au moins une fois par semaine en 2022

17% déclarent une alcoolisation importante au moins une fois par mois en 2022



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Axe 1 : Alimentation et Eau destinée à la consommation humaine, en particulier préserver la qualité de l'eau distribuée

Axe 2 : Bâtiments, habitat et santé, notamment communiquer sur l'enjeu lié au radon dans la région

Axe 3 : Cadre de vie, urbanisme et santé, notamment mieux intégrer les enjeux de santé dans l'aménagement et la planification urbaine

Axe 5 : Mise en réseau d'acteurs, culture commune santé environnement, notamment :

Développer une culture commune santé environnement auprès des collectivités et acteurs des territoires de proximité

Objectif transversal PRSE3 : Développer la connaissance des pesticides dans l'air et informer sur les impacts sanitaires associés

Surveiller, freiner et réduire les risques émergents liés au développement d'espèces et d'organismes nuisibles (moustiques, ambroisie, berce du Caucase...)

Encadré 1 : les composantes du PRSE3 agissant sur l'environnement, qui seront déclinées dans le cadre du PRS

Déployer la démarche d'évaluation de l'impact sur la santé des politiques publiques (EIS)

Participer à la promotion d'un environnement de travail favorable à la santé, en articulation avec le plan régional santé travail 2016-2020 (PRST3) : Favoriser la mise en œuvre d'actions de prévention au sein des collectifs de travail

Promouvoir des environnements favorables à la pratique de l'activité physique : décliner le nouveau plan « sport santé bien être » (PRSSBE) pour tout public et plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité sociale et/ou financière, les personnes âgées dépendantes, les personnes placées sous-main de justice, les personnes en situation de handicap accompagnées au sein d'établissements médico-sociaux et les personnes vivant avec une pathologie chronique

Améliorer la sécurité et la qualité de l'environnement physique, à travers la mise en œuvre du Plan régional santé environnement 2016-2021 (PRSE3), notamment des actions des axes 1 2 3 et 5 (voir Encadré 1) :



Créer un environnement favorable à la réduction du tabagisme et de la consommation d'alcool

Elaborer et mettre en œuvre un programme régional pluriannuel de prévention des addictions

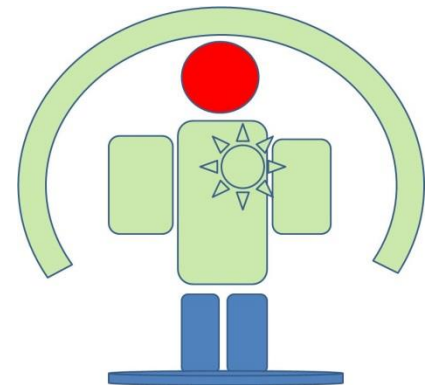


Leviers d'action

- > Charte « entreprises actives » du Plan National Nutrition Santé (PNNS)
- > Contrat de partenariat de l'ARS et la DRDJSCS avec les associations sportives et les établissements et services médicosociaux.
- > Appel à projet Etat-ARS dans le cadre du PRSE3
- > Plan régional de prévention et de lutte contre les addictions

Orientation stratégique 2
Le citoyen, l'utilisateur, acteur de sa santé
et de son parcours de santé

17





Résultat attendu

> Des programmes de prévention sont développés, dispensés par des opérateurs qualifiés et prennent en compte l'expression et la participation des citoyens

Les connaissances et représentations des personnes à l'égard des problèmes de santé et des facteurs de risque et de protection sont liées à de nombreux facteurs (milieu social, histoire de vie, éducation...) et se construisent tout au long de la vie. L'information en santé, qui peut être transmise par de nombreux vecteurs, peut contribuer à les faire évoluer. Le sentiment d'information des ligériens apparaît relativement bon et assez proche de la moyenne nationale (baromètre santé 2014, Inpes, exploitation ORS. Concernant l'alcool, le tabac ou la contraception, ce sentiment est particulièrement élevé : au moins 90 % des ligériens se disent « très bien » ou « bien informés ». Ce sentiment est de 80 % pour le sida et le cancer, et ce niveau décroît pour la maladie d'Alzheimer, les infections sexuellement transmissibles, la dépression, les hépatites virales ou les grandes épidémies.

Cependant, en prévention, informer les populations sur les déterminants de santé est nécessaire, mais pas suffisant pour aider les personnes à agir favorablement sur leur santé. Ceci est confirmé par les données épidémiologiques défavorables en région pour certains indicateurs comme les consommations excessives d'alcool chez les jeunes. La Charte d'Ottawa (1986) pose la stratégie à mener en promotion de la santé et cite deux principes, parmi les cinq, en lien avec le pouvoir d'agir des citoyens sur les déterminants de santé :

Le renforcement de l'action communautaire, c'est-à-dire la démocratie sanitaire, par la possibilité, pour les individus et les groupes de participer aux décisions,

L'acquisition d'aptitudes individuelles, par l'information et l'éducation à la santé.

Ainsi, l'ARS avait dans le PRS1 inscrit en première priorité du schéma de prévention la nécessité de sensibiliser, informer et éduquer à la santé des populations notamment en s'appuyant sur des acteurs de terrain qualifiés dans ces domaines d'intervention. Deux leviers ont notamment été utilisés :

le pôle régional en éducation pour la santé réunissant l'IREPS, la Mutualité Française, l'ORS, AIDES, SIS Animation, Fédération Addiction, ANPAA, en capacité de mettre à disposition des ressources documentaires et d'organiser des formations et des journées d'échange de pratique. L'évaluation du PRS1 a montré notamment l'augmentation de la fréquentation des services de l'IREPS,

la consolidation d'un réseau d'opérateurs ressources dans les thématiques prioritaires (santé-mentale, nutrition, relations affectives et sexuelles, addictions, santé-environnement) dont les qualités d'intervention ont été démontrées et sur lesquels peuvent s'appuyer les partenaires et acteurs locaux. Ainsi, le montant des CPOM avec les opérateurs ressources a été multiplié par 3 en 5 ans pour atteindre un montant de 3,5 millions d'euros.

Par ailleurs, l'ARS s'est fortement mobilisée avec ses partenaires de l'Education nationale et de l'enseignement privé pour développer les CPS d'une classe d'âge. Les CPS constituent en effet un axe central des programmes repérés dans la littérature comme ayant fait preuve d'efficacité dans le champ de la prévention des conduites à risques chez les jeunes (consommation de substances psychoactives, troubles du comportement et pensées suicidaires, grossesses à l'adolescence...). Un programme expérimental 2015-2017 « en santé à l'école » a été confié à l'IREPS, en coordination avec l'ANPAA et la Fédération Addictions. La stratégie définie visait le transfert de compétences en développement des CPS aux enseignants et les premiers retours positifs ont permis,

par anticipation avant les conclusions de l'évaluation attendues début 2018, d'engager la réflexion sur la reprise du pilotage du renforcement des CPS en milieu scolaire ordinaire par le Rectorat, dans une perspective de généralisation et dans le cadre du futur projet académique 2018-2022.

Dans le cadre du PRS2, les nouveaux enjeux posés sont ceux de la généralisation de l'expérience et de sa diffusion au-delà du milieu scolaire ordinaire.

La dynamique doit être poursuivie et amplifiée car le sentiment d'information sur les déterminants de santé est encore inégal selon les thématiques ou les niveaux d'études. Par ailleurs, la participation des citoyens aux dispositifs territoriaux de santé n'est pas assez systématisée et enfin les opérateurs ressources en prévention et en éducation pour la santé ne sont pas encore assez connus et dimensionnés pour appuyer les acteurs locaux en tout point du territoire.

Les efforts doivent encore être poursuivis pour diffuser une culture de la promotion de la santé auprès des populations en favorisant la communication sur les déterminants de santé. Par ailleurs, il est nécessaire de favoriser l'expression et la place des citoyens dans les dispositifs locaux (CLS, CLSM, ou les instances de démocratie sanitaire (Conseils Territoriaux de santé, CRSA).

Ensuite, il est nécessaire de développer une offre d'éducation à la santé répartie sur le territoire, accessible à tous (littératie²) mobilisant des professionnels et des bénévoles qualifiés en contact avec les publics (associations, services d'action sociales, éducateurs, enseignants, personnels

² Pour approfondir, voir 'Communiquer pour tous : Les enjeux de la 'littératie' en santé. Dossier thématique. La sante en action n° 440 - juin 2017" Définition : adapter les messages de prévention aux différents niveaux de compréhension individuelle

soignants, services universitaires..). Le transfert de la tutelle nationale des pôles régionaux d'éducation pour la santé de l'INPES, aujourd'hui Santé Publique France, vers les ARS constitue une opportunité à saisir pour créer un dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en promotion de la santé/prévention, en renforçant sa visibilité, en favorisant formations et les temps d'échanges de pratiques entre les opérateurs et les acteurs institutionnels, et en étant plus en lien avec les pôles universitaires de santé et de sciences sociales.

Par ailleurs, dans l'objectif de favoriser le renforcement des CPS en milieu scolaire, l'ARS sera en appui du Rectorat et de son projet académique, notamment de l'objectif « développer la prise en compte des compétences psychosociales ». Enfin, dans un souci d'universalisme proportionné, il s'agira d'encourager l'accompagnement et le transfert de compétences en renforcement des CPS à des acteurs relais au contact de publics fragiles, en ciblant les professionnels de la parentalité, les personnels des établissements scolaires situés sur des territoires marqués par les difficultés socio-économiques, d'autres professionnels intervenant auprès de publics jeunes en situation de fragilité, dans des milieux spécifiques (ASE, établissements médico-sociaux, établissements de la PJJ).

Enfin, il est prévu de développer l'axe de l'éducation à la santé-environnementale qui est moins connu du public et des acteurs de prévention, notamment dans les thématiques risques auditifs et habitat. C'est l'objet de l'axe 5 du 3ème plan régional santé-environnement.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES



Impliquer les citoyens dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de prévention territoriales

Renforcer la communication auprès du public sur les déterminants de la santé³ et les dispositifs de prévention

Diffusion des diagnostics de l'état de santé de la population dans les territoires

Apport de connaissances sur les déterminants de santé

Informations sur les concepts de prévention/promotion de la santé/éducation à la santé/littératie² en santé

Communication sur les dispositifs de prévention existants (campagnes, acteurs...)

Favoriser l'accès à une offre de prévention de qualité :

Développer la formation des acteurs

Garantir l'équité territoriale de cette offre

S'assurer de la cohérence de l'offre : mise en réseau, échanges de pratiques entre les acteurs.

Développer la stratégie de renforcement des compétences psychosociales en s'appuyant sur l'expérience acquise en milieu scolaire ordinaire pour déployer des actions auprès de certains publics fragiles :

Professionnels de la parentalité,

Personnels des établissements scolaires situés sur des territoires marqués par des difficultés socio-économiques,

Acteurs en contact avec des publics jeunes en situation de fragilité, dans des milieux spécifiques (ASE, établissements médico-sociaux, établissements et services de la protection judiciaire de la jeunesse)

Favoriser l'éducation à la santé environnementale des citoyens (notamment sur les thématiques risques auditifs, habitat-santé)

Intégrer la prévention des risques auditifs aux pratiques amateurs et professionnelles

Mettre en réseau des acteurs intervenant auprès du public sur habitat et santé

³ Voir livret du PRS prévention promotion de la santé

ARGUMENTAIRE



Complexe, notre système de santé n'est pas toujours compréhensible pour l'utilisateur, le patient, l'aidant. La coexistence de portes d'entrées multiples et d'informations à la qualité variable génère des difficultés pour se repérer. Malgré leur intérêt, des dispositifs utiles, au service des patients sont méconnus et mal utilisés. Ainsi 62 % des personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation du projet régional de santé ignorent l'existence des maisons médicales de garde. Ces difficultés à se repérer, à savoir à qui s'adresser entraînent des inégalités d'accès au système de santé qui s'ajoutent aux inégalités d'ordre culturel, financier, ou encore technologique et se répercutent sur la qualité de vie et l'espérance de vie en bonne santé. Ces difficultés à s'orienter sont responsables de parcours erratiques aux yeux des opérateurs du système de santé alors qu'il correspond à un comportement rationnel de l'utilisateur face aux obstacles qu'il rencontre dans son parcours de santé.

Agir sur sa santé, c'est être en mesure de faire des choix éclairés. Pour cela, il faut informer, expliquer, éduquer. Il convient également de donner de la visibilité sur la pertinence, le bon usage du système pour que l'utilisateur, le patient, l'aidant puisse être un acteur responsable et actif. Enfin l'accès aux données de santé représente un enjeu pour les usagers. En retour, les patients, les aidants et/ou leurs représentants en tant qu'experts de leur parcours doivent faire entendre leur voix et ainsi contribuer à adapter et améliorer les réponses apportées par notre système de santé.

Le numérique est un moyen d'associer réellement les citoyens dans leur prise en charge et d'améliorer leur expérience d'usagers. Ainsi, plusieurs types d'outils peuvent être développés permettant l'auto-prévention des comportements à



Résultats attendus

- > Un système de santé et une organisation lisibles et claires permettant l'orientation des patients et des aidants vers les ressources adaptées à leur situation
- > Des programmes d'éducation thérapeutique du patient priorités, plus adaptés à la diversité des publics et mieux répartis sur le territoire régional

risque, la gestion de sa pathologie via le suivi de ses données de santé ou les échanges entre pairs usagers.

L'ARS, garante d'une offre accessible et de qualité, doit avec son projet faciliter l'orientation dans le système de santé en s'assurant que le patient dispose d'une information claire et fiable et qu'il est en mesure d'utiliser pour faire des choix et prendre des décisions. Au-delà de l'information, il est aussi nécessaire de s'assurer que les usagers des services de santé et d'accompagnement sont en mesure de se saisir des opportunités qui leur sont offertes. Une attention particulière et des réponses adaptées doivent s'adresser aux personnes les plus vulnérables, éloignées du système de santé et pour qui la santé n'est pas ou plus perçue comme une priorité.

Le projet régional s'appuiera sur le déploiement sur le territoire régional du service public d'information en santé privilégiant les actions menées dans le domaine de la prévention et sur des outils et approches innovantes pour améliorer la connaissance de l'offre en santé par le public afin d'en faciliter le bon usage. Des approches adaptées seront proposées pour les publics les plus vulnérables.

Le développement de l'éducation thérapeutique sera poursuivi et encouragé dans les domaines où elle est peu présente en particulier dans les services de santé de proximité et sous des formes adaptées à la diversité des publics, en particulier les plus vulnérables.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Déployer des outils de diffusion de l'information renforçant le pouvoir d'agir

Déployer le service public d'information en santé

Communiquer sur le bon usage des offres et leur bénéfice pour l'utilisateur : permanence des soins, recours aux urgences, coûts des prises en charge...

Diffuser des guides de bonne pratique et d'orientation

Guide pour l'action « dispositif d'annonce »

Livret Parkinson à l'usage des patients et des aidants

...

Proposer de nouvelles modalités d'accompagnement notamment en direction des publics fragiles

Développer l'offre d'ETP portée par les professionnels du 1er recours

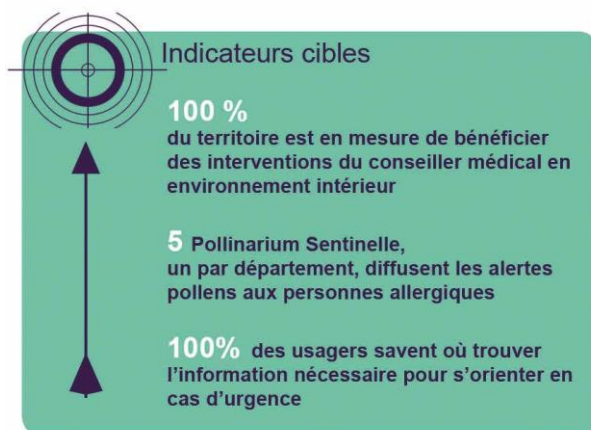
Mettre à la disposition des professionnels de l'éducation thérapeutique et des usagers, des outils d'aide à la gestion des allergies et des pathologies respiratoires d'origine environnementale (en lien avec l'axe 5 du PRSE3)

Expérimenter de nouvelles modalités d'ETP (hors programme)

Soutenir et déployer des projets innovants en accompagnement en santé (empowerment, médiation sanitaire...)

Accompagner le déploiement des réponses graduées en matière d'interprétariat pour tout professionnel de santé

Définir un cadre de reconnaissance pour les patients experts



ARGUMENTAIRE



Résultats attendus

- > Un projet personnalisé co-construit avec la personne (ou ses proches le cas échéant)
- > Un projet personnalisé formalisé proposé à toute personne accompagnée par un ESMS
- > Un projet personnalisé régulièrement réévalué

Consacré par la loi du 2 janvier 2002-2, le Projet Personnalisé (PP) consiste à proposer à chaque personne, et sous réserve de son accord, un accompagnement spécifique favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adapté à son âge, à ses besoins et à ses attentes, respectant son consentement éclairé. Il s'impose à l'ensemble des établissements et services du secteur médico-social (personnes âgées, en situation de handicap, précaires, confrontées à des difficultés spécifiques....).

Il permet également à chaque professionnel de bien connaître chaque résident, son histoire, ses goûts, d'individualiser les réponses apportées, de s'adapter au mieux aux évolutions des besoins et de l'état de santé.

Véritable alliance de l'usager et de son entourage avec les professionnels accompagnants ou soignants, le projet personnalisé permet donc à l'expression de l'usager et à l'expertise des professionnels de se compléter pour s'articuler autour d'objectifs partagés. Le projet personnalisé s'inscrit en adaptation constante des prestations portées par le collectif aux besoins des usagers, comme une condition indispensable à la qualité du parcours de la personne (Encadré 2)

Bien que la démarche ait beaucoup progressé depuis le précédent PRS, la rédaction systématique d'un projet personnalisé reste encore hétérogène entre le secteur des personnes âgées et le secteur qui œuvre en faveur des personnes en situation de handicap. 70 % des résidents en EHPAD disposent d'un projet personnalisé formalisé, en augmentation continue depuis 2013 (50 %). Il n'en demeure pas moins que dans un quart des EHPAD, seule la moitié des résidents disposent d'un PP. Le projet des personnes accueillies en SSIAD ne comprend pas systématiquement le recueil des habitudes de vie ou l'environnement social et familial. La situation est plus favorable pour les personnes en

situation de handicap puisque 90 % des personnes accompagnées bénéficient d'un projet personnalisé formalisé. Nonobstant cet état des lieux, 13 % des résidents accueillis en MAS ne bénéficient pas de PP.

Aussi, si la nécessaire rédaction d'un projet individualisé pour chaque résident est aujourd'hui une évidence pour les professionnels, son contenu et son utilisation comme ligne conductrice quotidienne pour la prise en charge reste encore à interroger, 15 ans après la promulgation de la loi 2002-02. La méthodologie d'élaboration du PP (pluridisciplinarité de l'équipe pour son élaboration, participation de la personne et de sa famille, prise en compte à intervalles réguliers de l'évolution de la situation...) et son contenu (réalité de l'identification d'objectifs au-delà du seul recueil des habitudes de vie, objectifs dépassant les seuls besoins du quotidien et non standardisés, prise en compte des attentes exprimées ou attendues de la personne et non pas seulement des objectifs de l'équipe) sont en effet très hétérogènes d'un établissement ou servie à l'autre.

La poursuite des efforts engagés s'établira dans une démarche de qualité. Pour que le projet personnalisé puisse s'inscrire comme un socle de l'individualisation de l'accompagnement, comme la ligne directrice pour les professionnels des actions à conduire autour et avec la personne, un axe spécifique concernant le projet personnalisé sera inscrit dans les projets d'établissement, partagés et connus des professionnels, des instances et du conseil de la vie sociale. La démarche de construction et de suivi des projets devra être structurée au sein de l'organisation, conduisant si besoin à un diagnostic organisationnel préalable ainsi qu'une évaluation régulière du processus d'élaboration et de réévaluation des projets existants. Un coordonnateur de la démarche pourrait être désigné dans cet objectif. La mise en

œuvre des projets personnalisés sera évaluée à intervalles réguliers afin de s'assurer de la constante adéquation entre les actions proposées par l'équipe et les attentes exprimées par la personne. Les CPOM devront s'assurer que les projets personnalisés sont co-construits et sont régulièrement revus, notamment aux âges clés de la vie où projets de vie ou orientation peuvent être amenés à évoluer ou lors de la fin de vie en lien avec les directives anticipées.

La démarche impliquera le conseil de la vie sociale qui, bien que n'intervenant pas directement sur chaque projet personnalisé, doit être consulté sur la démarche, l'existence et le suivi des projets. Elle associera les aidants en prenant en compte leur expertise et leur connaissance privilégiée de la personne et de ses habitudes apportant un éclairage précieux aux professionnels, une possibilité d'aide et de soutien dans l'accompagnement des personnes par leurs savoir-être et savoir-faire. Elle créera des opportunités d'échanges de bonnes pratiques pour les professionnels.

La démarche et ses outils seront développés tant pour les personnes accueillies en établissement que vivant à domicile avec une préoccupation particulière pour les personnes dis-communicantes.

Le projet est le résultat de la prise en compte des attentes de la personne, des moyens disponibles au sein de l'établissement (humains, matériels et techniques) et des ressources offertes par l'environnement pour y répondre.

- ✓ Il s'inscrit dans une démarche dynamique de co-construction, une compréhension du projet par la personne, par son entourage et par les professionnels (information préalable, communication adaptée, etc.), une dynamique souple et adaptée au rythme de la personne, une implication de l'ensemble des professionnels
- ✓ Il est réinterrogé et fait l'objet d'ajustement dès que la situation, l'environnement ou l'état de santé de la personne évolue
- ✓ Il reconnaît le rôle et l'expertise des aidants
- ✓ Il participe à la cohérence des interventions dans le parcours des personnes notamment en cas de multiplicité des intervenants (ex FH et ESAT), SSIAD et SAAD, ESMS et Education Nationale...), chacun devant élaborer un projet personnalisé.
- ✓ Il mobilise les professionnels autour de la qualité de la démarche d'élaboration et de suivi des projets personnalisés dans un cycle continu et périodique de recueils de besoins, de co-construction avec l'utilisateur, de mise en œuvre et ajustement.

Encadré 2 : Le projet personnalisé, pilier du parcours, garant de la personnalisation de l'accompagnement



Indicateurs cibles

- 100 %** des usagers d'un établissement ou d'un service d'accompagnement médicosocial et qui ont accepté la démarche disposent d'un projet personnalisé, formalisé et mis à jour
- 100%** des usagers d'un établissement ou services d'accompagnement médico-social ont été associés à la construction de leur projet personnalisé
- 100%** des enfants en situation de handicap ont un projet personnalisé réévalué au moins une fois par an



DECLINAISONS OPERATIONNELLES



Leviers d'action

- > Contrat d'objectif avec les établissements et services médicosociaux
- > Outils développés par QualiREL-Santé
- > Conseil de la vie sociale dans les établissements

S'assurer de l'inscription de la démarche au niveau institutionnel par :

- Son intégration au sein du projet d'établissement
- La déclinaison de sa mise en œuvre dans le PACQ

Appuyer les ESMS dans la démarche d'élaboration et de révision des projets personnalisés notamment en :

- Missionnant QualiREL pour promouvoir les outils pour aider les ESMS à construire la démarche d'élaboration des PP (kit Sur le Chemin des attentes de l'utilisateur : guide méthodologique, diagnostic organisationnel, tableau de bord d'indicateurs sur le projet personnalisé, elearning)
- Missionnant QualiREL pour conduire une démarche d'évaluation inter établissements et présenter les résultats en séminaire pour favoriser le partage d'expériences

Accompagner les ESMS dans leur démarche d'évaluation de la mise en œuvre opérationnelle d'élaboration et de révision des projets personnalisés, ainsi que de son ajustement au regard des résultats

Soutenir les ESMS dans les démarches d'évaluation de la perception des usagers sur la mise en œuvre de leur projet personnalisé

Impliquer le conseil de la vie sociale sur les outils et la démarche dans l'ESMS (ex : présentation du bilan des attentes non satisfaites, avis recueilli sur les supports d'aide au questionnement, sur la trame institutionnelle...)

Favoriser l'expression des usagers non communicants ou ayant une capacité d'expression et/ou d'élaboration intellectuelle limitées à la construction du PP par la recherche de modes de communication diversifiées (communication gestuelle, sensorielle, visuelle : pictogrammes, photos, langage simplifié...) et la promotion d'approches innovantes

Missionner QualiREL pour constituer une bibliothèque des outils de communication existants ou en créer de nouveaux

Positionner le projet personnalisé comme l'outil de référence du parcours de la personne

Accompagner les acteurs du domicile (dont SSIAD et SPASAD, SAMSAH) dans la démarche d'élaboration et de suivi des projets personnalisés, en s'assurant plus particulièrement :

- De la prise en compte de la parole de l'aidant
- De la prise en compte de l'ensemble des dimensions du projet personnalisé (qui va au-delà du soin)
- De la nécessaire articulation entre les différents acteurs intervenant à domicile
- De l'accompagnement des professionnels

ARGUMENTAIRE



L'écoute active de l'utilisateur est un levier essentiel pour entendre et comprendre ses besoins et attentes. L'information éclairée en retour doit lui permettre d'agir favorablement sur sa santé, renforçant ses compétences et leur mise en œuvre.

L'écoute active s'exerce individuellement dans la relation avec les professionnels de santé et collectivement au sein des instances où les utilisateurs sont représentés. Les instances de démocratie sanitaire, CRSA et CTS avec leurs commissions spécifiques, les commissions d'utilisateurs dans les établissements de santé, les conseils de la vie sociale et le comité représentatif des personnes accueillies sont des espaces où les utilisateurs, individuellement ou par l'intermédiaire de leurs représentants peuvent s'exprimer. La région des Pays de la Loire est dotée d'un tissu d'associations d'utilisateurs dense. En 2018 la mise en place de l'union régionale des associations agréées du système de santé (URAASS) devrait favoriser leur expression. Cependant, les conditions de recueil et d'utilisation de la parole des utilisateurs doivent être renforcées pour contribuer à l'amélioration du parcours de soins et de santé.

Outre les instances de démocratie, l'enjeu est d'aller vers les lieux d'expression sur les territoires, par exemple au sein de comités citoyens, des conseils de développement, des conseils locaux de santé et autres conseils locaux de santé mentale ou encore en organisant des débats publics structurés. En effet, le territoire de proximité est un cadre qui paraît adapté pour faciliter le partage d'expérience, de points de vue, pour améliorer les pratiques et les dispositifs.

En Pays de la Loire, de multiples actions ont été menées au profit des utilisateurs, de leurs représentants et des professionnels de santé : débats publics, journées annuelles à thème pour les représentants des utilisateurs, colloques thématiques, formation CVS, financement de GEM... Des

OS2-004 Renforcer la prise en compte de la parole de l'utilisateur, ses attentes et ses besoins

exemples probants jugés très positifs de la prise en main collective de la santé par les utilisateurs ont été déployés sur certains territoires : le cycle de conférence dans le cadre de focus santé dans la ville de Nantes, l'activité de l'association relais santé Mayenne.

Pour être en capacité de mieux prendre en compte la parole des utilisateurs, il faut progresser simultanément dans cinq directions :

Mettre à disposition une information accessible et compréhensible par tous. C'est l'enjeu de l'objectif opérationnel N° 1

Soutenir et renforcer l'action des représentants des utilisateurs et des associations

Saisir les opportunités d'écoute des utilisateurs individuellement et au sein des espaces d'expression collective, (enquêtes de satisfaction, réclamations...) et en particulier dans les conseils représentatifs des personnes accueillies (CRPA)

Organiser des espaces de débats où peuvent se discuter les enjeux portés par les utilisateurs

Soutenir les dispositifs d'entraide et expériences innovantes de prise en main collective et participative en veillant à la place des utilisateurs dans ces dispositifs.



Résultats attendus

- > L'utilisateur ou son représentant estime que ses besoins et attentes ont été entendus
- > L'utilisateur ou son représentant estime que sa parole a été prise en considération
- > L'utilisateur ou son représentant estime avoir eu les informations nécessaires et suffisantes pour lui permettre de comprendre voire d'agir
- > L'utilisateur confirme une confiance plus forte dans le système de santé
- > L'utilisateur ou son représentant confirme une implication plus réelle et plus facile dans les rapports aux professionnels



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Promouvoir l'association des usagers en amont à la construction des projets et en aval, au suivi du déroulement et à l'évaluation des dispositifs (élaboration des CLS, contrats de ville...)

Promouvoir la représentation des usagers dans l'accompagnement à domicile et en ambulatoire

Soutenir les expériences qui développent l'entraide mutuelle pour faciliter la compréhension de la problématique d'une personne ou d'un collectif (ex. GEM)

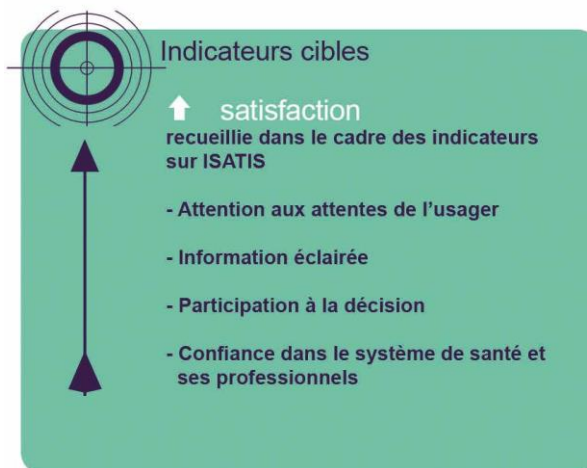
Susciter, le cas échéant, la participation d'associations agréées représentant les usagers dans les CVS

Améliorer la qualité et la sécurité du service à l'utilisateur en lien avec l'analyse des plaintes et réclamations et événements indésirables liés aux soins

Porter à la connaissance du grand public sur le site Internet, le dispositif lisible et complet de traitement des plaintes et réclamations et faire connaître aux usagers les instances auxquelles ils peuvent faire appel pour appuyer et faciliter leur expression

Développer des modèles innovants d'accueil de la parole des usagers au sein du comité régional des personnes accueillies

25



Promouvoir le développement des espaces usagers au sein des établissements de santé en articulation avec les commissions des usagers

Soutenir les dispositifs et initiatives d'expression des usagers pour le portage de leur propre parole

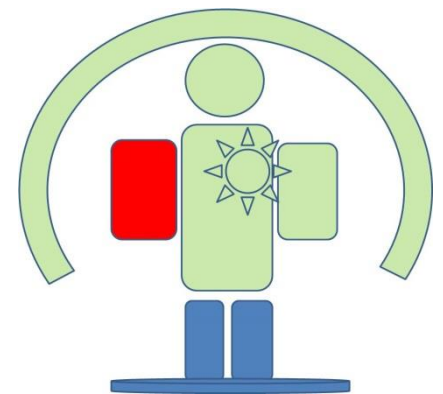
Encourager le développement d'un module de formation des professionnels de santé « L'utilisateur, un acteur à part entière de sa santé »

Faciliter le recueil des besoins/attentes et l'organisation de débats publics, de focus groupe ou expression publique sur tous les territoires

Promouvoir l'association des usagers et de leurs représentants aux projets de santé des maisons de santé pluri-professionnelles

Orientation stratégique 3
Promouvoir collectivement l'autonomie
dans une société inclusive

27





Développer des réponses de santé et d'accompagnement en soutien à la vie en milieu ordinaire



Résultat attendu

> La mise à disposition d'une offre plus diversifiée pour les personnes en perte d'autonomie, leur permettant de choisir l'accompagnement en milieu ordinaire de vie répondant à leurs attentes et à leurs besoins

Les aspirations des personnes en situation de handicap ou de dépendance se tournent de plus en plus vers l'inclusion et l'insertion dans la cité. Elles souhaitent pouvoir choisir leur projet de vie, et accéder à l'ensemble des droits que confère la citoyenneté et aux dispositifs de droit commun.

Les principales raisons évoquées sont de l'ordre du bien-être psychologique, d'une volonté de pouvoir conserver son patrimoine immobilier et de préserver aussi longtemps que possible le lien social avec son environnement familial. En effet, en permettant à ces personnes de rester à proximité de sa famille, de ses amis et voisins. Les repères sont préservés et l'autonomie renforcée.

L'offre doit évoluer pour être plus en phase avec ces aspirations.

Permettre le libre choix du projet de vie implique :

Des réponses d'accompagnement au plus près du domicile, dans une logique de proximité,

Une diversification des réponses d'accompagnement médico-social afin de pouvoir leur offrir un accompagnement personnalisé.

Une coordination des accompagnements médico-sociaux avec les accompagnements complémentaires de proximité pouvant exister (ex : portage des repas, transports...), dans une logique d'accompagnement global de la personne.

Une information éclairée des choix disponibles

Cette diversification des réponses doit être envisagée dans une logique de gradation, et selon un principe de subsidiarité (le recours aux solutions les plus proches possibles du droit commun), en tenant compte des spécificités du territoire et de sa population. Il s'agira notamment de déployer des réponses

intermédiaires innovantes et de mettre fin aux choix binaires entre le « tout établissement » et le « tout ambulatoire », de permettre des accompagnements dont l'intensité serait plus progressive et adaptable en fonction de l'évolution des besoins. Faire jouer pleinement le principe de subsidiarité c'est aussi permettre plus facilement des allers et retours, pour encourager des mises en situation en milieu ordinaire.

Le PRS 1 a partiellement répondu à ces enjeux : une priorité importante a été donnée, au développement de réponses en milieu ordinaire par l'évolution des capacités de plus de 25 % pour le secteur enfant comme pour le secteur adulte, par le développement des SSIAD, Services Polyvalents d'Aides et des Soins à Domicile (SPASAD) et de plateformes de répit pour les personnes âgées. Toutefois elle reste insuffisante pour les adultes (en situation de handicap et plus âgés), au regard des attentes de la population.

... Pour les enfants, malgré un taux d'équipement en SESSAD bien supérieur à la moyenne nationale (4 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, contre 3 au niveau national), les listes d'attente pour une entrée en SESSAD restent très importantes. Pour illustration, la demande de SESSAD pour la rentrée scolaire de 2017 en Loire Atlantique est de 380 enfants, ce qui correspond à peu près à 25 % des places de SESSAD (1 500 places).

Pour les adultes en situation de handicap, l'offre d'accompagnement en milieu ordinaire reste plus faible que la moyenne nationale. Avec une place d'accompagnement à domicile (SSIAD et SAMSAH) contre 4 places en établissement, l'offre d'accompagnement financée par l'assurance maladie en région Pays de la Loire ne permet pas d'offrir un réel choix du lieu de vie pour les personnes en situation de handicap. Leurs attentes comme celles de leurs familles ont évolué. La scolarisation en milieu ordinaire

progressive, les nouvelles générations connaissent des parcours moins institutionnels et refusent, pour beaucoup, les structures d'hébergement collectif (foyers de vie, foyers d'hébergement...), une fois adulte, revendiquant d'avoir un « chez soi ». Par ailleurs, il convient de répondre aux besoins en soins croissants des personnes en situation de handicap vieillissantes actuellement accompagnées à domicile.

Pour les personnes âgées, l'offre régionale est marquée globalement par une prédominance de l'offre institutionnelle (1 place en SSIAD pour 7,16 places d'EHPAD), avec des disparités entre territoires. Ainsi l'offre en SSIAD doit être renforcée pour offrir la possibilité aux personnes âgées dépendantes de vivre à domicile. L'EHPAD doit également renforcer ses liens avec le domicile, en proposant des activités ouvertes aux personnes à domicile, des formations communes avec les accompagnants du domicile ou encore des parcours professionnels facilités entre les deux secteurs et en proposant, sur son territoire, des prestations diversifiées (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit...).

Le développement de l'accompagnement en milieu ordinaire doit être en corollaire d'une politique volontariste de soutien aux aidants familiaux (guidance parentale, offre de répit...), d'une coordination des accompagnements (sociaux, santé) dans une logique d'accompagnement global de la personne, d'un soutien de l'entourage au sens large (ex : établissements scolaires, établissements de la Protection de l'Enfance, centres de loisirs...), d'une plus grande souplesse et d'adaptabilité des organisations pour favoriser aller et retour entre le milieu spécialisé et le milieu ordinaire, et d'une plus grande lisibilité de l'offre d'accompagnement disponible. Les limites de l'accompagnement en milieu ordinaire (économiques, liées à la qualité et sécurité de l'accompagnement, éthiques) doivent être

clairement partagées entre les acteurs institutionnels et les organismes gestionnaires.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Développer une réponse aux demandes d'admission en urgence (hébergement temporaire et permanent), notamment dans le cadre de sorties d'hospitalisation ou d'hospitalisation d'un aidant.

En faveur des personnes en situation de handicap

Proposer, pour chaque territoire de la Région des réponses inclusives, alternatives à l'établissement, par transformation de l'offre existante.

Développer l'offre d'accompagnement à la scolarisation en milieu ordinaire.

Développer l'accompagnement en milieu ordinaire pour les adultes en situation de handicap.

Développer des réponses intermédiaires entre le domicile et l'établissement (habitat inclusif ...) et promouvoir des accompagnements pour des logements de transition pour l'apprentissage de la vie en autonomie notamment pour les jeunes adultes qui ont connu un parcours en milieu ordinaire.

Conduire les établissements et services à assurer des fonctions ressources sur leur territoire, et assurer aussi des prestations en direction du droit commun.

Renforcer, développer, structurer des réponses de santé « allant vers »

Contribuer au développement des interventions HAD dans les structures d'hébergement médico-sociales.

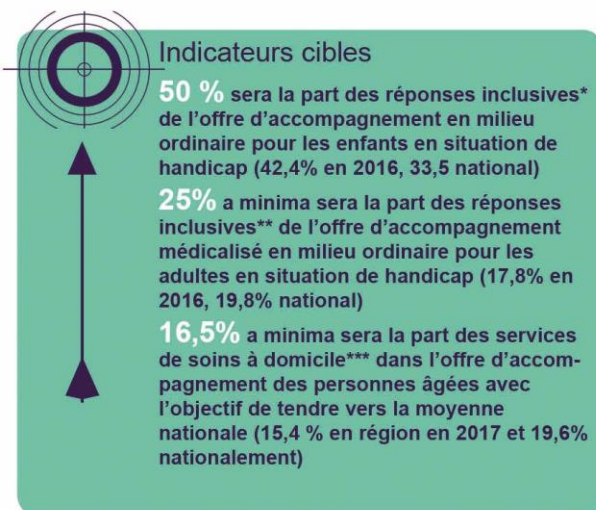
Améliorer la coordination entre SSIAD et HAD.

*Périmètre des réponses inclusives :

*Enfants : SESSAD, Unités d'enseignement (UE) externalisée, équipes mobiles, Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)

**Adultes : SAMSAH, SSIAD-PH, Accueil hors les murs (ESAT hors les murs, PCPE, Habitat inclusif, Emploi accompagné)

***Personnes âgées : SSIAD, SPASAD, AJ, HT, EHPAD hors les murs



Sensibiliser/informer nos partenaires sur les évolutions de l'offre au regard des enjeux de la société inclusive, et du principe de subsidiarité (l'institution doit rester l'exception), ainsi que sur les nouvelles modalités d'accompagnement en milieu ordinaire.

En faveur des personnes âgées

Poursuivre la diversification de l'offre d'accompagnement pour les personnes âgées sur les territoires, dans une logique de « panel » de services complémentaires.

Développer des services intégrés favorisant un accompagnement global.

Développer des réponses intermédiaires entre le domicile et l'établissement (habitat intermédiaire, EHPAD à domicile, ...).

Expérimenter des réponses mixtes favorisant les parcours (ex : résidence autonomie adossée à un EHPAD, tout en conservant l'objectif d'efficience de l'EHPAD (seuil critique de 80 places).

Engager une réflexion sur le plan régional sur les conditions de mise en œuvre et les limites du maintien à domicile (financières, sécurité, éthiques...).



ARGUMENTAIRE



Résultats attendus

- > Les aidants sont mieux informés et mieux formés
- > L'offre de répit est connue et mobilisée par les aidants
- > Le rôle de l'aidant est reconnu et pris en compte par les professionnels de l'accompagnement et du soin

Selon l'enquête Handicap-Santé 2008, 8,3 millions de personnes apportent une aide régulière (aide à la vie quotidienne, soutien financier ou matériel, soutien moral) à une ou plusieurs personnes malade(s), en situation de dépendance, de handicap ou atteinte d'une maladie chronique. Parmi elles, 33 % sont retraités, 24 % ont entre 60 et 74 ans et 10 % ont 75 ans et plus. Les aidants jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes vivant à domicile, mais cela n'est pas sans conséquence sur leur santé. Aussi, le souhait majoritaire des personnes de vivre à domicile, le vieillissement de la population et l'orientation des politiques publiques en faveur du maintien à domicile ou de réponses inclusives placent les aidants comme des acteurs indispensables de l'accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire.

Accompagner un proche est une lourde responsabilité qui peut parfois être vécue comme une charge tant au regard de la nature de l'aide et du temps consacré que des conséquences sur le bien-être physique et moral liées au ressenti physique, psychologique, émotionnel, social et financier de cette aide par l'aidant.

Ainsi, les aidants de personnes âgées vivant à domicile, et plus particulièrement celles atteintes d'une démence de type Alzheimer (source ANESM, le soutien des aidants non professionnels), déclarent que :

La maladie de la personne aidée a un retentissement sur leur propre santé morale et/ou physique dans 74 % des cas

La relation d'aide entraîne des difficultés dans la pratique de leurs loisirs dans 86 % des cas

L'accompagnement de la personne malade entraîne des difficultés dans la relation avec les amis dans 72 % des cas et dans la vie familiale dans 70 % des cas

Les aidants s'estiment angoissés pour l'avenir dans 84 % des cas

Ils se sentent dépressifs dans 40 % des cas où ils ressentent la relation d'aide comme une charge lourde, soit huit fois plus que parmi les aidants ne ressentant pas l'aide comme une charge.

L'aide est au contraire vécue positivement lorsque l'aidant en tire un bénéfice, qu'il est en mesure de valoriser son expérience et d'en éprouver de la satisfaction (complicité entre la personne aidante et celle de l'aidée, renforcement des compétences de l'aidant, sentiment de se sentir utile, ...). Par la connaissance privilégiée de la personne, de ses attentes et de ses réactions, ils peuvent être une ressource pour les professionnels, vecteur d'amélioration de l'accompagnement à condition de repérer et prendre en compte leur épuisement ou leurs propres difficultés. L'enjeu de leur reconnaissance et de leur soutien est donc essentiel pour leur permettre de continuer à jouer ce rôle dans les meilleures conditions.

De nombreux plans de santé publique mettent la question du soutien des aidants, par le droit au répit et leur accompagnement, au cœur de leur stratégie. Suite au Comité interministériel du Handicap du 2 décembre 2016, une stratégie nationale de soutien et d'accompagnement des aidants des personnes en situation de handicap a été définie accompagnée d'un plan d'actions concret. La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement reconnaît le statut de proche aidant et crée la conférence des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie qui offre un cadre à la coordination au niveau départemental de l'ensemble des actions en matière de prévention et de soutien des aidants. Le plan maladies neuro dégénératives favorise aussi l'accomplissement du rôle d'aidant.

Le PRS1 avait contribué à développer l'offre de répit sur le champ des PA (563 places d'hébergement temporaire et 663 places d'accueil de jour ont été créées), et dans une moindre mesure pour les personnes en situation de handicap (difficulté à atteindre une taille critique en respectant proximité et spécialisation des accompagnements par type de handicap). Même si l'offre de répit est bien développée dans notre région, elle reste encore trop méconnue et insuffisamment utilisée.

Il faut cependant tenir compte du fait que l'ARS n'a pas tous les leviers du maintien à domicile et de l'aide aux aidants (conseils départementaux médecine de ville, services du maintien à domicile, tissu associatif local...)

Il s'agira dans le PRS2 de lever les freins identifiés à l'utilisation des dispositifs d'aide pour les aidants (frein psychologique à se reconnaître aidants, manque d'information, méconnaissance des offres en proximité, manque de formation, crainte de ne pas être associé aux décisions des aidants professionnels...) de poursuivre le développement d'une offre de répit lisible et équilibrée sur les territoires, et d'intégrer systématiquement dans les dispositifs et offres de soutien en milieu ordinaire qui existent ou se créent une mission de soutien des aidants y compris pour les malades chroniques et les personnes en situation de handicap. Il convient pour cela de changer de paradigme car soutenir un aidant, ce n'est pas seulement « l'aider à aider » mais aussi reconnaître ses propres difficultés (santé, vie sociale, ressources), ses attentes et ses besoins.



Indicateurs cibles

- 10 plateformes d'accompagnement et de répit d'ici 2022 (7 en 2017)
- 100% des places d'hébergement ou d'accueil temporaires Personnes âgées ou en situation de handicap sont gérées dans un projet dédié conforme au référentiel régional
- 60% : taux d'occupation minimum des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour les personnes âgées
- 6 places minimum d'hébergement temporaire sur un site ou en gestion mutualisée
- 4 personnes par place et par an : taux de rotation minimum des places d'hébergement temporaire pour assurer une réponse au besoin
- 2 unités d'hébergement temporaire, une pour enfant une pour adulte en situation de handicap au moins dans chaque département
- ↑ du nombre d'aidants accompagnés par une plateforme de répit



Leviers d'action

- > Référentiels régionaux pour l'accueil temporaire élaboré en lien avec les conseils départementaux
- > Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements
- > Plan maladies neurodégénératives
- > Pôles de compétence et de prestations externalisées
- > Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Améliorer le repérage la formation et l'information des aidants

Elargir la couverture territoriale des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR)

Evaluer l'activité et le fonctionnement des plateformes de répit et d'accompagnement pour envisager leur repositionnement le cas échéant

Accompagner le déploiement de nouvelles PFR

Soutenir les PFR dans leurs missions

Renforcer et diversifier les actions d'accompagnement et de formation des aidants

Sensibiliser les acteurs clés du domicile au repérage des proches aidants en risque d'épuisement, à leurs besoins de soutien et de répit, ainsi qu'aux moyens permettant d'y répondre

Missionner les plateformes d'accompagnement et de répit pour rendre lisible et visible l'offre de répit sur les territoires

Pour les personnes en situation de handicap, élaborer un état des lieux des dispositifs et des ressources d'information, de conseil et de soutien des aidants existants sur les territoires

Développer les dispositifs de répit

Poursuivre la restructuration de l'hébergement temporaire conformément aux référentiels HT régionaux

Mettre à disposition une offre de répit mobilisable en urgence ou la nuit :

Compléter le référentiel HT PA sur les attendus de l'HT temporaire de nuit ou en urgence

Recenser les offres aujourd'hui mobilisables

Identifier des solutions de répit mobilisables dans les territoires dépourvus

Garantir une offre d'hébergement temporaire en faveur des personnes âgées répondant à sa véritable vocation

Optimiser l'utilisation de l'accueil de jour :

Renforcer le maillage territorial

Travailler sur les freins à son utilisation

Permettre aux aidants de connaître la disponibilité des offres de répit et de pouvoir réserver une place

Développer un dispositif innovant d'accueil de jour itinérant

31

Faciliter le rôle des aidants dans l'accompagnement

Prendre en compte la place et la capacité de l'aidant dans la réponse d'accompagnement proposée à la personne aidée

Faire de chaque ESMS un acteur de l'aide aux aidants

En favorisant leur montée en compétence dans ce domaine (formations, échanges de bonnes pratiques...)

En soutenant des projets innovant notamment dans le cadre des réflexions sur l'EHPAD de demain

Reconnaître le rôle et l'expertise des aidants

Soutenir les projets en faveur de la guidance parentale

Sensibiliser les autres acteurs publics sur l'attention à porter aux aidants dans tous les volets de leur environnement, notamment professionnel (DIREECTE, médecine du travail, ...)

Porter une attention particulière aux aidants des malades jeunes atteints d'une MND

ARGUMENTAIRE



Face au vieillissement à venir de la population, 10 à 20 % des personnes âgées de plus de 65 ans seraient « fragiles » et cette proportion s'élèverait à 40 % chez les plus de 80 ans (SHARE 2011), le défi du « bien vieillir » est l'un des objectifs majeurs de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et de la région Pays de la Loire. Désormais, toutes les politiques publiques doivent converger vers le « bien vieillir » à domicile en favorisant le soutien de la personne âgée à domicile et dans la Cité. S'appuyant sur les données scientifiques récentes, la loi recommande d'agir précocement sur les comportements favorables à la préservation de l'autonomie, principalement l'activité physique et sportive et l'alimentation, et d'agir sur le cadre de vie et le soutien au domicile.

Le plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie de septembre 2015 souligne qu'il est possible de limiter la perte d'autonomie ou de la retarder, en développant une prévention des maladies liées à l'âge, mais aussi une prévention des incapacités entraînées par les maladies chroniques. Cette approche doit s'accompagner d'interventions sur l'environnement des personnes âgées.

Des programmes de prévention de la perte d'autonomie principalement portés par les caisses de retraite et les mutuelles, l'ASEPT (acteur inter régimes des actions de prévention CARSAT, MSA, Mutualité Française, RSI), AGIRC ARRCO et l'IREPS sous forme de programmes complets avec différents ateliers (alimentation, activité physique, adaptation de l'habitat...) ont été développés depuis plusieurs années dans une logique de parcours (données observatoire OSCARS).



Résultat attendu

> Dans chaque EPCI, les personnes en risque de perte d'autonomie peuvent bénéficier d'actions de prévention de la perte d'autonomie en lien avec les programmes coordonnés de financement portés par les conférences des financeurs

Sur un plan plus local, des actions sont également portées par les fédérations sportives, des CCAS ou CIAS, parfois dans le cadre de contrats locaux de santé, autour également des thèmes de l'alimentation-nutrition et de l'activité physique et visent une population vulnérable, isolée. Une des difficultés identifiées de ces programmes est de réellement atteindre les publics vulnérables et/ou les territoires les plus éloignés.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement a confié aux départements le leadership en matière de développement des actions de prévention par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Cette dernière est chargée de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. L'ensemble des acteurs publics doit donc se mobiliser en faveur du grand âge en donnant un caractère prioritaire au développement de ces politiques de prévention. Il s'agit de :

Favoriser une articulation et envisager une convergence entre les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et les autres instances de gouvernance départementale afin d'assurer une meilleure coordination des actions de prévention, de leur visibilité, améliorer l'accès aux aides techniques, et amplifier leur déploiement dans le cadre des parcours des aînés.

S'appuyer sur les caisses de retraite pour la promotion du vieillissement actif, les informations et outils proposés aux retraités, les programmes d'éducation à la santé « ateliers du bien vieillir », ateliers de stimulation de la mémoire et des fonctions cognitives, ateliers d'équilibre pour la prévention des chutes, ateliers nutrition.

Associer les acteurs de proximité dans le portage d'actions pluri thématiques au plus près des usagers en assurant une convergence entre les programmes de prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement, aux maladies chroniques ou aux situations de handicap.

Toucher réellement un public vulnérable ou fragile, isolé, et pas seulement le plus motivé. L'enjeu est donc de démultiplier ces actions pour couvrir davantage de territoires, et notamment des territoires ciblés par l'observation comme étant des zones de vie de populations vulnérables, en agissant avec les partenaires locaux mairies, CCAS, CLIC, les associations d'aide et de soutien à domicile pour mobiliser les personnes fragiles.

Mobiliser les collectivités locales autour de leur politique d'aménagement et d'urbanisme pour créer des environnements favorables au « bien vieillir ».

Accompagner les dispositifs de répit et de soutien aux aidants naturels, piliers du soutien à domicile.

DECLINAISONS OPERATIONNELLES



Créer un environnement favorable au « bien vieillir »

Intégrer la dynamique des personnes âgées dans la création d'environnements favorables au « bien vieillir ».

Accès aux actions de prévention

Décliner en tout point du territoire ligérien (EPCI) des actions de prévention individuelles et collectives sur les thématiques :

- des chutes,
- de la prévention de l'isolement,
- de l'alimentation et de l'activité physique,
- l'hygiène bucco-dentaire,
- de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse (accompagnement à la gestion du médicament en lien avec l'éducation thérapeutique),
- de l'aménagement de l'habitat.

Pour les territoires peu accessibles aux opérateurs,

- Construire des actions plurithématiques.
- Construire ou accompagner les actions de soutien aux déplacements.
- Intégrer les critères d'accessibilité territoriale dans les appels à projets.

Préserver la santé physique et mentale des aidants naturels par des initiatives de prévention et de soutien

Décliner localement une politique d'appui aux aidants basée sur :

- Un repérage pour établir un état des lieux des aidants naturels,
- Le développement d'une communication spécifique à destination des aidants,
- La sensibilisation et la formation des personnels des SAAD et des SPASAD pour mieux repérer les aidants fragiles,
- L'orientation vers les plateformes de répit créées à proximité des bassins de vie.

Conforter une gouvernance départementale en lien avec la Conférence des financeurs de la perte d'autonomie.

Agir au niveau régional pour favoriser l'accès aux actions de prévention et d'appui aux aidants :

- Favoriser une culture commune entre les acteurs autour de la prévention de la perte d'autonomie et de l'appui aux aidants.
- Valider au sein des instances de concertation régionale des plans de déploiement concertés.

S'appuyer sur l'expertise des acteurs de proximité

Faire identifier par les MAIA les bonnes pratiques et les initiatives des territoires dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie pour favoriser le déploiement d'actions ayant montré leurs preuves.

Soutenir les acteurs de prévention

Accompagner les acteurs de prévention de proximité dans la définition et la conception de projets.

Faire converger les actions

Rapprocher les programmes de prévention de la perte d'autonomie et des programmes d'accompagnement des maladies chroniques.

Soutenir les professionnels de santé

Impliquer les acteurs de proximité dans la construction de programme de prévention de la perte d'autonomie.

Sensibiliser les médecins et infirmiers libéraux au repérage des aidants fragiles.

Former les professionnels médicaux et paramédicaux

Promouvoir l'intégration dans les formations des professionnels médicaux et paramédicaux des modules relatifs à la prévention.

Rendre visible les actions de prévention et de soutien aux aidants

Assurer la promotion de l'outil OSCARS en tant qu'outil principal de promotion et de connaissance des programmes de prévention de la perte d'autonomie.

Créer un baromètre de la santé des aidants au niveau régional.

ARGUMENTAIRE



Résultats attendus

- > Pour tout enfant en situation de handicap, garantir la possibilité d'une scolarisation en milieu ordinaire ou au sein d'un établissement spécialisé
- > Pour les adultes en situation de handicap, offrir la possibilité d'un accompagnement médico-social en milieu ordinaire de travail

L'accès à la scolarisation est un droit fondamental pour tous les enfants en situation de handicap quels que soient leurs besoins particuliers. Conformément à l'esprit de la loi du 11 février 2005, la scolarisation en milieu ordinaire au plus près du domicile doit être privilégiée et la continuité des parcours scolaires, assurée. Quant à l'activité professionnelle, elle demeure un moyen essentiel de participer à la vie sociale et contribue à la réalisation, à la structuration de soi et au sentiment d'utilité sociale. Tout adulte en situation de handicap, qui en a le potentiel, doit avoir la possibilité d'exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire et suivre un parcours professionnel conforme à ses aptitudes et à ses aspirations.

Au cours des 10 dernières années, le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire a doublé. L'offre a évolué afin de s'adapter à la demande et aux nouvelles aspirations de la population.

Entre 2010 et 2016, près de 500 places de SESSAD ont été créées, ce qui représente 90 % des créations de places nouvelles sur le secteur de l'enfance. En outre, l'implantation d'unités d'enseignement dans les écoles s'est développée et des réponses innovantes ou expérimentales ont été mises en œuvre localement pour soutenir des parcours de scolarisation en milieu ordinaire.

Toutefois, certains indicateurs montrent que ces efforts doivent être poursuivis.

Les besoins d'accompagnement demeurent supérieurs à l'offre disponible dans la région. Le taux de scolarisation en milieu ordinaire en Pays de la Loire est inférieur à la moyenne nationale, en dépit d'un taux d'équipement en SESSAD bien supérieur.

Les modalités et les temps de scolarisation sont très disparates d'une structure à l'autre. La scolarisation est quasi inexistante pour certains jeunes. Or il convient de toujours questionner les potentialités d'apprentissage de l'enfant et sa capacité à tirer profit d'une scolarisation en termes de communication, de socialisation.

L'articulation et le décroisement entre Education nationale et secteur médico-social doivent être améliorés tant au niveau des institutions que des projets individuels, notamment pour éviter les ruptures de parcours aux âges charnières.

S'agissant de l'accès et du maintien dans l'emploi, la construction d'un parcours professionnel cohérent, fluide, sans rupture et au plus près des souhaits et des capacités de la personne suppose un décroisement du milieu ordinaire et du milieu protégé de travail, et, à ce titre, une offre graduée.

Il faut noter une forte pression de la demande pour l'entrée en ESAT. Une part importante des jeunes en aménagement Creton ont une notification ESAT. En outre, les parcours ESAT peuvent être marqués par un certain manque de fluidité. La part des sorties représente 4,7 % des effectifs présents dans ces structures (6,1 % au niveau national), caractérisant un taux de rotation plus faible en région.

Il convient donc de développer les mises en situation professionnelle, de permettre des allers-retours entre ESAT et milieu ordinaire de travail, de promouvoir l'emploi accompagné et, plus globalement de soutenir les projets axés sur la transition et l'accompagnement vers le milieu ordinaire de travail.

La promotion de parcours de scolarisation, de formation et d'insertion professionnelle adaptés, doit reposer sur une politique partenariale forte entre notamment l'Education Nationale, l'ARS, la DIRECCTE, le service public de l'emploi, le Conseil régional et les acteurs institutionnels de la formation et de l'emploi. Le PRITH doit être le cadre privilégié de ces réflexions et actions.

Par ailleurs, la promotion d'une société inclusive en faveur des personnes en situation de handicap suppose que les établissements et services médico-sociaux soient consolidés dans leur expertise technique et mettent cette dernière au service des environnements de droit commun afin d'en favoriser la réelle capacité inclusive. Cette démarche doit devenir structurelle et non plus se limiter aux situations individuelles ponctuelles.

Indicateurs cibles

↓ du nombre d'enfants en situation de handicap non scolarisés

↑ 100% des nouvelles installations de services pour les moins de 20 ans devront être adossés à une école

5 nouvelles unités d'enseignement implanté au sein de l'école par an (par redéploiement d'unité IME)

100% des jeunes ont un projet personnalisé de scolarisation définissant un taux de scolarité minimum et une réunion d'Equipe de Suivi de Scolarisation annuelle (ESS)

100% des établissements médico-sociaux ont une convention constitutive d'unité d'enseignement avec le DASEN

100% des unités d'enseignement disposent d'un projet pédagogique formalisé annexé au projet d'établissement

100% des nouveaux services d'accompagnement médico-social de soutien à l'insertion professionnelle implantés dans les zones économiques

Indicateurs cibles

↑ du nombre de personnes en situation de handicap bénéficiant d'un emploi accompagné

↑ du nombre de jeunes en situation de handicap accompagnés scolarisés en milieu ordinaire (67% en 2016)



DECLINAISONS OPERATIONNELLES



Leviers d'action

- > Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements et services
- > Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés 2017-2020 (PRITH)
- > Partenariat avec la DIRECCTE, le Conseil régional et les départements
- > Plateaux techniques des sections d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFP)
- > Convention régionale avec le rectorat et son programme d'action conjoint

Accès à la scolarisation

Poursuivre et renforcer le travail de partenariat avec l'Education Nationale et les MDPH (niveau institutionnel) pour créer les conditions d'une meilleure articulation entre école & éducation spéciale

Développer l'offre d'accompagnement à la scolarisation en milieu ordinaire

Poursuivre le maillage territorial de l'offre en SESSAD en lien avec le réseau des ULIS afin de garantir une accessibilité, une complémentarité de l'offre de proximité et permettre une meilleure coopération entre les acteurs de terrain.

Poursuivre le déploiement de classes externalisées d'établissements médico-sociaux pour enfant dans les écoles

S'assurer que tout enfant ou adolescent accueilli dans un établissement bénéficie d'un temps de scolarisation suffisant au regard de son potentiel, et une évaluation régulière de ses acquis.

Parcours de formation et d'insertion professionnelle

Soutenir l'apprentissage et la formation préprofessionnelle, l'accès à l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle par des accompagnements médico-sociaux adaptés, notamment par la création de dispositifs passerelles pour les 16-25 ans.

Développer l'accompagnement à la vie professionnelle en milieu ordinaire notamment par l'emploi accompagné.

Evaluer le service rendu par l'offre CRP/CPO en région et renforcer la politique de réadaptation professionnelle

Faire évoluer les ESAT vers le développement d'unité hors les murs, des accompagnements de transition, et des parcours partagés ESAT/emploi en milieu ordinaire

Dynamiser les parcours des travailleurs d'ESAT.

Favoriser l'implantation des ESAT dans le tissu économique

ARGUMENTAIRE



Résultat attendu

> Améliorer l'accès aux services de droit commun par un accueil et des accompagnements adaptés aux situations de fragilités sociales par département

Les personnes socialement fragiles, souvent à faibles revenus et isolées, sont à hauts risques de précarité. L'accès aux soins ou le maintien dans le soin peuvent être, pour elles, une difficulté supplémentaire et, donc, devenir un frein pour se soigner, au risque d'amplifier la problématique de santé initiale.

La fragilité sociale peut toucher toute personne pour des raisons physiques (âge, handicap, pathologie, difficultés de compréhension,...), de protection sociale (certaines catégories de travailleurs indépendants, employés agricoles, emplois précaires, étudiants pauvres, ou personne avec un statut administratif spécifique) ou de situation familiale (aidant familial, famille monoparentale, ...).

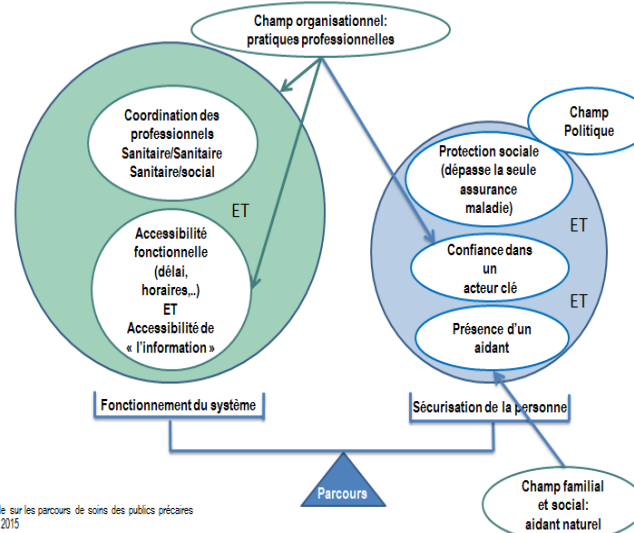
L'étude de la DGOS en mai 2015 (sur les parcours de soins des personnes précaires) cite le positionnement du Haut Conseil en Santé Publique qui définit les situations de précarisation comme des trajectoires de vie, éventuellement transitoires et réversibles, faits d'accumulation de facteurs de fragilisation susceptibles de plonger une personne dans une situation de pauvreté effective avec un enchaînement d'événements et d'expérience qui débouchent sur des situations de fragilisation économique.

Au-delà de ces définitions, le problème majeur que rencontre une personne en situation de fragilité sociale est le non recours aux soins : sa situation de vie (isolement social et familial, insolvabilité, perte de droits, absence de complémentaire santé...) ne lui permet pas de recourir à un système de santé, pas toujours compréhensible, accessible, adapté ou même préparé.

L'objectif est de faciliter le recours et le maintien dans le soin par un système de santé en capacité d'« aller vers » et en capacité de « faire venir » toute personne en besoin de soins et d'accompagnement, quelles que soient ses difficultés.

A ce titre, l'étude de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) analyse 92 parcours de soins de publics en fragilité sociale (concernant des personnes hospitalisées en courts séjours, porteuses de maladies chroniques, ou des femmes enceintes hospitalisées pour leur accouchement) et présente des facteurs clés nécessaires pour faciliter le recours aux soins.

Principales composantes de la réussite des parcours de soins des publics (précaires ou non) et leurs champs d'appartenance



Etude sur les parcours de soins des publics précaires
Mai 2015
DGOS-RM/EFFECT/ITINERE Conseil

Figure 1 Les facteurs clés de réussite des parcours – (Etude sur les parcours de soins des publics précaires – DGOS/cabinet Itinere Mai 2015)

La prise en charge des personnes en fragilité sociale nécessite une prise en charge globale intégrant soins et

accompagnement liée à la diversité et à la complexité de la situation de la personne (précarité, isolement, endettement, logement...).

Mais, cette intégration ne va pas de soi et pour répondre à ces situations, des dispositifs médico-sociaux et sanitaires dédiés ont été créés (PASS, EMPP, LHSS, ACT, LAM) en tant que dispositifs passerelles vers le droit commun. Il conviendrait de les conforter tout en reconnaissant que de tels dispositifs, dans certaines situations, peuvent être eux-mêmes facteurs d'exclusion supplémentaire par leur caractère potentiellement stigmatisant.

L'existence d'une **couverture assurantielle complète** (intégrant l'assurance complémentaire de santé voire la notion de prévoyance pour les travailleurs indépendants)

L'existence d'un **lien de confiance privilégié** avec un acteur clé du système de santé (souvent le médecin généraliste mais aussi un professionnel au sein du service ou de l'établissement)

La présence d'**aidants naturels dans le champ familial ou social** qui neutralise les difficultés liées à l'éloignement géographique et/ou l'absence de mobilité du médecin traitant, et qui compense la difficulté des démarches à réaliser Et enfin, une **accessibilité fonctionnelle du système de santé** facilitant la gestion des rendez-vous, les horaires des consultations, l'organisation de certaines prises en charge spécifiques (chimiothérapie, rééducation, éducation thérapeutique) mais aussi la compréhension de la maladie et des soins par le patient.

Encadré 3 : Facteurs clés nécessaires pour faciliter le recours et le maintien dans le soin (Etude sur les parcours de soins des publics précaires – DGOS/cabinet Itinere Mai 2015)

Le développement de dispositifs mobiles pluri professionnels tout comme l'intégration des questions de précarité dans les équipes mobiles spécifiques existantes : SSIAD, SESSAD, SAVS, SAMSAH, équipes mobiles de soins psychiatriques et de soins palliatifs,...) sont les premiers leviers pour apporter une réponse adaptée à la multiplicité des situations des personnes sur leur lieu de vie. C'est aussi un levier pour organiser une sortie d'hospitalisation et un maintien dans le soin en lien avec les professionnels libéraux en proximité, les professionnels sociaux et l'établissement de santé de recours.

Cependant « aller vers » les personnes concernées ne se réduit pas à un simple déplacement géographique vers la personne d'un dispositif ou d'une équipe mobile. C'est une posture relationnelle empathique qui va vers la personne accompagnée en tenant compte de sa situation, de son lieu de vie, de son rapport au temps particulier, de sa difficulté à utiliser le système de soins, de son isolement social ou familial et de ses difficultés économiques. Elle doit également tenir compte de priorités et de stratégies individuelles propres à la situation de précarité.

Il est essentiel d'amener parallèlement l'offre de santé de droit commun, à s'adapter aux spécificités socio-économiques des populations les plus éloignées de la santé (qui intègre aussi la prévention), par les actions suivantes :

En renforçant le repérage des fragilités sociales, notamment la dimension économique (insolvabilité, faibles revenus, absence de couverture complémentaire,...) et le mal-logement (habitat indigne, inadapté), en lien avec les régimes de protection sociale, pour y apporter des réponses

En développant une offre de dispositifs territoriaux pluri professionnels et mobiles pour le soutien des parcours de santé et en appui des professionnels libéraux, médico-sociaux, sociaux et de la prévention

En soutenant les professionnels de santé dans leur capacité à orienter et à accompagner efficacement dans les soins en proximité,

En soutenant les dispositifs et les établissements de droit commun, tout statut confondu, à améliorer l'accessibilité fonctionnelle de leurs services et consultations pour permettre aux populations les plus éloignées du système de santé à y avoir recours,

En améliorant l'accès à la santé bucco-dentaire (prévention, dépistage, accès aux soins courants),

En intégrant la parole et l'expertise de l'usager dans les projets et évaluations concernant l'accessibilité aux soins, l'identification des problématiques, l'élaboration des projets et des évaluations concernant l'accessibilité aux soins et l'accessibilité à l'information (écrite, imagée ou orale).



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Renforcer le repérage des problématiques socio-économiques et de mal-logement, en particulier des situations de logement indigne, des patients et des personnes accompagnées en consultations ou en service de santé et adapter leur prise en charge.

Soutenir la logique « d'un logement d'abord » par des accompagnements en santé pour favoriser l'inclusion sociale et le parcours de vie

Soutenir les professionnels de santé primaire dans leur rôle d'orientation et d'accompagnement en intégrant les questions précarité dans leurs projets et leurs dispositifs territoriaux d'appui

Conforter par département le dispositif mobile pluri professionnel soutenant le parcours de santé des personnes et en appui des professionnels (libéraux, médico-sociaux et sociaux, et de la prévention)

Intégrer et accompagner la prise en compte de la précarité dans les missions des équipes de soins à domicile (SSIAD, SESSAD, SAMSAH, « réseau natalité », équipes mobiles soins palliatifs et de gériatrie)

Lutter contre la fracture numérique : Accessibilité téléphonique pour la prise de rendez-vous, envoi de courrier non numérisé et mise à disposition de dossier sur support papier unique (IDE parcours ou IDE de coordination ou cellule d'ordonnancement) pour mieux accompagner les patients tout au long de leur parcours de santé au sein de l'hôpital

Adapter l'organisation des consultations aux contraintes des personnes (horaires élargis certains jours, plages de consultations non programmées, rappel des rendez-vous par sms, places en garderie de l'établissement pour les enfants,...)

Associer les usagers à l'élaboration d'outils de communication adaptés (vidéos et plaquettes d'information, carnet de santé, outils de traduction,...)



Améliorer le parcours de santé des personnes vivant avec un handicap psychique ou avec un trouble psychique



Résultats attendus

- > Une organisation des soins permettant des diagnostics et des soins psychiatriques précoces en développant l'aller vers
- > Des réponses organisées pour la prévention et la gestion des situations de crises en psychiatrie dont la prévention du suicide, notamment en ambulatoire
- > Des organisations qui assurent la continuité et la fluidité des parcours des personnes en situation de handicap psychique

L'amélioration du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques ou vivant avec un handicap psychique est un enjeu prioritaire. De plus en plus sollicités, en particulier dans le champ de l'enfance, les acteurs de la psychiatrie doivent aussi répondre à de fortes attentes pour améliorer la réponse aux situations de crise, l'accès au diagnostic et à des soins les plus précoces possibles, assurer une continuité sans faille des soins au long cours. Par ailleurs, le champ de la santé mentale connaît une évolution majeure en faveur de la promotion des capacités des personnes et du maintien de leur engagement dans une vie sociale et active comprenant une plus grande implication dans leur projet de soins et de vie. Cet enjeu entraîne une profonde mutation du champ d'intervention des acteurs de la santé mentale qu'il s'agit d'accompagner : à la fois par des modalités d'organisation des accompagnements et des services en développant l'ambulatoire et en s'appuyant sur des partenariats entre les champs sanitaire, social et médico-social. Il s'agit également de renforcer l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées ayant démontré leur efficacité et prenant en compte l'ensemble des déterminants du handicap psychique. Enfin, il importe d'accompagner la mise en place d'une coordination étroite avec les acteurs de la santé mentale pour assurer la continuité et la coordination de l'intervention socio-sanitaire.

Malgré des avancées notables sur certains territoires avec la mise en place d'équipes mobiles, y compris pour des soins intensifs, un travail sur l'organisation des CMP pour une amélioration des délais de réponse, une meilleure information des professionnels, la mise en place de consultations avancées en MSP, l'émergence de la télé-psychiatrie, l'accès aux soins reste difficile et inégal selon les territoires. En effet, l'accès à des professionnels de la psychiatrie, notamment pour un avis spécialisé de psychiatre est jugé difficile par la majorité des acteurs, en premier lieu par le médecin généraliste. Plusieurs causes ont été identifiées pouvant contribuer à ces difficultés d'accès aux soins. Il faut noter une connaissance insuffisante

de la part du public et des professionnels du premier recours de l'organisation des soins parfois peu lisible, corrélée à un manque d'échanges entre professionnels (du premier recours et de la psychiatrie). De la même façon, une formation et une sensibilisation insuffisantes des acteurs du premiers recours par rapport au repérage des premiers signes émergents. Enfin, une intégration difficile de l'offre de ville spécialisée dans le parcours de soins, une hétérogénéité de la structuration de l'offre selon les territoires et parfois au sein même du même territoire de santé, des écarts de densité de professionnels.

L'accès aux soins psychiatriques est plus difficile pour certaines populations vulnérables, éloignées du soin : personnes en situation de précarité, enfants et adolescents, personnes âgées, personnes isolées et/ou éloignées, détenus et personnes sortant d'incarcération, personnes en situation de handicap, migrants..

La prise en compte de l'état de santé somatique des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est insuffisante alors que la prévalence des pathologies somatiques y est élevée. Le taux de mortalité est plus important que dans la population générale, avec une espérance de vie diminuée.

Peu structurée, peu lisible et partielle, avec une pluralité d'intervenants, l'organisation des appels et de la gestion des crises et des urgences en psychiatrie est peu connue des usagers, des aidants et des professionnels, à l'exception notable d'un territoire de la région. Des dysfonctionnements et des limites de la gestion des urgences psychiatriques sont globalement identifiés : organisation et fonctionnement des services d'urgences mal adaptés, difficultés d'accès à une hospitalisation en milieu psychiatrique, permanence des soins en psychiatrie insuffisamment structurée, et insuffisance dans les dispositifs de réponse et d'interventions rapides y compris au domicile.

Des difficultés de coordination des acteurs entre le secteur psychiatrique et les secteurs médico-social et social sont à

souligner pour l'organisation des interventions précoces et concomitantes des personnes en risque ou en situation de handicap psychiques en ambulatoire.

Dans l'objectif de promouvoir les capacités de la personne en vue de l'insertion ou du maintien dans la cité et son implication dans l'élaboration de son projet de soin et de vie, les modalités et les techniques de prise en charge diversifiées, doivent concerner toutes les personnes en risque ou en situation de handicap psychique (y compris pour l'entourage qui doit être soutenu). En ce sens, les techniques de réhabilitation psychosociale commencent à se développer dans la région. Cela nécessite des processus et des outils partagés par les différents acteurs en lien avec la MDPH pour l'évaluation du handicap psychique. La question de l'accès et du maintien dans le logement est centrale.

L'offre médico-sociale dédiée aux personnes avec handicap psychique est lacunaire. L'organisation et le fonctionnement de l'offre non dédiée et majoritairement orientée pour l'accueil des personnes en situation de handicap mental, doivent s'adapter aux spécificités du handicap psychique (manque de souplesse, de fluidité). D'autre part, les demandes d'accompagnement médico-social demeurent importantes, avec une pression importante à l'entrée des ESMS particulièrement au passage à l'âge adulte et pour les situations liées au vieillissement.

La prévention, la promotion de la santé mentale, la lutte contre la stigmatisation des troubles et du handicap d'origine psychique doivent être poursuivies de même que la lutte contre le suicide dont les indicateurs régionaux demeurent encore défavorables.

Dans une approche globale et transversale, la santé mentale concerne plusieurs domaines d'intervention : la prévention, les soins, l'accompagnement, la participation à la vie sociale et aux instances de concertation : CLSM, CLS, CTS, commission des politiques publiques.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Indicateurs cibles

1 dispositif
au moins par département en
capacité de répondre aux
situations de crise en ambulatoire

1 projet territorial de santé
mentale par département

↓ du nombre de personnes
hospitalisées au long cours en
service de psychiatrie et qui
devraient bénéficier d'un
accompagnement médicosocial
ou social adapté

↓ du taux de suicide
des jeunes et des personnes
âgées

Leviers d'action



> **Projet territorial de
santé mentale**

> **Expérimentation de
financement innovant
au parcours ou à
l'épisode de santé**

> **Programme de
renforcement des
compétences
psychosociales avec
le rectorat**

Lutte contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale et Prévention du suicide et des conduites suicidaires

Soutien à la mise en place d'actions d'information et de sensibilisation en direction de la population générale et de publics ciblés notamment vulnérables

Actions d'information, de sensibilisation pour des publics ciblés (élus, enseignants, policiers, etc...)

Montée en compétence des professionnels des médias (programme papageno) et des institutions (sensibilisation psychom)

Inclusion de la promotion de la santé mentale dans le parcours éducatif de santé et dans le secteur du travail

Formation des professionnels de recours, à l'intervention de crise suicidaire et des sentinelles, au repérage des personnes en souffrance

Harmonisation et mise en cohérence de l'offre d'écoute psychologique

Mise en place d'une stratégie de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide, en post hospitalisation

Améliorer l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

Améliorer le repérage :

Sensibilisation des acteurs aux principaux signes d'alerte

Développement du partenariat avec les professionnels de santé non spécialistes, les équipes sociales et équipes médico-sociale et le secteur psychiatrique, visant à créer des espaces d'échanges et de dialogue,

Facilitation de l'interconnaissance

Améliorer le partenariat entre les médecins généralistes et le secteur psychiatrique

Accès à un numéro d'appel identifié par les MG.

Dispositif formalisé de soins partagés

Faciliter l'accès aux diagnostics et aux soins par une meilleure organisation des secteurs :

Identification d'une fonction accueil et évaluation,

Capacité des équipes pour aller au-devant des personnes (« aller vers »)

Développement de la télémédecine

Organiser la réponse par la prévention et la gestion des situations de crise

Organisation de la permanence des soins en lien avec la régulation médicale du SAMU centre 15, les services d'Urgence

Mobilisation des équipes de psychiatrie sur les lieux de vie

Accompagner les professionnels vers de nouvelles pratiques, de nouveaux outils, de nouvelles organisations validés.

Améliorer le parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles sévères et persistants en situation ou à risque de handicap psychique en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale

Mieux reconnaître et évaluer le handicap psychique : construire, en lien avec la MDPH et le CREHPSY, les outils et processus d'une évaluation partagée du handicap psychique

Favoriser l'intégration des acteurs de la psychiatrie dans des dispositifs d'appui à la coordination

Structurer l'offre de réhabilitation psycho-sociale pour permettre l'accès aux soins de réhabilitation au niveau de chaque territoire de santé

Organiser les conditions permettant la coordination des acteurs, la continuité des soins, y compris sur un mode intensif en ambulatoire dans le cadre d'un parcours global, coordonné

Organiser le maintien dans le logement ou l'accès au logement par le développement de logements d'évaluation ou de transition, autres projets d'habitat, type 'un chez soi d'abord', et le renforcement des services d'aide et de soins à domicile.

Développer les dispositifs d'emploi accompagné pour les personnes avec handicap psychique

Faire évoluer l'offre en ESAT pour l'accompagnement vers l'emploi en milieu ordinaire : ESAT de transition

Développer les appartements de coordination thérapeutique pour des personnes en risque ou en situation de handicap psychique

Réduire les situations d'inadéquations dans les établissements de santé

Favoriser l'accueil en EHPAD des personnes vieillissantes ou âgées présentant des troubles psychiatriques ou un handicap psychique :

Formations, activité de liaison, unité « de transition »

Renforcer le pouvoir de décider et d'agir des personnes et promouvoir leur implication et celle de leurs proches

Promotion de la co-construction avec la personne de son projet de soins et de vie

Développer les modalités de soutien par les pairs

Faire connaître l'UNAFAM et les groupes de parole

Développer les GEM

Former des médiateurs santé pairs en santé mentale

Former et soutenir les aidants

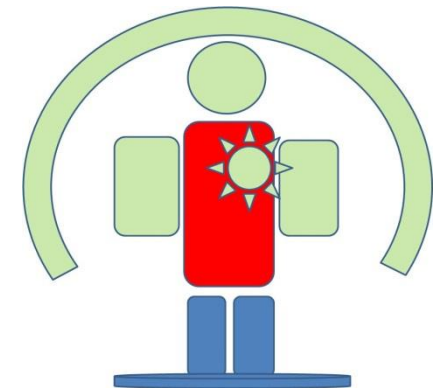
Accès à des programmes de psycho-éducation et renforcement des compétences psycho-sociales

Structuration une offre de répit adaptée

Initier des réponses innovantes d'accompagnement.

Orientation stratégique 4
Accéder aux soins et aux accompagnements utiles
et adaptés au bon moment et au bon endroit

41



ARGUMENTAIRE



Un accès facilité aux dépistages et un diagnostic précoce contribuent à la réduction des inégalités sociales et de la perte de chance. Ils peuvent réduire les coûts et permettent au patient d'être un acteur de son parcours, en lien avec son médecin traitant. En effet, pour un certain nombre de maladies ou de handicaps, il est démontré que le dépistage permet une prise en charge plus précoce, plus efficace et moins invasive. Il est également démontré qu'une fois dépistés, les conditions de l'annonce de la maladie ou du handicap et de ses conséquences ont un impact positif sur la participation et le pouvoir d'agir de la personne et sur la qualité de la prise en charge ultérieure. Enfin, le gradient social du recours au dépistage est aujourd'hui bien documenté.

De nombreuses personnes de tous âges, pendant la période prénatale, la petite enfance, les adultes présentant une maladie chronique, les personnes âgées et en situation de handicap, sont concernées par les dispositifs de dépistage et d'annonce en Pays de la Loire. Or les obstacles restent nombreux : difficultés liées à la démographie médicale et difficultés d'accès aux plateaux techniques, situation d'isolement géographique, freins liés à des aspects culturels et difficultés pour le médecin traitant à jouer son rôle de référent de parcours du patient, pourtant essentiel.

Une part importante du dépistage des cancers repose sur le dépistage organisé. Il concerne le cancer du sein et le cancer colorectal. A ce jour, le Maine et Loire expérimente le dépistage du cancer du col de l'utérus. Son extension à la région est en cours. Ces stratégies de dépistage organisé, validées, sont à poursuivre. Elles exigent cependant des efforts pour les rendre plus accessibles aux personnes les plus fragiles. En effet, il est aujourd'hui démontré que l'accès au dépistage révèle également un gradient social : il touche proportionnellement

moins les personnes les plus défavorisées, les plus vulnérables. Ce recours inégal au dépistage contribue aux inégalités sociales de santé. L'opportunité manquée de dépistage et le retard au diagnostic qui s'ensuivent, représentent une perte de chance, particulièrement problématique dans un certain nombre de situations

Le 3ème plan autisme met fortement l'accent sur l'intervention précoce et propose une structuration en trois niveaux de diagnostic complétés par un réseau d'interventions précoces personnalisées, adaptées aux besoins de l'enfant et de ses parents.

Enfin, il a été montré pour de nombreuses pathologies chroniques que le temps et les modalités de l'annonce d'une maladie grave ou chronique ou d'une situation de handicap sont majeurs. La structuration de l'information communiquée et surtout son appropriation est déterminante pour la suite du parcours de santé tant en terme d'efficacité des interventions que de qualité de vie pour la personne. Des expérimentations limitées à quelques situations ont été réalisées dans le premier PRS. Elles ont concerné la Sclérose en plaque, la maladie de Parkinson, l'Insuffisance Rénale Chronique. La question de leur extension à d'autres situations ou de leur généralisation sur le territoire se pose.

En s'appuyant sur l'évaluation des initiatives conduites régionalement, il s'agira :

d'améliorer l'efficacité des structures régionales de dépistage organisé.

d'améliorer la lisibilité de l'offre, de mieux identifier les ressources (par exemple en s'appuyant sur le Répertoire Opérationnel des Ressources) et de poursuivre leur maillage territorial pour faciliter l'accès ou l'avis spécialisé.



Résultats attendus

- > Les médecins traitants sont mieux impliqués dans le dispositif d'annonce
- > Les bons résultats du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal dans la région sont maintenus et Le dépistage du cancer du col de l'utérus est étendu aux 5 départements de la région
- > Les délais d'accès au diagnostic et à la prise en charge sont réduits pour les personnes souffrant de troubles du spectre autistique

D'améliorer les conditions du parcours précoce des troubles du spectre de l'autisme.

de développer la qualité de l'annonce en s'appuyant sur l'évaluation des expérimentations menées en région, en analysant les conditions de leur passage à échelle, en renforçant la formation à la pratique de l'annonce et en précisant le rôle du médecin traitant et sa place dans le dispositif.

de faire évoluer les formations et développer les formations spécifiques concernant la mise en place et la pratique du dispositif d'annonce et faisant référence aux bonnes pratiques.

25 000 personnes sont touchées par des démences de type Alzheimer, 10200 personnes par la maladie de parkinson, 4300 par la sclérose en plaques (source : Assurance maladie SNIRAM 2013)

36 000 personnes sont en région concernées par le cancer, soit 4 % des ligériens ; le cancer étant la première cause de mortalité tout âge confondu.

La région des Pays de la Loire se situe au 3ème rang national pour le dépistage du cancer du côlon avec un taux régional de 37,4 % et à la première place nationale pour le cancer du sein avec un taux de 62.7 %.

Cependant les RDV d'examen, en particulier d'imagerie sont encore trop souvent au-delà de 20 jours pour la phase diagnostic, allongeant d'autant les délais de prise en charge



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Inscrire les enjeux du diagnostic précoce et du dépistage dans les projets de territoire des communautés professionnelles de territoire (CPTS).

Mobiliser les équipes territoriales, développer les consultations avancées et s'appuyer sur une organisation graduée pour favoriser le dépistage, le diagnostic précoce et l'annonce d'une maladie grave ou invalidante.

Poursuivre le développement des dispositifs d'annonce pour les maladies chroniques pour couvrir la région (Maladie inflammatoire chronique de l'intestin, Insuffisance Rénale Chronique, Sclérose en plaque,...).

Déployer l'expérimentation concernant l'Insuffisance Rénale Chronique dans la région et renforcer le lien Médecin traitant/Néphrologue pour prévenir la dégradation de la fonction rénale et anticiper le choix des modalités de suppléance en favorisant l'autonomie du patient.

Améliorer le dépistage des troubles neuro-développementaux, incluant les troubles du spectre de l'autisme, dès l'âge de 18 mois et l'orientation des enfants et de leurs parents vers les structures de diagnostic.

Structurer l'annonce des troubles neuro-développementaux, incluant les troubles du spectre de l'autisme, à toutes les étapes du parcours.


Favoriser un diagnostic de qualité des maladies d'Alzheimer et apparentées, en améliorant l'accès aux consultations mémoire.

Favoriser un diagnostic de qualité des maladies neurodégénératives et éviter les situations d'errance en étendant le dispositif d'annonce, en formant les médecins libéraux.

Améliorer le repérage, le diagnostic et la prise en charge des troubles des apprentissages.


Diminuer le délai de rendez-vous d'imagerie à moins de 20 jours selon les orientations du plan cancer.

Indicateurs cibles



- 5 départements bénéficient du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
- 45% des ligériens de 50-74 ans ont bénéficié du dépistage organisé du cancer colo-rectal en 2022
- 65% des femmes de 60-74 ans ont bénéficié du dépistage organisé du cancer du sein
- ↑ du nombre des insuffisants rénaux en dialyse hors centre : à domicile, en auto dialyse, en dialyse péritonéale
- ↑ du nombre de personnes bénéficiant de greffe rénale avec donneur vivant
- ↑ du nombre de sites proposant un dispositif organisé d'annonce d'une maladie grave ou chronique et associant le médecin traitant
- ↑ du nombre de diagnostics de troubles du spectre de l'autisme avant 24 mois par les équipes pluridisciplinaires de diagnostic des CMP et CAMSP
- ↓ du délai de consultation au CAMPS
- ↓ du nombre de malades 'insuffisants rénaux chroniques' entrant en dialyse en urgence
- ↓ du délai d'attente pour une consultation mémoire (6 semaines à 9 selon les centres en 2017)
- < 20 jours de délai d'attente pour un rendez-vous d'imagerie pour le diagnostic d'un cancer

Leviers d'action



- > Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements et services
- > Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les structures régionales de dépistage organisé
- > Structure régionale d'appui et d'expertise dans le domaine du cancer
- > Plan maladies neurodégénératives
- > Plan autisme
- > Expérimentation parcours pour les personnes en insuffisance rénale chronique
- > Centres de ressources autisme des Pays de la Loire
- > Equipes pluridisciplinaires de diagnostic des CMP et des CAMSP
- > CPOM URPS Médecins Libéraux Pédiatres
- > Partenariat MDA-MDPH

Régionaliser les trois dépistages des cancers (sein, colon, utérus).

Etendre le dépistage du cancer du col de l'utérus aux 5 départements de la région.

Améliorer le dispositif d'annonce en cancérologie et impliquer le médecin traitant en lui proposant des formations, en particulier par des approches pédagogiques innovantes de simulation.

ARGUMENTAIRE



Résultat attendu

> Réduire le nombre de bassins de vie identifiés comme fragiles

La faible densité de médecins généralistes et d'autres professionnels de santé, notamment infirmiers, fragilise l'accès aux soins de premier recours. La dynamique régionale positive observée ces dix dernières années au niveau médical (+1,3 % - alors que dans le même temps nous observons une baisse de 8.4 % au niveau national) ne doit pas nous masquer l'absolue nécessité de travailler à la réduction des inégalités et à un meilleur accès aux soins pour tous. Au moins 10 % de la population régionale n'accède qu'à 2,5 consultations de médecin généraliste par an, alors que la moyenne nationale se situe à 4 (indicateur APL : Accessibilité Potentielle Localisée qui reflète la disponibilité des professionnels).

Les zones urbaines sont également concernées par les difficultés démographiques alors qu'elles n'avaient été que peu prises en compte jusqu'ici dans les dispositifs d'attractivité mis en place. Trois agglomérations de la région sont particulièrement touchées (Laval, Saumur et le Mans).

En conséquence, de plus en plus d'usagers interpellent l'ARS, les ordres et l'assurance maladie, les collectivités locales au sujet de leurs difficultés à accéder à un médecin traitant ou à d'autres professionnels (kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes...) sans que des réponses satisfaisantes puissent être apportées.

La liberté d'installation des professionnels de santé en France est un élément essentiel de l'organisation de notre système de santé, inscrit dans le Code de la sécurité sociale afin de garantir le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle. Cependant, des restrictions au principe de libre installation ont été progressivement mises en place pour certaines professions dans les zones caractérisées par une offre importante (ex : sages-femmes, infirmiers, orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent s'installer dans ces zones qu'en remplacement d'un autre professionnel).

Par ailleurs, ces dernières années l'évolution des aspirations des jeunes professionnels a pu être pleinement observée. Il en ressort que ces derniers, comme le reste de la population, souhaitent s'installer dans un territoire qui offre un cadre de vie attractif et contribuent par leur présence, à l'attractivité du territoire. Ils aspirent à un exercice collectif, si possible pluri-professionnel, qui leur garantisse un équilibre entre leur vie familiale et leur vie professionnelle et qui offre des parcours professionnels diversifiés. Le bilan des différents dispositifs d'aide à l'installation mis en place démontrent que le levier financier n'est pas suffisant pour emporter une décision d'installation.

Aujourd'hui, les conditions d'exercice professionnel sont appelées à s'adapter aux conséquences du vieillissement de la population, à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et au développement de l'ambulatoire (sorties plus rapides de l'hôpital). Pour y faire face, le système de santé doit améliorer l'organisation des soins de santé primaires, maintenant plus que jamais⁴. En effet, les professionnels du premier recours sont les interlocuteurs premiers des patients au sein du système de santé et le médecin traitant, en particulier, doit pouvoir jouer son rôle devenu crucial de coordonnateur du parcours de santé. Si ce maillon est manquant, le risque de retard dans l'accès aux soins, voire de renoncement aux soins, ainsi que le déport vers les structures d'urgence s'accroît, les inégalités d'accès au système de santé s'accroissent et c'est préjudiciable tant pour le patient que pour le système de santé. C'est d'autant plus nécessaire que les parcours de santé sont devenus plus complexes en raison de la nature des problèmes de santé, de leur multiplication l'âge avançant et de l'évolution continue des ressources technologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Dans ce contexte, l'ARS Pays de la Loire a fortement développé le modèle des structures d'exercice coordonné en région, en partenariat étroit avec les principaux acteurs régionaux (URPS, APMSL, assurance maladie, conseil régional, collectivités territoriales), pour répondre à la fois aux aspirations des professionnels et améliorer les réponses apportées aux patients. Cependant, aujourd'hui, il est constaté que les maisons de santé pluri-professionnelles labellisées n'ont pas toutes avancé au même rythme dans la mise en œuvre de leur projet de santé et doivent donc continuer à être accompagnées pour progresser en maturité. D'autres dispositifs ont été déployés afin de rompre l'isolement des professionnels et d'améliorer les pratiques, c'est le cas notamment des groupes qualité APIMED. Enfin, une attention particulière doit être portée à la structuration de l'offre de biologie afin de maintenir pour les patients un accès en proximité.

Au-delà de l'exercice en jour ouvré, l'organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), qui est une organisation exemplaire reconnue au niveau national, présente néanmoins des signes d'essoufflement dans la région du fait du manque de volontaires, du vieillissement des professionnels les plus impliqués et de la pression de plus en plus importante que fait reposer sur la PDSA le report des demandes de soins qui n'ont pu être satisfaites en journée ou le samedi matin.

Pour améliorer l'accès des patients aux soins de proximité, il convient donc d'élaborer une stratégie d'accompagnement de la transformation de l'exercice de soins de proximité qui agit simultanément sur l'adaptation de l'organisation ses soins et sur l'attractivité des conditions d'exercice pour les jeunes professionnels et sur le maintien sur le territoire des professionnels déjà installés. Une série d'objectifs opérationnels y contribue également pour améliorer l'accès

⁴ C'est en effet le titre du rapport OMS 2008 sur la santé dans le monde : « soins de santé primaires maintenant plus que jamais »

aux soins non programmés, les conditions de l'exercice regroupé pluri professionnel, l'intégration et la coordination des acteurs et la coopération entre professionnels de soin. Le présent objectif opérationnel vise principalement à améliorer la répartition des professionnels sur le territoire.

Il convient d'agir à la fois en période de continuité des soins (heures ouvrées des cabinets) et en période de PDSA : nuits, week-end et jours fériés.

Continuité des soins :

accompagner et faciliter les installations des professionnels, en priorité dans les zones définies comme fragiles en s'appuyant sur les mesures du plan pour l'accès territorial aux soins et sur les initiatives des professionnels de santé libéraux. La réussite passe par une action co-portée par les professionnels, les institutionnels (ARS, assurance maladie, ordres, URPS, ...) et les collectivités locales.

garantir un maillage territorial de l'offre de biologie

PDSA :

anticiper le renouvellement générationnel des professionnels investis et impliquer plus de médecins dans la réalisation des gardes.

La gouvernance actuellement mise en place pour les soins de premier recours devra être confortée et étendue aux autres dispositifs émergents afin de garantir la cohérence des actions. Ainsi les CATS (Comité d'Accompagnement Territoriaux des Soins de premier recours) qui réunissent les différentes URPS, les ordres professionnels (médecins, chirurgiens-dentistes, ...), l'ordre des médecins, l'assurance maladie, les collectivités territoriales, l'APMSL et l'ARS au niveau de chaque département devront porter le pilotage de l'ensemble des soins de proximité, du diagnostic partagé au suivi des projets (équipes de soins primaires, maisons de santé, communautés professionnelles territoriales de santé). Au niveau régional, le CORECS (Comité Régional de Coordination des Soins de premier recours) restera le lieu de définition de la stratégie régionale.



Indicateurs cibles



5 bassins de vie-santé qualifiés zone d'intervention prioritaires pour l'installation (niveau 3) peuvent être requalifiés en zone d'action complémentaire (niveau 2) incitant à l'installation

5 bassins de vie-santé n'ont plus besoin de mesures spécifiques d'intervention prioritaire ou d'action complémentaire incitant à l'installation

100 maisons de santé pluri professionnelles sont fonctionnelles et développent leur projet de santé

75 maisons de santé pluri professionnelles sont signataires de l'accord conventionnel interprofessionnel pour l'exercice pluri professionnel coordonné des professionnels de santé libéraux



Leviers d'action

- > Partenariat avec l'ONDPS
- > Partenariat avec l'assurance maladie
- > Partenariat avec les collectivités locales
- > Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les unions régionales des professions de santé
- > Contrat avec l'association des pôles et maisons de santé libéraux (APMSL)
- > Contrats liés à la convention médicale : CAIM, COTRAM, COSCOM, CSTM,
- > Contrats liés au pacte territoire santé : CESP, PTMG, PTMA, PTMR
- > Accord conventionnel interprofessionnel



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Développer l'observation des territoires afin de conforter les diagnostics.

Dans les territoires, élaboration de diagnostics partagés.

Préciser et actualiser les spécificités démographiques des professions de santé.

Analyser et partager les capacités de formation, la réalité des exercices, les atouts et limites de l'accueil des étudiants et des professionnels sur le territoire ligérien.

Zonage :

Elaboration et actualisations régulières des zonages des différentes professions afin de cibler les territoires qui en ont le plus besoin.

Au niveau régional, en lien avec l'ONDPS :

préciser et actualiser les spécificités démographiques des professions de santé, à un niveau infra-territorial.

analyser les particularités des organisations et ressources médico-soignantes propres aux territoires.

diversifier et améliorer la qualité des maîtres et lieux de stage.

Favoriser la découverte des territoires et des types d'exercice, dès la formation initiale.

Formation à la maîtrise de stage dans les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) médical et para-médical.

Sensibilisation aux différents types d'exercice, notamment en libéral.

Organisation d'instances de partage entre Instituts, Ecoles et représentants des territoires.

Renforcer la structuration de l'offre d'accueil et des conditions de vie des étudiants et stagiaires.

Favoriser et accompagner les professionnels dans leur projet d'installation (en priorité dans les zones les plus déficitaires).

Accompagnement personnalisé à l'installation via la fonction de référent installation.

Organisation d'événements à destination des jeunes professionnels.

Mise en place d'un guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé.

Mises à jour régulières du PAPS (Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé) afin de guider les professionnels de santé.

Elaboration d'un guide d'aide à l'installation à destination des professionnels de santé.

Mobiliser l'ensemble des acteurs sur les territoires les plus déficitaires en offre de soins de premier recours.

Au niveau régional, élaboration d'une stratégie pour améliorer l'attractivité des territoires et des métiers.

Dans les territoires, observation des territoires, élaboration de diagnostics partagés et de plans d'action co-construits, pilotés par les CATS.

Faciliter l'accessibilité à un médecin traitant pour les citoyens qui en sont dépourvus (y compris en établissement médico-social) :

Actualiser chaque année avec l'assurance maladie l'enquête relative aux difficultés d'accès.

Suivre l'évolution du nombre et de l'origine géographique des réclamations.

Mettre en place d'ici mars 2018 une procédure conjointe ARS/CPAM/ CDOM pour apporter une réponse d'attente au patient.

Au cas par cas, organiser si besoin des réunions de concertation territoriale avec les acteurs pour élaborer des solutions provisoires afin de répondre aux demandes les plus urgentes.

Soutenir les professionnels de premier recours dans leur exercice et leur maintien sur le territoire.

Favoriser les échanges entre pairs : soutenir les groupes qualités APIMED.

Développer des fonctions d'appui aux professionnels du premier recours.

Impliquer les hôpitaux de proximité dans l'appui au premier recours et favoriser l'implication des médecins libéraux dans l'hôpital.

Favoriser le développement d'actions de prévention portées par les professionnels du 1^{er} recours.

Conforter l'organisation de la PDSA.

Maintenir un modèle d'organisation attractif (rémunération, fréquence des gardes, taille des secteurs...).

Proposer des formations à la PDSA dès la formation initiale afin d'impliquer les nouveaux médecins.

Mettre en place une communication régulière en direction des usagers sur le juste recours à la PDSA et au 15.

Veiller à ce que les délais de transmission des résultats des examens urgents de biologie médicale soient compatibles avec l'état de l'art.

Accompagner les établissements de santé dans l'organisation de leur filière biologie au sein des GHT (Groupement hospitaliers de territoire) pour garantir une offre de biologie de proximité et de qualité.

ARGUMENTAIRE



Résultat attendu

> Sur chaque département des patients bénéficient d'un dispositif organisé de référence du premier recours vers le recours spécialisé puis de retour à la continuité de la prise en charge par l'équipe de premier recours

Au niveau national, le nombre de spécialistes de second recours croît beaucoup plus rapidement que celui des spécialistes en médecine générale : + 44 % entre 1991 et 2016 contre + 9 % pour les généralistes (Rapport HCAAM : organiser la médecine spécialisée et le second recours). Toutefois, les perceptions par les usagers d'un manque de spécialistes de 2nd recours sont croissantes et les tensions sur la démographie de ces professionnels se révèlent importantes. En effet il ressort de l'observation régionale que sur 15 spécialités médicales de second recours, seules 5 ont vu **une densité de professionnels s'accroître entre 2011 et 2015 (ORL, chirurgien orthopédiste, ophtalmologues, cardiologues et anesthésistes)** et les inégalités entre départements se sont creusées pour 10 d'entre elles.

La problématique de l'accès aux avis spécialisés n'est donc pas seulement une question démographique. C'est une aussi une question de qualité du parcours de santé et de maîtrise des risques d'erreurs diagnostiques par insuffisance de coordination entre professionnels. **La problématique est triple** : une problématique d'accès et de disponibilité des spécialistes, une problématique de pertinence du recours aux professionnels et aux structures spécialisées, une problématique d'articulation efficiente entre premier recours et recours spécialisé ; **cette triple problématique a trois conséquences** sur le système de santé et sur les professionnels de santé : **un recours inapproprié aux services d'urgences, une errance des patients dans leur parcours et une fragilisation des professionnels du premier recours**. La tension qui en résulte est une opportunité de mieux définir le rôle complémentaire entre les deux échelons de soin et de développer les conditions qui permettent au généraliste de disposer d'avis spécialisés de façon plus efficiente ; ceux-ci seraient moins fréquents mais plus ciblés afin de permettre une réponse dans des délais plus courts et de meilleure qualité ainsi

qu'une mobilisation judicieuse de compétences spécialisées rares. Il est, d'ailleurs, observé que lorsque la densité de médecins spécialistes libéraux de second recours est faible sur un territoire, l'offre en consultations externes à l'hôpital l'est également.

De nombreux dispositifs, tels que les différentes équipes mobiles, les astreintes IDE de nuit en EHPAD ou la télé-médecine, ont été déployés afin de diminuer le recours à l'hospitalisation, améliorer la pertinence du recours aux urgences et déployer les avis spécialisés de second recours dans les territoires. Le déploiement d'assistants spécialistes partagés a également connu une forte dynamique et le positionnement des hôpitaux de proximité comme structure d'appui au 1^{er} recours avec l'identification de consultations avancées de spécialistes de second recours a été amorcé. **Toutefois l'organisation du recours aux soins spécialisés de second recours et son articulation avec le 1^{er} recours constituent un axe de progrès**. Enfin, au-delà des enjeux de gradation des plateaux techniques, le déploiement d'une offre de proximité non interventionnelle en chirurgie reste un enjeu pour garantir un accès équitable à l'expertise.

La pertinence du recours aux soins spécialisés de second recours doit être améliorée. En effet si la part des entrées directes en SSR en provenance du domicile est passée de 31,70 % en 2011 à 37,40 % en 2015, le pourcentage d'hospitalisation directe en médecine des personnes âgées de plus de 75 ans sans passage aux urgences a baissé de 41,9 % en 2011 à 40 % en 2015. **En outre le ratio de passages aux urgences pour 10 000 habitants est passé de 2 194 à 2 552 entre 2010 et 2015. A cette date 13 % des passages aux urgences relevaient de la CCMU 1 (acte médical sans acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique)** et posent donc question en termes de pertinence. Cette question demande cependant une analyse circonstanciée. En effet

nombre de passages aux urgences non justifiés par le plateau technique offert par les urgences sont en réalité nécessaires en raison de **l'absence d'alternative jugée efficace aux yeux du patient en raison de l'indisponibilité de professionnels de ville**, de délais de rendez-vous trop longs, ou de contraintes trop fortes pour accéder en temps utile à une combinaison de ressources diagnostiques et thérapeutiques.

Plusieurs évolutions sur les compétences des professions médicales et paramédicales apparaissent déterminantes sur les conditions d'accès aux soins spécialisés de second recours dans les territoires : une surspécialisation accrue des médecins dès la formation initiale (44 spécialités sanctionnées par un DES) accélère la concentration des moyens et des plateaux techniques, l'émergence de protocoles de coopérations, l'extension des compétences de certaines professions (sages-femmes, etc.) et l'évolution des formations initiales (orthophonie, orthoptie à l'Université).

Plusieurs systèmes d'information partagés sont en cours de déploiement : le répertoire opérationnel des ressources proposera, à terme, une information exhaustive de l'offre de santé régionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, complété par via trajectoire, ces services permettront aux professionnels de santé d'orienter l'usager vers le professionnel, la structure adéquats en fonction de sa pathologie, de la criticité de son état, des capacités des structures.

L'usage de la messagerie sécurisée est en progression, son déploiement, ainsi que le DMP, font l'objet d'un effort de généralisation afin qu'ils deviennent l'outil de partage des informations entre professionnels.

Un accès fluide et structuré aux soins spécialisés de second recours est un enjeu majeur en vue de la consolidation de l'offre de soins de proximité et pour garantir un accès équitable pour

tous. Il permet notamment de conforter les professionnels du 1er recours comme coordonnateurs des prises en charge des patients, d'éviter l'errance des patients et de limiter le recours inadéquat aux urgences

Il s'agit donc comme le propose l'avis du 22 juin 2017 du HCAAM d' « **engager une réflexion et proposer des mesures permettant, à l'horizon de 10 à 15 ans, de disposer d'une médecine spécialisée, en ville comme à l'hôpital, qui soit de qualité, graduée, efficiente et structurée avec les autres éléments du système de soins** ».

En dehors des spécialités chirurgicales pour lesquels l'enjeu est le déploiement cohérent des consultations avancées et la structuration des plateaux techniques, nécessité d'identifier 3 niveaux de recours :

Les spécialités en accès direct ou quasi direct du patient (dermatologie, ophtalmologie, psychiatrie)

Les spécialités d'appui au premier recours pour lesquelles la fréquence de recours est élevée et pour lesquelles les médecins traitants sont en demande d'avis ou d'orientation (gériatrie, pédiatrie, pneumologie, cardiologie, gastro-entérologie, gynécologie médicale, Oto-rhino-laryngologie, rhumatologie et radiologie)

Les spécialités d'expertise avancée dont la fréquence de recours est plus faible (endocrinologie, neurologie et surspécialités).

Compte tenu de la prévalence des addictions en région, le renforcement, dans les territoires, d'une réponse spécialisée sur cette thématique figure parmi les priorités.

Il s'agira également d'accompagner les établissements de santé dans l'organisation d'une filière de la santé bucco-dentaire au sein des GHT pour garantir une offre de recours.

La définition dans chaque territoire d'un diagnostic partagé de l'accès aux soins spécialisés de second recours et d'un schéma d'organisation partagé et gradué, permettra de définir les modalités de recours et les interactions entre professionnels. Différents leviers seront mobilisés :

Le levier de la formation des professionnels.

Le levier de l'optimisation des conditions d'installation et des modalités d'exercice en favorisant l'exercice mixte.

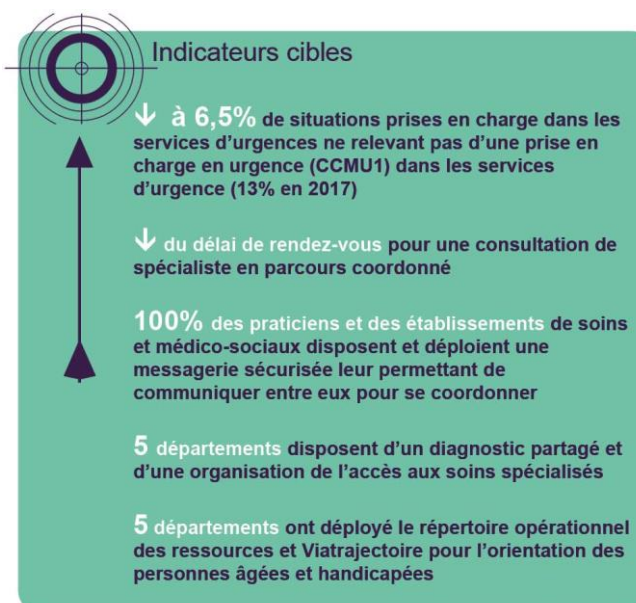
Le levier de la coopération en développant des protocoles de coopération entre professionnels.

Le levier de l'innovation et des nouvelles technologies de l'information, télémédecine d'une part, innovation organisationnelle d'autre part.

Le levier de la circulation fluide de l'information en articulant ce schéma d'organisation de l'accès aux soins spécialisés de second recours avec le(s) modèle(s) proposé(s) des SIP de coordination. Les SI doivent faciliter les conditions d'exercice des professionnels.

En outre le levier financier en expérimentant le financement au parcours devrait permettre de créer des incitants à l'optimisation des trajets de soins.

Enfin les équipes mobiles sont porteuses d'expertises spécifiques sur des champs très variés et disposent d'une souplesse d'intervention. Toutefois elles présentent une grande hétérogénéité dans leur fonctionnement d'où la nécessité de les réorienter exclusivement vers le soutien aux professionnels du 1er recours pour la prise en charge de situations complexes. Leurs interventions permettraient aux professionnels d'évoluer dans leurs pratiques et de gagner en capacité de prise en charge de situations complexes.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Etablir un diagnostic partagé de l'accès aux soins spécialisés de second recours, à l'échelle des territoires de démocratie sanitaire, qui identifiera les points d'amélioration sur les trois niveaux de recours susmentionnés

Valider et engager les schémas d'organisation de l'accès aux soins spécialisés de second recours à l'échelle du territoire de démocratie sanitaire afin d'irriguer l'ensemble des territoires et notamment ceux les plus en difficultés

Améliorer l'observation du recours aux soins spécialisés de 2nd recours

Diffuser les modèles cibles de « trajets » de soins spécialisés de second recours auprès des médecins traitants

Déployer :

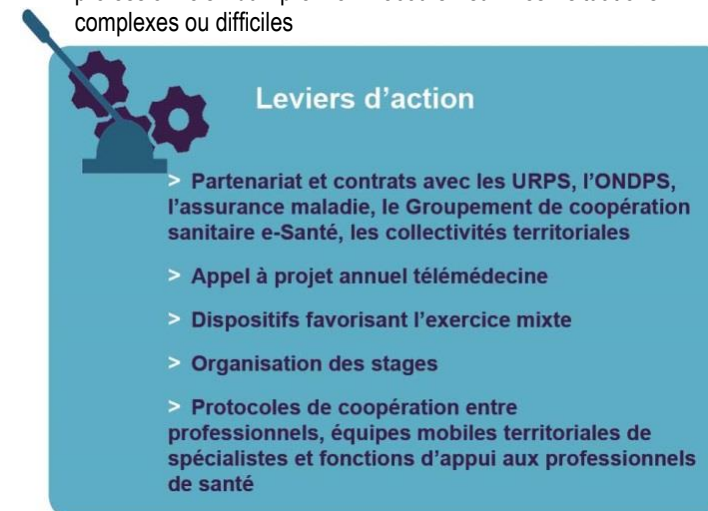
la messagerie sécurisée

le Répertoire opérationnel des ressources

via trajectoire

Favoriser le déploiement de la télémédecine prioritairement en territoire fragile et en EHPAD

Des équipes mobiles spécialisées en appui des professionnels du premier recours sur les situations complexes ou difficiles



ARGUMENTAIRE



Toutes les études statistiques sont convergentes quant au constat d'un afflux aux services d'urgences hospitaliers en constante augmentation chaque année : le rapport de la DREES de juillet 2013 fait état d'une augmentation annuelle régulière de 3,5 % entre 2004 et 2014 et le panorama de l'Observatoire Régional des Urgences - Pays de la Loire de 2015 d'une croissance régionale de 3,7 % entre 2004 et 2014.

Ces études sont également convergentes montrant que le taux d'hospitalisation n'augmente pas en corollaire, voire même diminue et que 70 % des actes qui y sont réalisés relèvent de la médecine générale.

La problématique de cet afflux se pose autant en termes d'encombrement des services d'urgences qu'en termes de parcours pour les usagers qui ont recours à de tels services.

Les enquêtes menées auprès des usagers par la DREES en 2013, par la commission droits des usagers de la CRSA (rapport de janvier 2017), et au CH de Saint-Nazaire par KPMG (rapport de mars 2017) montrent que, loin d'être consumériste, l'usager est rationnel : il recherche une offre qui lui garantisse une réponse rapide et efficace.

C'est faute de trouver une réponse adaptée dans le secteur ambulatoire qu'il a recours aux services hospitaliers, ce qui constitue une rupture de parcours.

En effet, le secteur ambulatoire manque à la fois de disponibilité et de visibilité :

Les médecins libéraux ont une capacité d'absorption des soins non programmés quantitativement et temporellement limitée à raison, selon les professionnels eux-mêmes, de 5 à 10 patients par jour sur des plages réservées dans les agendas.



Résultats attendus

- > Des recours aux urgences réellement justifiés qui se font sans rupture de parcours pour le patient
- > Une offre de premier recours pluri-professionnelle organisée collectivement au niveau territorial qui est en capacité de répondre à toutes les demandes de soins * ne relevant pas d'une structure d'urgences

Or, l'afflux le plus dense aux urgences s'étale de 18 H à 20 H c'est-à-dire après la fermeture de la plupart des cabinets médicaux et en dehors des heures d'opérationnalité de la PDSA.

Par ailleurs la régulation du centre 15 n'a aucune visibilité sur la disponibilité de la médecine libérale

Par conséquent, la prise en charge des soins non programmés doit être formellement organisée et structurée dans le secteur ambulatoire, en dehors des heures de la PDSA selon deux axes :

Une augmentation des créneaux d'urgence du secteur ambulatoire, sur la base du volontariat, dans les cabinets de groupe ou dans les MSP dans le cadre d'une organisation concertée et grâce à une mutualisation de moyens.

La transmission au centre 15 des plages de disponibilité choisies par les médecins.

Enfin, une campagne de communication grand public à la hauteur des enjeux doit être organisée sur « les bons réflexes en cas d'urgences en particulier durant les périodes de grandes affluences ».



Indicateurs cibles

↓ du nombre de passage aux urgences pour des problèmes de santé relevant de la médecine générale

↑ du taux de personnes consultant aux urgences après avis médical ou régulation médicale avant admission en service d'accueil d'urgence

↑ du nombre de plages horaires disponibles dans les services de soins primaires pour des consultations non programmées (hors PDSA)

↑ du nombre des admissions directes

↓ du nombre de jours déclarés 'hôpital en tension' (798 en 2017)

100% des établissements disposant d'un service d'accueil des urgences ont réalisé une démarche qualité

100% des établissements disposant d'un service d'accueil des urgences ont un volet urgences dans leur CPOM

5 départements disposent d'une équipe territoriale d'urgence.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Adapter l'organisation des services d'urgences aux variations de la demande.

Disposer et mettre en œuvre des règles communes d'engagement des vecteurs mobiles (SMUR, Hélicimur) et éventuellement ajuster en conséquence le schéma d'implantation sur certains territoires.

Expertiser l'activité de SMUR pédiatrique et éventuellement reconnaître une implantation de SMUR pédiatrique dans la mesure où les conditions de fonctionnement sont conformes et que l'activité le légitime.

Intégrer le SU privée à l'organisation territoriale des urgences.

S'appuyer sur les ressources médicales du service de santé des armées, en fonction de leur disponibilité, selon leur convention de partenariat avec les établissements de santé.

Faire des urgences un volet du CPOM.

Définir une feuille de route régionale pour la mise en place des équipes territoriales d'urgences.

Finaliser l'organisation des équipes territoriales d'urgences.

Dans le cadre du PTSM, organiser la prise en charge du patient en souffrance psychique afin d'éviter le passage systématique par les SU et de faciliter l'accès direct à un avis spécialisé.

Anticiper les tensions hospitalières par une organisation coordonnée.

Optimiser le dispositif hôpital en tension afin de rendre plus cohérent les indicateurs de tension hospitalière.

Assurer un meilleur accompagnement par l'ARS des établissements en tension en s'appuyant sur des référents identifiés au sein des établissements concernés, et des mesures plus efficaces.

Vérifier et améliorer en continue la qualité des structures d'urgence.

S'assurer de la qualité du fonctionnement des SU, y compris les conditions d'accueil, d'information et

d'orientation des usagers, en réalisant régulièrement un benchmark de leur fonctionnement sur la base de l'autodiagnostic de l'ANAP dans chaque structure d'urgence.

Bâtir un système d'information qui permette une adaptation de l'offre à la demande, en temps réel mais aussi à moyen terme pour éclairer les évolutions structurelles.

Expérimenter, sur la base du volontariat, un dispositif de visualisation par le C15 des disponibilités proposées par des médecins de premiers recours.

Intégrer les RPU dans la surveillance quotidienne.

Harmoniser les indicateurs de tensions hospitalières.

Organiser un dispositif de régulation des demandes de soins non programmés qui garantisse une réponse adaptée à chaque situation.

Conforter la mise en place du numéro d'appel unique de régulation libérale.

Ajuster les moyens de la régulation en les adaptant à l'évolution du flux de demandes.

Développer le répertoire opérationnel des ressources et l'étendre aux soins de premier recours.

Faciliter les admissions directes en établissements de santé

Réaliser régulièrement des campagnes d'information à destination des usagers les incitant notamment à recourir à la régulation en cas de demande de soins non programmés et s'assurer de leur impact.

Intégrer la demande de soins bucco-dentaires dans la régulation.

Améliorer la disponibilité de la médecine générale pour les demandes de soins inopinés.

Mettre en œuvre par appel à projet des expérimentations d'organisations innovantes portées par les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) relatives aux soins inopinés.

Développer la télé prescription en lien avec les pharmaciens.

Finaliser le maillage des MMG et MSP.



Leviers d'action

- > Partenariat avec URPS
- > Projets des communautés professionnelles de territoire
- > CPOM avec les établissements sanitaires
- > Projet médical partagé des GHT et projets d'établissement

ARGUMENTAIRE



Résultats attendus

- > Baisse du nombre de renoncements aux soins et notamment aux soins dentaires
- > Augmentation du taux de participation aux campagnes de dépistage des personnes en situation de handicap accompagnées en institution et à domicile

En France, une personne sur dix vivrait avec un handicap. En Pays de la Loire, on estime que la population des personnes adultes en situation de handicap ou de dépendance est de 176 000, vivant soit à domicile soit en institution. Et ce sont 12 300 ligériens âgés de moins de 20 ans qui perçoivent l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Le besoin de soins préventifs et curatifs s'exprime au travers des 50 % de personnes en situation de handicap souffrant d'une maladie chronique et pour lesquelles la notion de parcours de santé est primordiale.

Chaque personne en situation de handicap doit pouvoir bénéficier de la qualité et de la sécurité des soins, ce qui implique chez elle une meilleure prise en compte de ses besoins, afin de réduire les 25 % de décès dus à de la iatrogénie.

La réponse au besoin de soins chez les personnes en situation de handicap n'est pas satisfaisante puisqu'on estime que 75 % d'entre elles abandonnent, tout ou partie, des soins courants en raison de difficultés d'accès à des soins adaptés à leurs spécificités.

Les difficultés concernant les soins dentaires sont au premier plan, comme en témoigne une enquête auprès des établissements médicosociaux, montrant que seulement 33 % des résidents avaient bénéficié d'une consultation buccodentaire en 2014.

La nécessaire amélioration de l'égalité à l'accès aux soins préventifs est aussi illustrée par le constat qu'en moyenne une tumeur du sein est découverte à 4 cm chez une personne en situation de handicap contre 3 mm parmi le reste de la population.

L'accès aux soins, le parcours de santé sont trop souvent synonyme de parcours d'obstacles. C'est l'identification de ces obstacles et la prise de conscience par les professionnels de la santé et de l'accompagnement de leur parcours de vie qui permettront de les réduire et d'améliorer l'accès aux soins et à la santé de chaque personne en situation de handicap.

Les obstacles sont bien identifiés : paramètres liés à la personne (âge, type de handicap, situation sociale, expression de la douleur, besoin d'analgésie), paramètres liés aux professionnels de santé (déficit de sensibilisation, d'information, de formation, de coordination, de la place accordée aux accompagnants), du contexte du soin (valorisation, soins en cabinet, soins en milieu hospitalier) et enfin au type de soins (prévention, éducation à la santé, dépistage, soins spécialisés).



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Sensibiliser, informer, former les professionnels de santé et les professionnels de l'accompagnement médicosocial à l'accueil et la prise en charge des situations complexes en y associant les familles et les personnes concernées.

Mobiliser les acteurs de santé de proximité sur la coordination de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et sur ses outils de mise en œuvre.

Adapter les établissements et services de santé à l'accueil et une prise en charge coordonnée des personnes en situation de handicap.

Améliorer l'accès aux soins courants des personnes en situation de handicap par la mise en place de dispositifs de consultations dédiées, à hauteur d'au moins un dispositif couvrant chaque territoire de santé.

Améliorer l'accès aux soins préventifs et à l'éducation à la santé des personnes en situation de handicap.

53



Indicateurs cibles

↓ de 50% à 70% du nombre de renoncement aux soins dentaires

80% des femmes éligibles en situation de handicap ont bénéficié de leur mammographie de dépistage

100% des établissements médicosociaux ont établi des orientations en matière de prévention et d'accompagnement vers le soin

60% des établissements et services médicosociaux ont conventionné avec un établissement de santé pour les soins des personnes qu'ils accompagnent (45% en 2017)

25% des établissements de soins ont formalisé une coordination de l'accueil des personnes en situation de handicap

5 départements disposent d'au moins un dispositif de consultations dédié pour les personnes en situation de handicap



Leviers d'action

- > Charte Romain Jacob
- > Partenariat avec les URPS
- > CPOM avec les établissements et services sanitaires et médicosociaux
- > Projet médical partagé des GHT et projets d'établissement
- > Projet de santé des MSP, ESP...

ARGUMENTAIRE



Disposant de 47 000 places en EHPAD (dont 1500 en accueil de jour et hébergement temporaire), la région Pays de la Loire se caractérise par un taux d'équipement en EHPAD globalement plus important que la moyenne nationale (taux d'équipement régional de 136,2‰ contre une moyenne nationale de 101,6‰⁵) mais marqué par des disparités territoriales. L'ensemble du territoire des Pays de la Loire est couvert par un EHPAD à moins de 17 mn de voiture.

Malgré les opérations de redéploiement conduites dans le cadre du PRS1, des disparités dans la répartition et l'accessibilité de l'offre persistent :

L'offre régionale se caractérise ainsi par le poids important de l'offre institutionnelle au regard de l'offre de services à domicile. La région compte en effet 1 place en SSIAD contre 7 places d'EHPAD en moyenne, versus un ratio national de 1 place de SSIAD pour 5,1 places en EHPAD. 13,1 % des personnes âgées ligériennes de plus de 75 ans vivent en institution contre une moyenne nationale de 9,7 %. Cette tendance régionale est toutefois à affiner selon les spécificités territoriales.

Or, les attentes de la population sont importantes concernant le développement de service d'accompagnement à domicile : 90 % des Français préfèrent adapter leur domicile plutôt que d'avoir à le quitter si leur état de santé se dégrade⁶. L'enjeu pour demain, est donc de pouvoir garantir le libre choix, ce qui nécessite une adaptation et transformation de l'offre d'établissements afin de proposer des réponses plus graduées et diversifiées, dans une logique de décroisement entre EHPAD et domicile et d'accompagnement des aidants.

⁵ Source : Statiss 2015

⁶ sondage Opinionway pour l'observatoire de l'intérêt général, 2012



Résultats attendus

- > Une égalité des chances d'accès à une place en EHPAD sur le territoire
- > Une plus grande diversification de l'offre médico-sociale, afin de permettre le libre choix de l'utilisateur

L'évolution démographique risque d'accroître les disparités d'équipement en EHPAD interdépartementales et infra-départementales. La population ligérienne âgée de plus de 75 ans augmentera ainsi de 130 000 personnes de 2012 à 2027, soit une hausse de 2,1 % par an, plus marquée en Vendée (+2,6 % par an) et en Loire-Atlantique (+2,3 % par an)⁷. La projection de population à 2027 permet d'anticiper une baisse généralisée du taux d'équipement en EHPAD, plus marquée sur certains territoires, en conséquence fragilisés (ex : zones littorales, villes principales, Sarthe hors Sud en ce qui concerne l'offre en EHPAD). Ainsi, l'effort de rééquilibrage infra-départemental de l'offre et de diversification pour une meilleure équité et une meilleure accessibilité est à poursuivre en faveur de ces territoires. De plus, ce vieillissement de la population devrait se traduire par la conséquente augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes (106 000 personnes seraient dépendantes en 2030, soit une augmentation de 45 % en 20 ans) nécessitant des besoins d'accompagnement médico sociaux accrus⁸.

Enfin, les acteurs œuvrant pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes sont confrontés dans les années à venir à trois défis :

Défi médical lié à l'augmentation des besoins en soins (élévation du niveau de dépendance des résidents entrant en EHPAD, polyopathologies, proportion croissante de personnes présentant des troubles cognitifs...).

Défi social (évolutions de la cellule familiale et nouvelles aspirations des personnes âgées)

⁷ Evaluation des besoins médico-sociaux des personnes âgées, DOA, décembre 2016

⁸ Etude INSEE – ARS Pays de la Loire, Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030, février 2012

Défi financier (individuel dans le cadre du reste à charge pour les usagers, et collectif dans le cadre de la soutenabilité économique de l'offre).

Il importe de réfléchir dès à présent et collectivement au modèle de l'**EHPAD de demain**, qui devra être en mesure de proposer un fonctionnement garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge en tenant compte de l'évolution des publics, de concilier médicalisation croissante et projet de vie, de garantir une accessibilité financière pour les usagers, le reste à charge constituant un enjeu majeur pour l'accès à un accueil en EHPAD, de demeurer un cadre de travail attractif, ouvert sur son environnement, permettant des parcours professionnels diversifiés, de demeurer un cadre d'accompagnement et de travail pérenne, ouvert sur son territoire et sur le domicile, dans un contexte patrimonial vieillissant, et d'évoluer vers des accompagnements innovants, intégrant les nouvelles technologies et répondant à des besoins diversifiés et évolutifs.

Ainsi, dépassant la dichotomie institution/domicile, l'EHPAD de demain doit constituer une **ressource à l'échelon territorial**, irriguant le domicile et permettant un accompagnement gradué, temporaire ou permanent, en complémentarité avec les autres dispositifs du territoire. L'évolution des attentes du public accueilli, présentant majoritairement des troubles cognitifs, et de ses besoins, la pérennisation de son cadre de fonctionnement, tant au niveau des ressources humaines qu'architecturales, impliquent une évolution de son projet d'établissement et un renforcement de sa coopération avec les acteurs du territoire.

Les objectifs poursuivis par le PRS sont donc les suivants :

Poursuivre le rééquilibrage de la répartition des EHPAD entre les territoires pour garantir son accessibilité et son efficacité, en prenant en compte les besoins territoriaux tels que définis par

l'évaluation des besoins médico-sociaux réalisée dans le cadre du PRS

Diversifier l'offre d'accompagnement, entre services et établissements, en fonction des besoins des territoires, afin de garantir aux usagers le libre choix et la graduation de leur accompagnement en fonction de l'évolution de leurs besoins

Garantir la soutenabilité économique et l'accessibilité financière de l'offre en EHPAD

Accompagner l'évolution des projets d'établissement des EHPAD au regard de l'évolution du public accueilli (recentrage de l'accueil sur les personnes âgées les plus dépendantes et les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs)

Observer la politique d'admission en EHPAD et adapter ses critères afin de pouvoir l'orienter vers les publics prioritaires

Adapter les prestations servies aux besoins de demain et faire ainsi émerger les modèles d'établissement de demain



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Favoriser le rééquilibrage infra départemental de l'offre en EHPAD et concourir à la diversification de l'offre en faveur des personnes âgées, en fonction des besoins des territoires déterminés par l'évaluation des besoins médico-sociaux réalisée dans le cadre du PRS :

Réduire les inégalités d'équipement entre EPCI, en prenant en compte les besoins territoriaux

Diversifier l'offre en faveur du soutien à domicile notamment sur les territoires les plus concernés par un déséquilibre entre offre institutionnelle et offre de services

Assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des accompagnements par l'atteinte du seuil critique de 80 places d'EHPAD⁹ dans le cadre d'opérations de transformation de l'offre ou de projets d'investissement

Préserver l'accessibilité financière de l'offre

Accompagner l'évolution des projets d'établissement des EHPAD au regard de l'évolution du public accueilli et de ses besoins et développer la qualité et l'efficacité de l'offre en EHPAD:

Mobiliser l'offre en EHPAD est prioritairement pour les personnes relevant de GIR 1 à 4

Organiser le processus d'admissions en recourant systématiquement au logiciel Viatrajectoire

Mise en œuvre dans chaque EHPAD d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour accompagner les professionnels à l'évolution des publics (troubles cognitifs, publics spécifiques : PHV, malades jeunes, personnes vieillissantes avec troubles psychiatriques) par la formation, soutien à l'analyse de

⁹ Par site géographique (hébergement permanent et hébergement temporaire) ou dans le cadre de projets territoriaux mutualisés permettant de concilier continuité des soins 24h/24 et soutenabilité économique (dont reste à charge pour l'usager), bénéficiant d'une labellisation « EHPAD de demain »

pratiques, supervision, poste d'ASG, parcours professionnels décloisonnés...

Mise en œuvre dans chaque établissement de :

Un accès à l'expertise (soutien du secteur sanitaire, télémédecine, ...).

Un accès à des équipes mobiles territorialisées (soins palliatifs, psychiatrie...) permettant un soutien des équipes dans les situations complexes ou lourdes.

Un accès à une compétence IDE 24/24.

Des fonctions mutualisées avec les acteurs du territoire

Garantir la soutenabilité collective et individuelle de l'offre en EHPAD tant sur le plan budgétaire et financier :

Mettre en place d'un outil cartographique pour partager sur les territoires (EPCI) les enjeux d'investissement en EHPAD

Lier le soutien de l'ARS aux opérations d'investissement

Aux orientations du PRS pour l'évolution de l'offre

A la qualité technique (faisabilité, viabilité, efficacité)

A un reste à charge soutenable pour l'usager

A une taille critique de 80 lits⁹

A la contribution à l'équilibre de l'offre entre les territoires

Adapter les organisations et faire évoluer les prestations servies pour mieux répondre aux besoins de demain :

Soutenir les actions en cours et favoriser l'échange de pratiques

Engager les EHPAD à s'ouvrir sur leur environnement et à proposer des prestations gérontologiques ou des compétences pour soutenir la vie à domicile (professionnels et usagers).

Encourager les EHPAD vers une logique de « prestations » alliant anticipation et prévention de la perte d'autonomie, droit au répit, renforcement de l'inclusion sociale et appui aux interventions des professionnels du domicile

Soutenir les expérimentations et des innovations promouvant un nouveau modèle pour l'EHPAD de demain

Soutenir l'ensemble de ces évolutions à travers un Pacte d'Accompagnement de la Transformation des EHPAD

Indicateurs cibles

- ↓ des écarts entre départements en dotation en € par habitant et en taux d'équipement en EHPAD par groupement d'EPCI corrigé de l'évolution démographique
- ↓ du déséquilibre entre offre d'accompagnement en institution au profit de l'accompagnement à domicile par des services
- 100%** des EHPAD ont mis en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
- 100%** des admissions en EHPAD sont réalisées par Viatrajectoire
- ↓ à **6%** (= moyenne nationale 2017) du taux de personnes âgées les moins dépendantes (GIR 5 & 6) dans les EHPAD (14,5% en PDL en 2017)
- 100%** des EHPAD ont accès à une compétence infirmière 24h/24 et mettent en œuvre un dispositif d'accès à l'expertise sanitaire
- 80 places** d'EHPAD par site géographique ou par projet territorial mutualisé⁹, seuil critique pour l'éligibilité à des aides à l'investissement, et critère à l'aune duquel sont examinées les demandes des gestionnaires concernant la transformation de l'offre
- 100%** des EHPAD développent des actions de prévention



Proposer des réponses médico-sociales souples, modulaires, évolutives, adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap



Résultat attendu

> Pour toute personne en situation de handicap ayant un besoin d'accompagnement médico-social reconnu par la CDAPH, une première réponse devra être proposée, même si elle ne correspond pas encore à l'orientation cible souhaitée

Près de quinze ans après la loi du 11 février 2005, les besoins exprimés par les personnes en situation de handicap ont évolué. La réponse sous la forme de « places » dans un établissement ou un service, ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des aspirations. L'enjeu est de pouvoir proposer aux personnes en situation de handicap des solutions d'accompagnement sur-mesure compatibles avec leur choix de choix de vie.

Le rapport de Denis Piveteau établit un constat de carences dans l'organisation du champ du handicap, conduisant à des parcours marqués par de nombreuses ruptures et des situations critiques : insuffisances qualitatives et quantitatives de l'offre, manque d'anticipation dans l'accompagnement des personnes, organisations trop segmentées défavorables au parcours (en terme d'âge, de territoire d'action, de champ d'intervention), politique d'admissions trop restrictives face à des personnes à problématiques multiples, association des usagers à renforcer.

Ces manques ont des impacts individuels, familiaux et sociaux : perte de chance, épuisement des familles, renoncement à leur vie professionnelle et sociale, fragilité socio-économique...

Ainsi, l'accompagnement médico-social doit être rénové et transformé pour davantage :

- partir des besoins et des attentes des personnes, et promouvoir leurs capacités et leur participation active,

- favoriser des dispositifs souples et modulaires pour mieux répondre à la diversité des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants ; permettre des accompagnements sur mesure et des allers- et retour, et tenir compte de l'évolution dans le temps des besoins des personnes,

promouvoir la complémentarité des réponses de tous les acteurs (notamment des secteurs sanitaire, social et médico-social ainsi que de la prévention) contribuant 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 ou de gérer les ruptures de parcours.

L'objectif de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » qui fait suite au rapport « Zéro sans solution » de D. Piveteau, est de pouvoir apporter à toutes les situations une réponse concrète fut elle transitoire, évolutive. Elle repose sur la mise en œuvre d'un processus d'orientation permanent et de solutions de proximité sur mesure.

Ceci implique une mobilisation à tous les niveaux :

- Au niveau des partenaires institutionnels, il importe de conduire une observation partagée des besoins, et un pilotage coordonné des actions à conduire,

- Au niveau des territoires et des établissements et services, il s'agit de sortir d'une approche établissement par établissement pour proposer des réponses territoriales intégrées. Ces réponses reposeront sur des opérateurs innovants, agiles qui savent se fédérer sur un territoire afin de répondre collectivement à des situations complexes, qu'ils n'arrivent pas à gérer seuls. Les établissements et services ainsi doivent se mobiliser pour la prévention des ruptures de parcours, s'engager au sein des groupes opérationnels de synthèse et contribuer à la mise en œuvre des plans d'accompagnement global en coopération. Ils doivent ainsi s'engager dans la mise en œuvre de réponses souples, modulables, séquentielles dans une logique de parcours.

Cette ambition nécessite des changements organisationnels, de nouvelles organisations du travail, des systèmes d'information, et un accompagnement au changement des équipes pour la mise en œuvre des accompagnements et de la prévention partagés entre acteurs du social, du médico-social et des soins en co-construction avec les personnes accueillies et accompagnées et leur famille.

Au niveau des personnes accueillies ou accompagnées, il s'agira de leur permettre d'exercer leur liberté de choix en les informant des possibles de façon neutre et complète.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Organiser des dispositifs territoriaux proposant un panel de réponses diversifiées et modulaires permettant de prévenir les ruptures de parcours ou l'absence de solution.

Favoriser la réduction des inégalités territoriales d'accès à l'offre sur le secteur du handicap

Renforcer la coopération entre les ESMS et les établissements de santé, ainsi qu'un offre ambulatoire et celle de la prévention.

Améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques et des organisations

Favoriser le décloisonnement social, médico-social et sanitaire par des formations croisées, et en tenant compte de l'expertise d'usage.

Soutenir les innovations organisationnelles favorisant les accompagnements souples, modulables, et partagés.

Développer l'outillage en système d'information des ESMS pour faciliter les parcours.

57

Réduire les situations d'inadéquation

Proposer des solutions d'accompagnement adaptées aux jeunes relevant de l'amendement CRETON afin de libérer des places pour les enfants en attente d'une entrée en IME.

Réduire les situations d'inadéquations dans les établissements de santé (psychiatrie, MCO, SSR)

Adapter les réponses des établissements à l'évolution des besoins

Conduire les établissements à assurer des fonctions ressources sur leur territoire, et des prestations en direction des environnements de droit commun.

Engager les établissements gestionnaires de multiples sites à anticiper les évolutions nécessaires du patrimoine au regard de l'évolution des besoins, des attentes en terme d'inclusion et de l'état du patrimoine.



Indicateurs cibles

↓ du nombre des situations sans solution d'accompagnement

↓ du délai entre orientation et mise en œuvre d'une solution

70% de réduction du nombre des enfants en situation d'amendement Creton dans les établissements pour enfants

100% des admissions en établissement ou service médicosocial pour personnes en situation de handicap sont réalisées par Viatrajectoire

↓ de 50% le nombre de personnes ayant une orientation d'accompagnement médicosocial mais hospitalisées au long cours en psychiatrie (>270 jours)

Tendre vers 0 personne en situation de handicap sans solution d'accompagnement

↑ nombre des ITEP fonctionnant en dispositif intégré

100% des gestionnaires multisites présentent un schéma directeur immobilier pour tout projet d'investissement stratégique

Structurer une organisation territoriale au service des parcours

Assurer, entre institutions (Collectivités territoriales, ARS, Education Nationale, Emploi...), un pilotage renforcé de l'offre coordonnée.

Développer des outils d'observation, de pilotage et de suivi permettant de :

Mettre en évidence l'offre disponible, l'état des besoins, et les carences à combler.

Mieux identifier l'inadéquation entre les solutions prescrites et celles réalisées et guider les stratégies d'évolution de l'offre.

Suivre et évaluer régulièrement les décisions d'orientations, et s'assurer que pour toute situation et notamment les plus complexes, une solution puisse être trouvée et mise en œuvre de manière collaborative.

Assurer une meilleure visibilité de l'offre proposée sur les territoires, afin notamment de faciliter l'élaboration des plans d'accompagnement global par la MDPH.



Leviers d'action

- > Partenariat avec les départements et collectivités territoriales
- > CPOM avec les Etablissements sanitaires et médicosociaux
- > Répertoire opérationnel des ressources
- > Via trajectoire
- > SERAFIN PH

ARGUMENTAIRE



Résultat attendu

> Dans les différents champs de la pertinence des soins, les pratiques des acteurs de santé aboutissent à une prise en charge, des pratiques et des soins plus pertinents qu'au début du PRS et les atypies se réduisent

La pertinence des soins se définit comme « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient ».

Or, l'analyse des atypies de volume des actes et des pratiques, des processus de soins, et l'étude des trajectoires de prise en charge des patients soulèvent des questions quant à leur pertinence et oriente vers des marges de progrès potentielles pour la qualité des soins et l'efficacité des dépenses de santé (Encadré 4)

La consommation des séjours chirurgicaux en Pays de la Loire pose question alors qu'elle ne s'explique pas par des raisons épidémiologiques. En 2016, elle est en effet supérieure à la moyenne nationale avec un différentiel de 5,3 séjours pour 1 000 habitants avec le taux national. Les différences entre départements sont marquées : 82 pour la Mayenne à 95,1 pour la Loire-Atlantique. Les taux de recours étant un indicateur pertinent de la variation des pratiques, leur analyse permet de relever des spécificités régionales et de constater les écarts entre territoires, à condition que ces taux soient standardisés et que l'état de santé de la population, les facteurs socio-économiques et culturels et les accès aux soins soient équivalents.

Entre 2004 et 2014, le **nombre de passages dans les services d'urgences** de la région a progressé au rythme annuel moyen de + 3,7 % dans les Pays de la Loire contre + 2,9 % au plan national ; concernant le recours aux urgences des résidents en EHPAD, 33 % des passages sont jugés non pertinents et 41 % des passages font l'objet d'un retour à domicile sans hospitalisation laissant penser qu'une prise en charge ambulatoire aurait été suffisante.

Les premières études menées sur les journées d'hospitalisation en SSR ont montré un taux de non pertinence de plus de 20%. Sur les courts séjours médicaux : 8,3% des admissions étaient inadéquates ainsi que 21,5% des journées d'hospitalisations complètes.

Dans la région, l'**Insuffisance rénale chronique terminale** est relativement stable, soit environ 460 nouveaux cas par an. La région est une des plus performantes en termes de greffe rénale. A contrario, la région présente un faible recours à la dialyse autonome au profit de celle en centre lourd (62,6% Vs 56,1% au national).

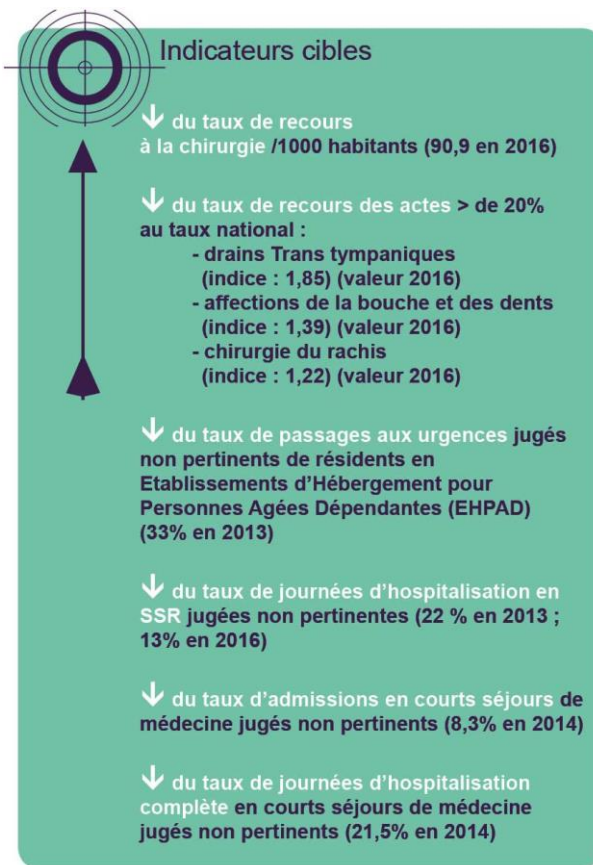
La région accuse un retard en termes de **taux de recours à l'Hospitalisation à domicile (HAD)**, véritable alternative à une hospitalisation complète. En 2015, le nombre moyen de patients pris en charge est de 19,3 par jour et pour 100 000 habitants au niveau national Vs 14,7 pour les Pays de la Loire (valeur nationale cible pour chaque région fixée à 30). Toutefois la dynamique régionale est plus marquée qu'au niveau national : en 2016 le nombre de séjours d'HAD a évolué de +38 % Vs 5,8 en France.

Depuis 2012, les actions d'amélioration de la pertinence des soins sont intégrées dans les CPOM des établissements ligériens. Dès 2013, l'ARS a installé sur ce sujet un groupe de dialogue régional associant l'assurance maladie, les représentants des fédérations hospitalières et les unions régionales de professionnels de santé libéraux et les structures régionales d'appui et d'expertise.

Aujourd'hui, l'IRAPS rassemble sur ces sujets les représentants des fédérations hospitalières, des professionnels de santé libéraux et des usagers avec l'ARS et l'Assurance Maladie.

L'amélioration de la pertinence des soins est un levier pour l'accès à des soins utiles et adaptés puisqu'elle permet d'accroître la qualité et la sécurité des soins au meilleur coût, en limitant les risques pour les patients.

La mise en œuvre du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), la diffusion de la culture de la pertinence et la sensibilisation des professionnels de santé et des usagers par l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS), ainsi que les nouvelles modalités de contractualisation tripartite (Etablissements de santé (ES), ARS, Assurance Maladie (AM)) doivent permettre aux établissements, professionnels et usagers de se saisir de cet objectif afin d'agir pour « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient ».



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Mettre en œuvre annuellement les mesures du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) et communiquer aux acteurs les actions de pertinence des soins déployées et leurs résultats :

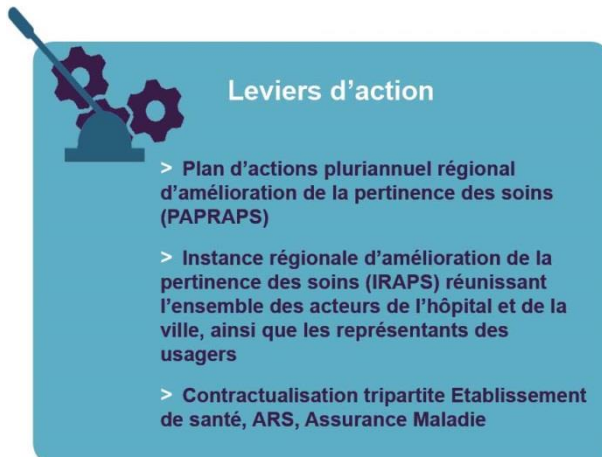
- Axe 1 : Pertinence des modes de prise en charge,
- Axe 2 : Pertinence des actes et des pratiques,
- Axe 3 : Pertinence des séjours,
- Axe 4 : Pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé,
- Axe 5 : Pertinence des parcours de soins.

Contractualiser avec les acteurs afin d'intégrer la pertinence des soins dans leur pratique quotidienne.

Soutenir et impulser une dynamique constructive avec les acteurs au sein et au-delà des instances (IRAPS).

Développer une approche innovante d'intégration du patient/usager dans le processus d'amélioration de la pertinence des soins.

59



ARGUMENTAIRE



La qualité des soins et des accompagnements est une exigence légitime de tous les usagers de la santé. C'est un objectif prioritaire pour chaque acteur de la santé. Aujourd'hui, un patient hospitalisé sur 10 est encore victime d'un événement indésirable grave. Or les événements indésirables, tant à l'hôpital, en ESMS, qu'en ville ne sont pas une fatalité. La qualité des soins et des accompagnements entrent en résonance avec la sécurité - exigence fondamentale, due à tous les usagers du système de santé. Elle doit nous permettre de réduire les risques induits par les prises en charge. Cet enjeu exclut volontairement les risques sanitaires liés au milieu et certaines situations abordées dans d'autres objectifs (eau, air intérieurs, situations sanitaires exceptionnelles...).

La stratégie nationale de santé comporte un axe fort pour « Garantir la qualité et la pertinence de la prise en charge » et fixe des indicateurs de résultats en matière de qualité et d'efficacité d'organisation.

Les professionnels du premier recours sont engagés dans des démarches qualité mais de manière très variable selon les professionnels et les contextes d'exercice. Pour aller plus loin, il s'agira de promouvoir les démarches qualité développées par les acteurs du premier recours, en particulier dans un cadre pluri professionnel (MSP, ESP...) en s'appuyant sur nos contrats avec : les URPS, les MSP, en partenariat avec l'Assurance maladie.

En établissements de santé, la démarche qualité repose sur un ensemble cohérent d'évaluation comprenant certification, indicateurs de qualité de prise en charge et enquêtes de satisfaction. Elle est indissociable des démarches visant la pertinence des soins qui sont traitées dans un objectif opérationnel connexe. D'importantes avancées ont été réalisées au fil des années pour une meilleure sécurité des soins et des accompagnements, à la fois par des approches



Résultats attendus

- > 100% des acteurs, des services et des établissements du territoire et du champ sanitaire et social sont engagés dans une démarche qualité et sécurité
- > Les résultats de ces démarches sont partagés avec les usagers et leurs représentants

sectorielles, telles que la lutte contre les infections nosocomiales, les erreurs médicamenteuses, la maltraitance, la sécurisation du circuit du médicament mais aussi, de manière globale, avec la mise en place d'une nouvelle gouvernance de la qualité et de la sécurité. Ainsi, un cadre structure aujourd'hui les démarches, par la certification pour les établissements sanitaires et par l'évaluation interne et externe pour les établissements et services médico-sociaux.

Les résultats à mi-parcours de la Certification V2014 actualisés en décembre 2017 traduisent un bon niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé de la région. La moitié des établissements de la région (66) ont reçu la visite V2014. La majorité des établissements, 89 %, ont obtenu une cotation sur les deux meilleurs niveaux A et B pour la V2014 et 93 % pour les établissements certifiés V2010. En V2014, la prise en charge médicamenteuse du patient reste le principal sujet de décisions pour les établissements dont moins de la moitié satisfont les attendus (47 %). Les thématiques suivantes sont également génératrices majoritairement de recommandations : bloc opératoire, endoscopie et droit du patient, en moyenne 62 % des établissements pour lesquels ces thématiques ont été investiguées satisfont les attendus. Pour 5 % des établissements en région PDL (3 sur 66), la HAS a décidé de surseoir à la certification du fait de réserves. Le niveau de certification sera prononcé à l'issue d'une prochaine visite de suivi.

Dans le secteur médico-social, la démarche qualité et la sécurité des soins et des accompagnements ont fortement progressé ces cinq dernières années comme en témoignent l'évolution des indicateurs Flash sur le suivi des données clés en matière de qualité et de sécurité. Ainsi entre 2013 et 2014, le taux d'EHPAD disposant d'un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité formalisé et suivi a augmenté de 25 %, passant de 65 à 90 %, sous l'impulsion des démarches d'évaluation

interne et externe (même si ce taux a peu progressé ensuite). En 2016, 70 % des résidents des EHPAD de la région disposaient d'un projet personnalisé formalisé (contre 50 % en 2013). Ce taux atteint 90 % sur le secteur du handicap. La promotion de la bientraitance et le traitement des faits de maltraitance sont formalisés par un protocole interne dans 74 % des EHPAD. 91 % des ESMS PH disposent d'une fiche de recueil des événements indésirables mais seulement 69 % organisent des temps d'analyse des EI (+ 8 points depuis 2014). Un plan d'action de sécurisation du circuit du médicament est mis en place dans 77 % des EHPAD de la région en 2016, contre 62 % en 2013. La dispensation de molécules inappropriées pour les personnes âgées est également en réduction. Ces résultats, qui montrent une tendance favorable à la hausse, masquent cependant des disparités principalement liées à la capacité des établissements et à leur statut. Les SSIAD sont, eux aussi, engagés dans la qualité des soins à domicile, mais demandent à être accompagnés pour formaliser leur démarche notamment sur la formalisation du projet personnalisé, la structuration de la déclaration et de l'analyse des événements indésirables et le déploiement de certains protocoles (contention, gestion des situations de violence, gestion des situations de maltraitance...). Dans ce champ, il s'agira d'inciter les acteurs à faire de la démarche qualité un axe structurant de leurs contributions aux parcours de santé.

De son côté, L'ARS, en charge de la sécurité sanitaire au plan régional, reçoit, par plusieurs canaux, des informations concernant la sécurité des soins, des produits de santé et des accompagnements : des signalements de la part des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels de santé. Un portail de signalement a été ouvert au plan national en mars 2017, se traduisant pour les Pays de La Loire par une centaine de signalements, dont 42 EIGS. Au total ce sont 530 signalements d'événements

indésirables qui ont été adressés à l'ARS en 2017. Les réclamations de la part des usagers sont au nombre de 585 dont un tiers concerne la qualité des soins ou des accompagnements.

Quel que soit le point d'entrée et le type de déclarant, on constate une augmentation des dysfonctionnements portés à la connaissance de l'ARS. Si on peut se féliciter de la diffusion de cette « culture du signalement » chez les professionnels de santé et – symétriquement – de l'affirmation du droit des patients, cette augmentation impose à l'ARS et au système de santé en général un effort supplémentaire pour apporter la réponse adéquate aux signaux qui lui sont transmis.

Pour les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les professionnels de santé, il s'agit de tirer tous les enseignements des événements indésirables – notamment les EIG – avec l'appui des structures régionales d'appui (QUALIREL, CEPIAS...).

Pour l'ARS, l'enjeu est de traiter l'ensemble des signaux (quel que soit leur point d'entrée) de façon efficace et sûre afin d'y apporter la réponse adéquate, depuis la simple information de l'utilisateur sur ses droits et ses voies de recours jusqu'à l'alerte sanitaire en passant par l'inspection contrôle. Au-delà de la réponse ponctuelle, l'objectif est de rassembler l'ensemble des informations disponibles sur les points de fragilité du système de santé. Cette « cartographie des risques en santé », dont le modèle reste à élaborer, constituera un point d'appui pour la mise en œuvre des politiques régionales de santé, en particulier celle relative à la qualité des soins et des accompagnements.


Au-delà de l'ARS, c'est l'ensemble du système régional de santé qui doit partager ce diagnostic et mettre en œuvre un plan d'action partagé pour améliorer la sécurité des soins et des accompagnements. La constitution du Réseau Régional de Vigilances et d'Appui (RREVA) des Pays de la Loire en décembre 2017 constitue un des cadres pour cette concertation régionale.

Indicateurs cibles



- 100% des établissements sanitaires atteignent la cible nationale HAS pour les indicateurs IPAQSS
- 100% des EHPAD dispose d'un axe médicament dans le PACQ
- 100% des personnes accompagnées bénéficient d'un projet personnalisé formalisé actualisé à intervalles réguliers
- 100% des EHPAD ont adopté la charte « Qualité et sécurité »
- 100% des usagers des ESMS disposent d'un dossier de liaison d'urgence ou d'une fiche de transfert
- 100% des établissements et des professionnels de santé ont connaissance du portail de signalement
- 1 Cartographie des risques est mise à disposition des acteurs et des usagers

Leviers d'action



- > Référentiels HAS ANESM
- > Contractualisation avec les structures régionales d'appui, avec les établissements et avec les URPS



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Renforcer l'observation des facteurs de risques associés aux soins et aux accompagnements :

par la promotion auprès des établissements sanitaires, médicosociaux et des professionnels de santé de la culture positive du signalement

Par l'analyse croisée des sources contributives (signalements, réclamations, certification, évaluation

externe...) et l'établissement d'une cartographie des risques

Elaborer un programme régional qualité et réduction des risques dans le champ du premier recours, en partenariat avec l'Assurance maladie, les URPS... et avec l'appui des Structures d'appui

Vis-à-vis des usagers

Faire des usagers, un réel partenaire de la qualité de sa prise en charge et de son accompagnement dans des démarches comme l'expérimentation « Moipatient »

Rendre les mesures de la qualité des acteurs, plus lisibles et compréhensibles pour les usagers

Améliorer l'information donnée aux usagers par chaque acteur sur les enjeux qualité et sécurité et contribuer à la diffusion des indicateurs qualité en s'appuyant sur des sources fiables comme Scope santé

Faire évoluer les indicateurs vers une approche résultats (et moins une logique moyens)

Vis-à-vis des établissements et services

Développer les démarches qualité et sécurité en ESMS, notamment en EHPAD, en impulsant une dynamique territoriale : formations, accompagnement opérationnel, déploiement d'une charte qualité et sécurité...

Assurer la continuité du projet personnalisé quel que soit le parcours d'un usager et la structure qui l'accompagne, assurer l'information réciproque, voire la rédaction conjointe

Systématiser le Dossier de Liaison d'Urgence en EHPAD et la fiche de liaison en structure PH et en SSIAD

Mettre en place la démarche d'Identito-vigilance au sein de la prise en charge et des parcours dans tous les secteurs de la santé

Vis-à-vis des structures d'appui à la qualité

Unifier et renforcer la SRAE qualité, couvrant tous les acteurs (dont le domicile)

Favoriser les synergies d'actions des structures régionales d'appui et de vigilance autour d'enjeux et d'objectifs partagés dans le champ de la sécurité sanitaire des soins et des accompagnements via un programme d'actions concerté au sein du RREVA

ARGUMENTAIRE



Améliorer la performance d'un système de santé, c'est répondre à **trois enjeux** (définition de l'Organisation Mondiale de la Santé) :

Améliorer l'état de santé de la population,

Répondre aux attentes des personnes et des acteurs du système, et améliorer la qualité des prises en charge,

Assurer un financement équitable et soutenable en utilisant au mieux les ressources limitées.

Constatant que notre système de santé semblait se dégrader (la France se plaçant en 15^{ème} position seulement dans le classement des pays en termes de qualité et d'accessibilité des systèmes de santé), une démarche d'analyse basée sur la performance a été introduite puis mise en œuvre à partir de 2010, tant au niveau des politiques de santé nationales qu'au niveau des opérateurs individuels.

Cette première étape d'appropriation des démarches de parangonnage¹⁰ et d'élaboration de quelques indicateurs de performance étant faite, trois pistes peuvent être proposées afin de poursuivre la dynamique d'amélioration de la performance de notre système de santé.

D'abord, il devient nécessaire de décloisonner l'approche de la performance dans une logique de parcours de santé englobant ainsi les champs hospitalier, médico-social et des soins primaires sans oublier la prévention. Il convient aussi de prendre en compte la croissance élevée de la prévalence des maladies chroniques et de leur impact sur leurs recours aux services de santé.

¹⁰ Comparaison des organisations, synonyme de benchmarking, soit action ou technique visant à observer, comparer les organisations (dans le cas présent, de santé).



Résultats attendus

- > L'ensemble des champs de la santé tous secteurs confondus fait l'objet à l'issue du PRS d'une démarche de performance
- > Le service rendu à l'utilisateur est satisfaisant en termes d'accès à l'offre de soins et de santé, de délai de rdv, d'accompagnement médico-social, et de lutte contre la iatrogénie

Les travaux du HCAAM ont en effet montré que c'est par une approche à la fois **soignante et sociale** que l'on peut infléchir la pente de croissance naturelle des dépenses de santé dans une logique vertueuse de performance médico-économique.

Puis, il importe de poursuivre le développement du virage ambulatoire en l'amplifiant en chirurgie et en le développant dans sa dimension soin et organisationnelle en médecine, en SSR. Les secteurs psychiatrique et médico-social connaissent une mutation également majeure et ont vocation entre autres à s'orienter vers une désinstitutionnalisation pour certaines situations (pathologique ou de handicap), ce qui favorise la modalité file-active et réponse aux besoins plutôt qu'une logique de « place ».

Enfin il s'agit de mettre en place à l'échelle du territoire régional une **gouvernance** unifiée et dédiée. L'ARS, l'AM, la HAS, les collectivités territoriales et les établissements ou fédérations siègent dans des instances distinctes et qui, néanmoins concourent aux mêmes objectifs de performance (IRAPS / Commission GDR / démarches de certification HAS / comité de suivi du plan triennal ...).

Un lien plus resserré doit être établi entre les démarches de pertinence, la mise en œuvre des recommandations des sociétés savantes et de bonnes pratiques, la démarche qualité (IPAQSS, certification..) portée par la HAS et la dynamique d'efficacité / performance des acteurs dans le cadre d'instances institutionnelles et professionnelles **unifiées**.

La connaissance, l'observation et l'analyse des pratiques vise trois objectifs :

L'adéquation entre les besoins évalués de la personne et les moyens alloués (accompagnement, thérapeutiques, techniques, coût de l'innovation...) dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

La délivrance de soins utiles et adaptés à l'état de santé du patient, et à son parcours de prise en charge (qualité et pertinence des prises en charges, amélioration du service médical rendu).


Une meilleure connaissance et maîtrise des coûts afin que l'effort se concentre sur les examens et prises en charge utiles (mieux gérer la contrainte financière pour innover ou investir par exemple).

Améliorer la performance médico-économique repose inévitablement sur une démarche d'évaluation et des besoins de la personne en fonction de sa complexité, ses besoins et de la situation.

Cette évaluation doit porter non seulement sur l'analyse du chemin clinique du patient, mais aussi à un niveau plus systémique, sur tout dispositif réalisé par les politiques publiques. La mesure de l'impact doit porter sur deux aspects principaux, à savoir l'état de santé de la population et d'autre part sur le coût médico économique comparé entre les différents dispositifs existants.

Dès 2010, un programme d'optimisation de la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux a été mis en place.

De façon plus concrète, la démarche de performance médico économique s'applique lors des situations de dégradation budgétaire des établissements de santé. Les établissements sanitaires ou de médico-social en déficit peuvent relever réglementairement (code de santé publique ou CASF) d'un dispositif contractuel qui engage l'établissement et l'ARS, appelé contrat de retour à l'équilibre (CREF). Elle s'appuie sur des cibles d'efficacité élaborées à partir de référentiels ANAP et les recommandations de bonne pratique de l'HAS.



Indicateurs cibles

↓ Réduction des délais moyens de rendez-vous pour les spécialités médicales suivantes : Ophtalmologie, Cardiologie, Pneumologie, Imagerie, Centre médico-psychologique (CMP)

90% Taux cible d'occupation des lits en chirurgie, médecine SSR

28 à 30 lits : capacité cible en lits des services de SSR


30 patients pour 100 000 habitants pris en charge par jour en HAD dans la région

↑ de la part des séjours d'hospitalisation des résidents en ESMS pris en charge par l'HAD

↓ des écarts de durée moyenne de séjour (DMS) par rapport à la DMS régionale

↑ du nombre d'établissements ayant réduit leur nombre de patients ayant une durée moyenne de séjour (DMS) supérieure à 292 jours

100% des gestionnaires multisites et des établissements sanitaires présentent un schéma directeur immobilier pour tout projet d'investissement stratégique



Leviers d'action

- > Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements
- > Appels à projet
- > Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
- > Investissement



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Acculturer

Diffuser la culture de la performance auprès des acteurs et des usagers

Intégrer la pertinence, la qualité et la sécurité des soins dans les démarches de performance médico-économique

Installer une gouvernance pluri institutionnelle en appui

Mettre en œuvre

Partager le diagnostic et les objectifs

Accompagner et impulser les démarches de parangonnage* et d'efficacité tous secteurs confondus (sanitaire, médico-social, prévention, sécurité sanitaire,...)

Diffuser les référentiels de bonne pratique

Améliorer l'efficacité des établissements

Maîtriser et réduire les déficits

Mesurer évaluer observer

S'assurer de l'analyse de la performance et de la qualité de prise en charge menée à l'échelle des établissements et dans une dynamique de parcours (soit par pathologie soit par population)

Mettre en place pour tout dispositif une évaluation en termes de pertinence et d'efficacité

Améliorer la connaissance des délais de rendez-vous pour les principales disciplines médicales et chirurgicales, et d'imagerie.

Accompagner la montée en charge de l'observatoire de l'imagerie

Connaître, suivre et améliorer les délais de rendez-vous pour les examens d'imagerie

Optimiser le rôle des CMP dans le parcours de santé mentale et réduire les délais de rendez-vous dans les CMP

Promouvoir l'amélioration de l'efficacité des établissements sanitaires en termes de capacité et d'organisation

Porter le taux d'occupation en chirurgie et médecine à 90 %

Améliorer l'efficacité des unités de médecine et de SSR en ajustant leurs capacités. Cible : unités de 28 à 30 lits
Réduire les écarts de DMS des établissements par rapport à la DMS régionale

Poursuivre et amplifier le virage ambulatoire

Amplifier le virage ambulatoire tant au niveau MCO que SSR.

Promouvoir le développement de l'HAD

Pour le secteur de santé mentale, poursuivre la réflexion autour des durées longues de séjour (supérieure à 292 jours)

Accompagner la désinstitutionnalisation en lien avec les secteurs, médico-social, social et du premier recours, articulée avec la politique de prévention

Favoriser les expérimentations des hôtels patients

Prendre en compte l'évaluation nationale du dispositif expérimental

Accompagner l'évolution des établissements et services médicosociaux tout en améliorant leur efficacité

Promouvoir l'optimisation capacitaire des EHPAD dans le cadre des projets de transformation de l'offre ou des projets d'investissement en visant une taille optimale de 80 places¹¹

Accompagner la Mise en adéquation des profils des résidents dans les EHPAD : Tendre vers l'accueil quasi exclusif des résidents 1, 2, 3, 4, en EHPAD

Fixer les taux d'occupation des AJ et HT : cible à 60 %

Accompagner le passage d'une logique de place à une logique de file active et de besoins dans le secteur médico-social PH

Promouvoir le développement de la pharmacie clinique au sein des établissements et services sanitaires et médico-sociaux

Anticiper l'évolution du patrimoine

Engager les établissements à anticiper les évolutions nécessaires du patrimoine au regard de l'évolution des besoins, de l'état du patrimoine et des dynamiques de territoire.

Améliorer les démarches de conduite de projets d'investissements stratégiques : formalisation en amont (objectifs, périmètres du projet, calendrier, outils,...) et recours aux outils d'évaluation socio-économique.

¹¹ Voir note de bas de page No. 9 page 55



Adapter le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles



Résultat attendu

> Une réponse coordonnée structurée par le schéma ORSAN : les 4 volets du plan ORSAN sont arrêtés

Les risques et les menaces pour la santé et le système de santé évoluent constamment. Les récentes évolutions internationales ont fait apparaître de nouveaux risques. Les risques sanitaires émergents et les nouveaux risques environnementaux induisent une adaptation rapide des modalités de gestion, qui nécessitent d'être déclinées en mode opérationnel. Il en va de même pour les nouvelles menaces apparues compte tenu de l'évolution des méthodes employées lors d'actes terroristes et la fin de la sanctuarisation des établissements du domaine de la santé ou du médico-social. Ils nécessitent notamment d'adapter l'organisation des secours et les pratiques d'intervention d'urgence, les modalités de transports sanitaires, de prise en charge et de suivi de victimes en grand nombre, de renforcer la sécurité au sein et aux abords des établissements de santé, et du médico-social...

Dans son instruction du 22 janvier 2016, le DGS précise qu'un continuum doit être assuré entre la réception, l'analyse et la gestion des signaux, l'anticipation, la préparation et la réponse aux crises sanitaires. L'efficacité de l'alerte est indissociable de la qualité de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, notamment au tout début d'une crise sanitaire.

La doctrine gouvernementale a évolué

Depuis plusieurs années, une organisation intégrée et interministérielle de gestion de crise (à l'instar du Centre interministériel de crise activé par le 1er ministre) a été mise en place au niveau national, structurant les centres opérationnels des ministères dont le centre de crise sanitaire du ministère de la santé.

A partir de 2015, dans le contexte d'attentats et de menace terroriste, l'action de l'Etat se renforce, notamment pour la sécurité des acteurs.

La doctrine 'santé' s'est étoffée dans la préparation et la conduite de crise. Les exigences sont de plus en plus importantes vis-à-vis des acteurs de la chaîne santé (ARS, Etablissements de santé, SAMU, CUMP, transporteurs sanitaires, professionnels libéraux, établissements et services médico-sociaux, ...), avec davantage de réactivité dans le pilotage de la SSE, et des attributions nouvelles concernant le suivi des victimes. Des compétences nouvelles sont attendues, animation technique, formation relais, gestion de Systèmes d'information, préparation d'exercices adaptés.

Le dispositif ORSEC (organisation de la réponse de sécurité civile) doit désormais être mis en adéquation avec le dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé), initié à partir de 2014. Le dispositif comprend 4 volets : afflux massif de nombreuses victimes (AMAVI) – urgences médico-psychologiques (UMP) – vaccination exceptionnelle (EPI-VAC) – événements climatiques et environnementaux (CLIM). Par ailleurs, les établissements de santé doivent veiller à l'actualisation de leur plan blanc afin d'y intégrer les nouvelles menaces et les réponses pouvant y être apportées. Il en va de même pour les établissements médico-sociaux avec la mise à jour de leur plan bleu, en y ajoutant des dispositifs autres que ceux liés à la gestion d'une période de canicule.

Depuis 2012, l'ARS s'est organisée pour répondre au mieux à une situation sanitaire exceptionnelle, en précisant son cadre d'organisation interne, y compris en dehors des heures ouvrées avec la mobilisation possible de personnels volontaires ; ainsi qu'en adoptant son plan de continuité d'activité. Les Plans Blancs Elargis ont été mis à jour dans chaque département en 2014/2015 et ont été approuvés par les préfets.

L'ARS a participé aux travaux du futur plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires et accompagné les orientations budgétaires des moyens tactiques des établissements de santé.

Les travaux doivent se poursuivre en particulier pour adapter le schéma ORSAN dans ses différents volets régionaux et mener à son terme la mise à jour des plans blancs des établissements de santé et des plans bleus des établissements médico-sociaux.

Nos enjeux pour le PRS portent sur :

La reconnaissance d'un échelon régional opérationnel pour la préparation et la gestion de SSE et pour le soutien aux délégations territoriales pour la gestion interministérielle de crise,

La mise en œuvre du schéma ORSAN, levier d'actions pour l'ARS puisqu'il décrit comment elle pilote et mobilise les moyens lors de SSE,

L'accompagnement dans la durée des acteurs de santé pour la préparation et la conduite de crise, la mise à jour et l'actualisation régulière des plans, des instructions, des protocoles, etc....

La préparation du système de santé aux SSE vise tous les acteurs (établissements de santé, EMS, professionnels de santé libéraux (le premier recours), le service de santé des armées, les opérateurs, les usagers, l'ARS, ...) pour faire face à des SSE à cinétique rapide (attentat, accident industriel, épidémie, ...) ou à cinétique plus lente (risques épidémiologiques émergents, lutte anti moustiques, ...).

Au-delà du recensement de moyens (nombre d'effecteurs, capacité d'accueil, vecteurs mobilisables, ...), il s'agit :

D'identifier les faiblesses capacitaires actuelles et y remédier,

D'identifier les points de rupture selon les risques et préparer des solutions alternatives,

De prévoir les scénarii de mobilisation des différents acteurs pour gérer les flux de patients et assurer une prise en charge adaptée pour tous.

La maîtrise des risques liés aux situations sanitaires exceptionnelles passe par la préparation et l'adaptation des processus et des capacités d'actions de l'ensemble des professionnels et services de santé et de leurs administrations de tutelle.

Le vecteur de cette réflexion et la réalisation de ces modalités d'intervention repose largement sur l'élaboration et la mise en œuvre du schéma ORSAN, articulé avec le plan départemental de mobilisation sanitaire (ex-plan blanc élargi), les plans blancs hospitaliers, les plans de sécurisation des ES, les plans bleus des EMS, les plans opérateurs, tout en s'articulant avec le dispositif ORSEC et les moyens disponibles hors champ sanitaire.

Parmi les leviers pour atteindre les objectifs du PRS, figurent notamment :

Le schéma ORSAN

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les acteurs du système de santé (ES-ESM- les MSP)

Les contrats territoriaux de santé et contrats territoriaux de santé mentale

L'information/ la mobilisation par exercice- entraînement et les RETEX (retours d'expérience)

La mobilisation des usagers via la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie CRSA et les CTS



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Leviers d'action

- > Partenariat préfet, SIDPC, Service de santé des armées
- > Schéma ORSAN
- > Répertoire opérationnel des ressources
- > Animation des réseaux de déclarants

Indicateurs cibles

Les 4 volets du plan ORSAN sont arrêtés (20% en 2017) (AMAVI 2017 ; UMP 2018 ; EPI-VAC 2021 ; CLIM 2021)

- 100% des établissements sont dotés d'un plan blanc à jour en cohérence avec ORSAN
- 100% des établissements sont dotés d'un plan de sécurisation. 75% des directeurs d'établissements médicosociaux ont été sensibilisé aux risques de situations exceptionnelles
- 100% des GHT portent des actions de formation à destination de leurs établissements membres (50% pour les établissements non membres du GHT)
- 100% taux de participation des URPS aux travaux des volets ORSAN les concernant

Consolider la gouvernance au sein des établissements de santé et des établissements médico sociaux, autour de l'organisation de la réponse aux situations exceptionnelles et son adaptation aux nouvelles menaces

Favoriser le développement de coopérations inter-établissements sur les territoires

Renforcer et accompagner l'implication des professionnels de santé libéraux en tant qu'acteurs de la réponse à certaines situations sanitaires exceptionnelles

Maintenir et resserrer le cadre de coordination de l'ARS avec les préfetures autour de la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles

Consolider et développer les plans et outils opérationnels de réponse aux situations exceptionnelles (Schéma ORSAN – répertoire opérationnel des ressources) en lien avec les acteurs de santé

Intégrer les risques émergents (infectieux, environnementaux, sécuritaires, ...) dans le dispositif de veille et de sécurité sanitaire

Garantir la continuité et la réactivité du dispositif de veille et d'alerte sanitaires.

Mobiliser les usagers, et notamment dans le plus jeune âge en logique de gestion des risques

ARGUMENTAIRE



Résultat attendu

> Tous les projets de formation intègrent une approche pluri-professionnelle, promeuvent la prévention, valorisent la place de l'utilisateur, acteur de sa santé et développent les compétences adaptées aux besoins émergents et à l'enjeu d'une meilleure coordination

Alors que les besoins de santé de la population et que les attentes des professionnels évoluent, il convient d'anticiper les enjeux de formation et d'adaptation des compétences. Il s'agit d'une ambition qui vise à répondre aux besoins de demain, mais aussi à promouvoir des évolutions de pratiques par la contribution de la recherche et de la formation.

Les enjeux et priorités de prévention ne pourront être portés sans une ambition forte de formation et d'information de tout professionnel et de chaque citoyen.

Les révolutions annoncées par la recherche et le big data ainsi que les perspectives démographiques démontrent la nécessité de penser à l'évolution des métiers, des pratiques et à l'essor de nouveaux modèles de formation.

Les formations paramédicales et sociales entament une révolution dans leurs gouvernances et cheminent vers l'Université.

Dans le même temps, la formation médicale connaît une réforme profonde du troisième cycle avec l'émergence de nouvelles spécialités et une filiarisation renforcée.

Dans ce contexte complexe, en forte mutation, et traversé par les contraintes de la réalité économique, il convient d'engager une stratégie de fond portant notamment sur une concertation renforcée avec toutes les institutions en responsabilité dans le champ de la formation et les principaux opérateurs afin de partager les enjeux clés :

Développer une politique de qualité des formations : à même de satisfaire à l'évolution des compétences au service des besoins de santé

Répondre aux enjeux des projets et des spécificités des territoires

Répondre aux enjeux de l'évolution du système de santé notamment le virage ambulatoire

Satisfaire à l'impérieuse nécessité de développer la culture de la santé publique, de la prévention et de la promotion de la santé, à l'échelle des professionnels de santé et de la population

Accompagner le développement des formations pluri-professionnelles au service des parcours de santé et du « travailler ensemble, en équipe »

Promouvoir les expérimentations, l'innovation pédagogique et organisationnelle, la simulation, accompagner la révolution numérique et l'émergence de pôles ou campus d'excellence, à même d'offrir des facteurs d'attractivité à tous les territoires

L'accompagnement d'expérimentations et de formations utiles à l'émergence de nouveaux métiers, intermédiaires entre les paramédicaux et les médecins et autres professionnels de santé à même d'offrir une réponse au besoin de santé avec la juste compétence est un axe à privilégier. L'exemple de la filière visuelle, avec des transferts d'activités et de compétences vers les orthoptistes est une illustration de la voie à prendre.

L'enjeu pour le Projet Régional de Santé est de rendre explicite les besoins en compétences pour le futur.

Quels vont être les besoins d'une médecine plus prédictive et préventive que réactive ?

Quels seront les nécessaires investissements utiles à la conduite du changement, au management de la connaissance et des bases de données ?

Il s'agit de prendre la réalité des projections démographiques et d'apprécier les perspectives d'évolutions des besoins de santé afin d'être en interaction constructive avec tous les acteurs de la formation et de la santé. Le système de santé étant lui-même un acteur clé de ce système de formation. Les parcours et la diversification de stages, notamment la formation clinique, sont déterminants pour former tous les professionnels de santé.

Les perspectives démographiques positives ne se dessinent qu'à l'horizon de 2030, il convient donc d'engager et de soutenir fortement les évolutions des pratiques professionnelles et de soutenir pour cela les leviers de la formation et de l'innovation pour accompagner ces changements nécessaires.

L'ARS des Pays de la Loire accompagnera la transformation des métiers sur le territoire.

Au côté de l'axe concernant la rénovation des dispositifs de formations, sont identifiés 4 axes complémentaires :

L'accompagnement du parcours professionnel des professionnels de santé : que ce soit à la ville ou à l'hôpital, le professionnel doit avoir des perspectives d'évolution de carrière, institutionnelles ou territoriales, que celles-ci soient visibles, qualifiantes ou valorisées : cet axe intègre les réflexions sur l'évolution des modalités de rémunérations.

La promotion du travail en équipe et pluri-professionnel : les nouvelles organisations du travail autour du parcours patient. Simultanément à l'évolution des métiers, des formations et des nouvelles technologies, l'organisation apprenante doit porter l'acquisition de ces nouvelles compétences.

L'axe managérial est une composante de la transformation des métiers : l'évolution des modes managériaux est interrogée, à la ville comme à l'hôpital.

Enfin, la question de l'attractivité des emplois en santé doit être portée : il s'agit de redonner confiance et envie dans l'exercice de ces métiers au travers des axes ci-dessus mentionnés, et en travaillant spécifiquement sur les conditions de travail : il s'agit également de renforcer la valeur de leur image, de leur humanité et de leur modernité.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Accompagner la transformation des métiers.

Co-construire la politique de GPMC en assurant la coordination des études prospectives des besoins en compétences et promouvoir une GPMC territoriale avec un positionnement renforcé de l'ONDPS

Impulser et accompagner un nouveau pilotage et une nouvelle gouvernance territoriale de la Formation

Faciliter la structuration de l'offre d'accueil et des conditions de vie des étudiants et stagiaires

Diversifier et améliorer la qualité des maitres et lieux de stage

Accompagner la gestion des Ressources Humaines à l'échelle des territoires en lien avec les GHT et le Privé

En lien avec la Région, les fédérations d'employeurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social, les instituts : mettre en place un plan d'actions ciblé sur les besoins en compétences aides-soignantes

En lien avec le Conseil régional, les Universités, les instituts, les ordres, les URPS, les usagers, structurer un plan régional de communication visant à mieux faire connaître et valoriser les formations sanitaires et sociales

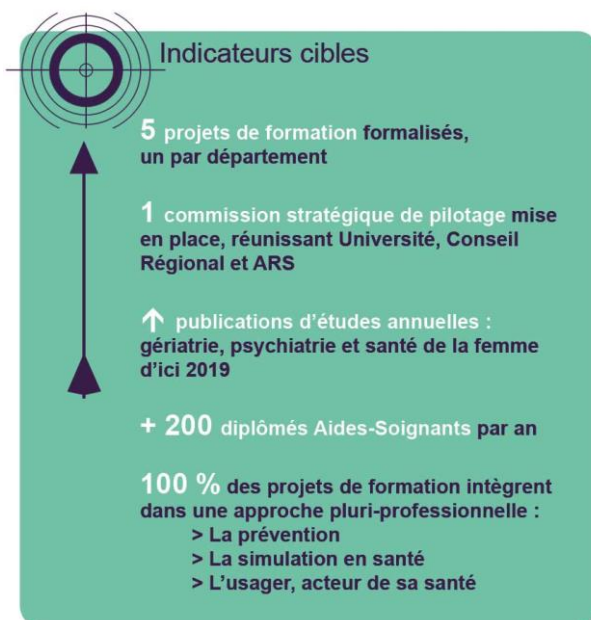
Soutenir la qualité de la formation et l'innovation pédagogique afin de permettre l'émergence d'un appareil de formation réformé, ancré sur les évolutions du système de santé...

Développer les partenariats avec les OPCA pour favoriser les formations continues et le développement professionnel continu

Soutenir une politique régionale de formation à la prévention structurée, ambitieuse et déclinée dans tous les projets de formation

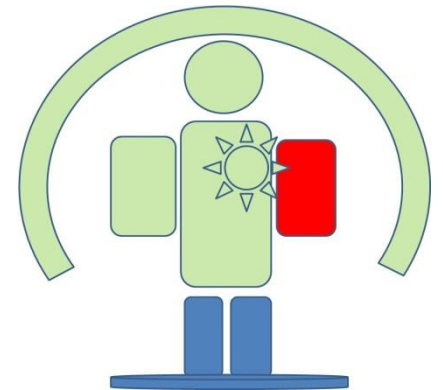
Promouvoir une politique structurée de développement de la Simulation en santé

Mettre en œuvre le service sanitaire des étudiants en santé



Orientation stratégique 5
Des acteurs coordonnés dans les territoires
pour mettre fin au parcours d'obstacle

69



ARGUMENTAIRE



Acteurs multiples, dispositifs aux périmètres variables, autant d'éléments qui ne permettent pas toujours une bonne identification des ressources mobilisables sur le territoire. Dans les situations complexes de polyopathologies, de perte d'autonomie, de handicap psychique, etc., les réponses à apporter nécessitent des interactions renforcées entre les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.

La bonne orientation et articulation entre professionnels est très dépendante du degré de connaissance des dispositifs et des ressources du territoire. Il convient dès lors de s'assurer que l'ensemble des professionnels dispose d'une information précise et objective. Cette capacité à mobiliser les ressources adaptées est une condition nécessaire pour concilier les réponses aux besoins des patients. Or, la qualité des réponses ne peut reposer uniquement sur des connaissances interpersonnelles des professionnels. La bonne connaissance de l'offre figure parmi les fonctions d'appui nécessaires pour des parcours de santé sans rupture.

La mise en lien de l'ensemble des sources d'informations disponibles sur un territoire permet de rendre lisibles et intelligibles les rôles de chacun en fonction des besoins identifiés des patients. L'information sur les ressources doit être régulièrement actualisée et améliorée par retours d'expériences des professionnels.



Résultats attendus

- > Des dispositifs aux missions claires et explicites avec la mise à jour d'un schéma de cohérence / convergence diffusé à large échelle
- > Des professionnels de santé en capacité de bien orienter les patients selon les besoins identifiés
- > Des systèmes d'échange d'information fiables et opérants
- > Une coordination décloisonnée et facilitée entre professionnels grâce à l'interconnaissance et aux partages de pratiques



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Porter à connaissance et mettre à disposition les informations nécessaires à la coordination

Mettre à disposition les dispositifs et outils rendant lisible l'offre de promotion de la santé, de prévention, et d'éducation thérapeutique du patient

Améliorer la connaissance des dispositifs ressources mobilisables par les professionnels de santé : MDA, CLIC pour les aînés...

Analyser plus finement les parcours de santé pour mieux identifier et corriger les facteurs de rupture

Déployer des outils permettant la diffusion de l'information nécessaire aux parcours de santé

Accompagner l'usage effectif de solutions numériques accessibles et un environnement fiable permettant l'échange de données entre professionnels

Développer l'usage du ROR et de via-trajectoire ou d'autres outils innovants pour améliorer l'orientation dans le secteur médicosocial et ses multiples composantes

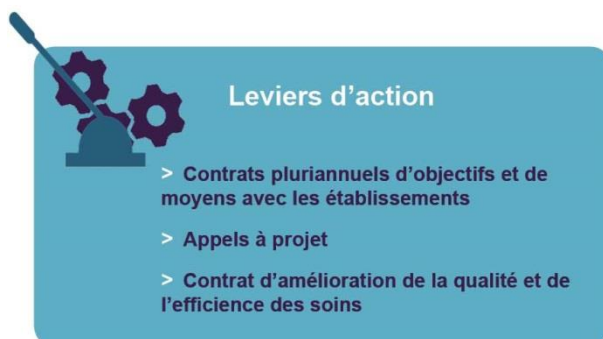
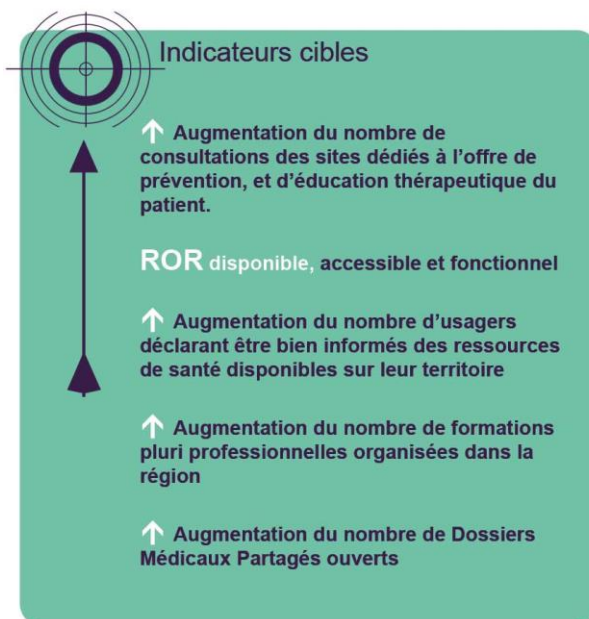
L'ensemble des opérateurs diffuse auprès des professionnels et met à jour une information fiable sur son offre de services

Accompagner les démarches participatives visant à l'amélioration de la connaissance de l'offre

Travailler au sein des instances de démocratie sanitaire sur les leviers de coordination, pour préparer les avis sur les projets de santé de territoires (CLS, PTSM, CPTS, PTA...)

Encourager la réalisation de formations pluri professionnelle à l'échelle du territoire de proximité

Affirmer le rôle d'accompagnement des Structures Régionales d'Appui et d'Expertise (SRAE) dans leur rôle d'amélioration des pratiques et d'animation du réseau des acteurs



ARGUMENTAIRE



La complexité des situations des personnes tend à augmenter (poly-pathologies, isolement social, vieillissement...). Face à cette évolution, les réponses apportées par le système de santé demeurent encore trop cloisonnées. Dans de nombreuses situations c'est l'usager, ses aidants qui assurent eux-mêmes la continuité entre les différents intervenants de leur parcours dans un système peu lisible. Par ailleurs, les professionnels du soin et du médicosocial communiquent peu, voire ne se connaissent pas. Dès lors, le partage et la coordination sont limités d'autant que les systèmes d'information n'y aident pas toujours.

Le besoin de coordination est ressenti de façon plus ou moins intense dans les territoires tant par les usagers que par les professionnels. Cependant pour ne pas rendre le système plus compliqué, il faut éviter de multiplier les couches de coordination et travailler sur l'organisation même des relations entre les acteurs. L'intégration des professionnels et des acteurs est une forme aboutie de la coordination où des partenaires libres et autonomes ont appris à se connaître et à travailler ensemble. Ils sont alors en capacité de définir des procédures communes et à même de les faire respecter. C'est sur cette base que des améliorations du système et des améliorations des parcours individuels pourront se construire au plus proche des réalités des territoires. Le déploiement en région de lieux d'échange et d'intégration des politiques et des acteurs a surtout visé les parcours des aînés. Cependant, cette démarche inspirée de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA¹²) n'a pas toujours été comprise. De fait, son efficacité est restée relative à défaut de réussir à mettre

¹² <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>



Résultats attendus

- > Une appropriation effective par les institutions partenaires des enjeux liés aux parcours de santé et aux principes de l'intégration
- > Des acteurs et des partenaires, parties prenantes et assurant une participation effective à des instances d'échanges portées collectivement
- > Des instances « forces de proposition » légitimes pour proposer et construire des solutions pérennes et adaptées sur les territoires

tous les partenaires pertinents autour de la table. Pourtant, ce principe d'intégration reste pertinent et tend à se développer, parfois sans vision globale, nuisant ainsi à la cohérence d'ensemble.

Le partage des enjeux, la possibilité de croiser les regards, de comparer et mettre en commun les bonnes pratiques sont autant de facteurs qui concourent à l'amélioration des réponses apportées aux usagers, aux aidants... Des lieux d'échange, vecteurs d'intégration sont à formaliser tant au niveau des institutions qu'en proximité autour de projets concrets. En prenant appui sur l'expérience des acteurs, ils doivent permettre d'élaborer des solutions innovantes et génériques. Cette dynamique de résolution de problème permet le traitement des situations récurrentes sources de difficulté collective de prise en charge et d'accompagnement pluri professionnel.

Le PRS doit créer les conditions de bon fonctionnement de ces lieux. Elles sont au nombre de cinq :

Un cadre d'animation pour l'action

Des outils permettant de suivre et rendre compte (outillage notamment SI, données, évaluation, diagnostic territorial...)


Des accords de méthode avec nos partenaires au niveau régional, au niveau des territoires départementaux des conseils territoriaux de santé et au niveau infra territorial des territoires des projets de santé.

Une communication et sensibilisation pour associer progressivement l'ensemble des acteurs sur chacun des territoires

Une méthode et des techniques de résolution de problèmes permettant l'émergence de solutions partagées reposant sur les ressources existantes (cercle de qualité, audit clinique et autres méthodes d'amélioration continue de la qualité).



DECLINAISONS OPERATIONNELLES



Indicateurs cibles

50 protocoles ou propositions d'organisation sont ou ont été portés en dynamique partenariale par les comités d'intégration des acteurs et des projets sur les territoires de proximité

100% des comités d'intégration des acteurs et des projets ont mis en œuvre un dispositif de recueil du consentement de la personne âgée

75% des professionnels des services à domicile ont été formés au repérage de la fragilité



Leviers d'action

- > Contractualisation avec les maisons de santé pluri professionnelles, les communautés professionnelles de territoire
- > CPOM avec les établissements et services sanitaires et médicosociaux
- > Contractualisation avec les URPS
- > Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le domaine de l'autonomie (MAIA)
- > CIAP dans les territoires

Communiquer à nouveau et réaffirmer les principes et les attentes de l'intégration territoriales des acteurs

Faire évoluer les chartes de gouvernance parcours des aînés afin de les ouvrir à de nouvelles populations (personnes en situation de handicap, jeunes, personnes en situation de précarité, ...)

Assurer la cohérence des lieux existants et les déploiements de dispositifs à venir

Réaffirmer le rôle des MAIA et accompagner les pilotes dans l'animation territoriale

Permettre la participation effective des acteurs

Définir un cadre pérenne de participation des libéraux à la gouvernance territoriale et à la gouvernance projet.

Conforter la présence et la prise de paroles des usagers et de leurs représentants dans les instances de gouvernance

Accompagner la mise en œuvre opérationnelle de guichets intégrés permettant l'information et l'orientation des usagers et des aidants

73

Outils et faire fonctionner les lieux d'échange

Faire émerger des solutions collectives et les légitimer

Accompagner le déploiement de SI vecteurs d'intégration

Développer les protocoles de coopération entre professionnels

Contractualiser avec les établissements et les services sur l'obligation de participation effective aux lieux d'échange et de gouvernance

Favoriser en proximité la mobilisation des nouveaux outils permettant l'émergence de projets (ESP, CPTS, centres de santé, ...)

ARGUMENTAIRE



Résultat attendu

> Implication d'un plus grand nombre de professionnels de santé du premier recours dans des projets de coordination : disposer a minima d'un projet d'exercice coordonné structuré par communauté de communes

Le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et les accompagnements de plus en plus lourds à domicile nécessitent aujourd'hui une coordination accrue entre les acteurs de santé autour du patient. Cette coordination, pour être efficace, doit être organisée et formalisée. Le développement de nouvelles organisations comme les Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et le déploiement du dispositif PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) constituent une première étape dans la structuration de la coordination des différents professionnels.

Fin 2016, la région comptait 72 maisons de santé dont la particularité est d'être très souvent multi-sites, afin de garantir une offre de proximité. La dynamique de groupement de professionnels qui partagent un projet de santé a été particulièrement importante ces dernières années en Pays de la Loire, cependant il convient de garder à l'esprit que :

Seulement un peu plus de 10 % des professionnels de santé libéraux de la région exercent dans ces structures. De plus, la répartition des dynamiques d'équipe au sein de la région est inégale : certains territoires en sont dépourvus quand d'autres disposent d'organisations parfaitement structurées à une échelle territoriale importante (ex : communauté de communes).

Toutes les MSP n'ont pas le même niveau de maturité. Elles présentent en effet des niveaux de coordination entre professionnels très variables et donc ne peuvent pas toutes accéder aux rémunérations liées à l'exercice coordonné.

Leur répartition territoriale est inégale et que le maillage doit encore être amélioré, notamment dans les zones d'intervention prioritaires.

Un minimum de trois médecins est nécessaire (en plus des autres professionnels) pour créer une MSP afin d'assurer sa pérennité et son bon fonctionnement

L'enjeu est donc double. Il s'agit à la fois de développer l'exercice coordonné sous toutes ses formes, notamment grâce aux nouveaux dispositifs prévus par la loi de modernisation de notre système de santé pour offrir des soins de qualité à l'ensemble de la population ligérienne, mais également d'accompagner les regroupements pluri-professionnels existants vers un niveau de coordination plus avancé et une approche territoriale de la santé.

Deux nouveaux dispositifs créés par la loi de modernisation de notre système de santé sont en cours de structuration dans la région et ont vocation à se déployer d'ici 2022 :

Equipes de Soins Primaires (ESP) simples : ensemble de professionnels de santé, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent afin d'améliorer la prise en charge de leur patientèle commune.

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) : à l'initiative des professionnels de santé de premier recours, constitution d'une équipe projet associant les acteurs du social et/ou du médico-social et/ou du sanitaire pour travailler à l'amélioration des parcours de santé de la population d'un territoire défini, à partir de thématiques identifiées.

En Pays de la Loire, l'exercice des soins de premier recours est essentiellement libéral et la coordination entre les professionnels de santé libéraux était jusqu'à présent le plus souvent informelle et bilatérale (médecin/infirmier). Il existe d'ailleurs en région de nombreux regroupements physiques

pluri-professionnels (environ une centaine recensés à ce jour), sans coordination formalisée à ce jour qui pourraient peut-être constituer des points d'appui vers de nouveaux modes d'exercice.

A côté de ces organisations libérales, certains territoires en difficulté ont déployé des réponses salariées via des centres de santé médicaux qui n'ont pas su, jusqu'à présent, s'inscrire dans une dynamique territoriale propice à la coordination des acteurs.

Toutes ces formes d'organisation offertes aux acteurs du premier recours nécessitent une vigilance de l'agence et de ces partenaires institutionnels sur la cohérence territoriale de ces projets afin d'éviter qu'ils ne se percutent. Les projets, quelle que soit leur nature, doivent tous contribuer à améliorer la structuration des soins de premier recours.

L'exercice coordonné pluri-professionnel nécessite de la part des professionnels de santé de l'engagement, du temps, de la méthode et des outils. La notion de prise en charge coordonnée pluri-professionnelle des patients n'est encore pas ou peu abordée dans la formation initiale des professionnels de santé. Ce sont les professionnels de santé libéraux impliqués dans des projets de MSP qui ont contribué eux-mêmes, notamment à travers l'APMSL (Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux) à structurer le dispositif. Par ailleurs, les modes de rémunération des professionnels de santé libéraux n'ont que récemment évolué pour faciliter l'investissement en temps nécessaire.

Les résultats obtenus sur certains territoires qui se sont engagés dans une stratégie de regroupement pluri-professionnel sont parfois encore fragiles, mais ils sont très prometteurs en termes d'attractivité pour les jeunes professionnels mais aussi d'amélioration des pratiques et des

parcours de soins. Aujourd'hui, l'enjeu est de parvenir à une plus grande diffusion de ces modes d'organisation coordonnés, y compris dans les territoires peu dynamiques ou particulièrement menacés par la baisse démographique et en zone urbaine. En effet, en zone fragile, l'objectif est notamment d'optimiser le temps médical : la coordination et les protocoles de coopération peuvent largement y contribuer.

Afin de développer le travail en équipe, les professionnels de santé ont besoin d'être accompagnés à plusieurs niveaux :

Au niveau méthodologique pour pouvoir mettre en place facilement des actions de coordination, disposer d'outils et piloter leur projet

Au niveau financier pour indemniser le temps passé à se structurer et se coordonner

Au niveau de leur exercice quotidien en disposant de fonctions d'appui structurées (PTA) et d'un accès facilité aux spécialistes...

Il s'agira de saisir toutes les opportunités possibles de promotion de l'exercice coordonné auprès des professionnels de santé quelle que soit leur forme MSP, centre de santé, ESP, CPTS...



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Promouvoir l'exercice coordonné dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé

Intervention ARS auprès des étudiants

Développement de modules de formation pluriprofessionnels avec les universités et instituts de formation

Déploiement des stages dans les structures d'exercice coordonné

Promouvoir l'exercice coordonné auprès des professionnels de santé en exercice

Poursuivre la démarche pédagogique en direction des professionnels, notamment via l'action de l'APMSL.

Solliciter les cabinets de groupe pluri-professionnels pour leur présenter les nouvelles formes d'exercice possibles et échanger avec eux sur leurs besoins

Poursuivre la pédagogie en direction des élus (élaboration d'un guide élus en lien avec le conseil régional)

Poursuivre le déploiement des maisons de santé et leur structuration

Accompagner les nouveaux projets de MSP (a minima trois médecins et un paramédical)

Accompagner les MSP en fonctionnement pour leur permettre de progresser en termes de coordination : structurer une grille de maturité facile d'utilisation

Poursuivre l'accompagnement à la maîtrise d'ouvrage des maisons de santé dans le choix de leur système d'information pluripro (via le GCS e-santé et l'APMSL)

Favoriser le développement des fonctions de coordination dans les MSP

Structurer l'organisation de la recherche en soins primaires au sein de la région afin de favoriser l'émergence de MSP universitaires

Systematiser le recueil de la satisfaction des usagers au sein des MSP

Déployer des ESP « simples » sur les territoires avec l'appui des URPS

Elaboration d'un cahier des charges régional : a minima 1 médecin et 1 paramédical

Elaboration d'un modèle économique de financement

Structuration d'une association régionale support des ESP

Promouvoir ce nouveau dispositif en priorisant les territoires dépourvus de dynamique MSP

Développer les coopérations entre les professionnels de santé

Communiquer sur les compétences respectives de chaque professionnel de santé

Promouvoir le protocole de coopération Asalée

Déployer de nouveaux protocoles de coopération de soins de premier recours

Associer les chirurgiens-dentistes dans le suivi des maladies chroniques et intégrer la santé bucco-dentaire dans les protocoles de suivi.

Accompagner les projets de centres de santé pluri-professionnels, en particulier lorsqu'ils sont développés à partir d'un centre de soins infirmiers et qu'ils s'inscrivent dans une réelle dynamique de territoire (partenariat avec l'offre libérale en place et projet de santé commun)

Accompagner la constitution de CPTS en prenant en compte les organisations similaires existantes

Elaborer un cahier des charges régional des CPTS

Structurer une méthodologie d'accompagnement des projets.

Favoriser l'émergence de projets de prévention et de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre des CPTS

75

Indicateurs cibles

↑ Augmentation du nombre de professionnels engagés dans une MSP, une ESP, un centre de santé ou une communauté professionnelle de territoire

100 maisons de santé pluri professionnelles en fonctionnement effectif (72 en 2017)

75 maisons de santé pluri professionnelles en capacité de signer l'accord conventionnel interprofessionnel avec l'assurance maladie. (24 en 2017)

↑ Augmentation du nombre de Maisons de santé pluri professionnelles, disposant d'un système d'information pluri professionnel

Leviers d'action

- > CPOM avec APMSL
- > CPOM avec URPS
- > Grille maturité HAS
- > GCS e-santé
- > Université

Adapter les ressources humaines en santé par la coopération et la coordination



Résultat attendu

> Chaque professionnel agit dans son champ en se coordonnant avec les autres acteurs pour éviter les ruptures dans le parcours de santé de l'utilisateur

Les évolutions démographiques, le nombre, la densité, très en dessous de la moyenne nationale, et la répartition des professionnels de santé reflétant une persistance des disparités territoriales et infra territoriales révèlent des difficultés mais traduisent aussi une dynamique régionale positive avec la plus forte hausse du nombre de médecins généralistes sur la période 2007/2015 ; l'évolution est faiblement positive (+1,3 %), mais remarquable dans la mesure où la tendance est à la baisse pour 11 régions.

La fragilité démographique invite à mobiliser tous les leviers disponibles pour optimiser le temps médical afin de renforcer l'offre de santé sur certains territoires et diminuer les délais d'accès aux soins.

Ces perspectives combinées à la révolution annoncée par la recherche et le big data démontrent la nécessité de penser à l'évolution des métiers et des pratiques.

L'aspiration des professionnels à étendre leurs champs d'intervention nécessitent aussi de proposer de nouvelles modalités d'organisations et de pratiques professionnelles.

Le déploiement des coopérations et des coordinations entre professionnels symbolisent l'évolution du travail et des rapports au travail. Les études panels et les études consacrées aux attentes des nouveaux professionnels confirment cette appétence au « travailler ensemble ».

Tous ces éléments convergent pour donner l'ambition d'accompagner fortement le déploiement de ces évolutions de pratiques.

Parmi les leviers mis à sa disposition, l'ARS a autorisé des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Ainsi l'Agence s'est engagée dans la promotion de protocoles de coopération relatifs à la filière visuelle depuis 2013, qui aujourd'hui se traduit par un déploiement de nouvelles pratiques dont les premiers effets sur les délais d'attente et

l'accès aux soins se font sentir de façon notable sur les territoires les plus en difficulté. **Depuis fin 2013, plus de 10 000 patients de la Sarthe, de la Mayenne et de la Vendée ont vu leur accès aux soins visuels réduits à moins d'un mois. Nous pouvons et nous devons aller beaucoup plus loin. Il a été démontré que l'initiative locale pouvait être promue et participer à l'évolution des pratiques professionnelles à grande échelle. Il convient de poursuivre en ce sens.**

La loi de modernisation du système de santé ouvre des perspectives en promouvant et en accompagnant le développement des pratiques avancées pour les métiers paramédicaux, ainsi qu'à terme la délégation de services médecins à d'autres professionnels de santé (ex : infirmiers).

Dans le domaine de l'imagerie médicale, une analyse croisée de données de démographie médicale et paramédicale démontrent que le modèle organisationnel de l'imagerie médicale devra évoluer pour répondre aux besoins de demain. Ces évolutions ne pourront s'envisager sans un accompagnement des métiers et des compétences, notamment paramédicales. Il est à noter que deux protocoles de coopération entre radiologues et manipulateurs en électroradiologie médicale sont autorisés en Pays de la Loire permettant ainsi d'optimiser le temps médical de radiologue.

Il convient donc d'examiner toutes modalités d'expérimentations visant à proposer des organisations médico-soignantes à même de répondre aux besoins de santé, en favorisant :

La coordination des professionnels autour du parcours de santé, afin d'apporter une réponse adaptée par le professionnel le plus à même d'apporter une juste réponse de proximité

Le déploiement des protocoles de coopération, à même de faire évoluer les pratiques de façon sécurisée et plus rapide



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Promouvoir les modalités de coopération entre professionnels de santé et sociaux

Promouvoir toutes les formations croisées médico-soignantes, sanitaires et médico-sociales.

Promouvoir tous les modes de collaborations et d'intégration de tous les déterminants de santé

Déploiement des protocoles dans le cadre de l'organisation de parcours de santé et de filières de prises en charge : exemple de la filière visuelle, de l'imagerie médicale

Promouvoir tous les axes et tous les leviers permettant de libérer du temps d'expertise médicale pour structurer un accès aux soins et à la prévention diversifié, gradué et sécurisé

Accompagnement au déploiement des protocoles de coopération en imagerie médicale : notamment ceux relatifs à l'échographie

Accompagnement d'autres évolutions du champ de pratique du manipulateur en électroradiologie médicale


Accompagnement du dispositif Asalée et apparenté, avec promotion d'expérimentations territoriales en lien avec les l'ensemble des acteurs et notamment les professionnels de santé

Promouvoir la dynamique des pratiques avancées prévues dans la loi de modernisation du système de santé : il s'agit pour l'ARS de s'inscrire dans les orientations de la stratégie nationale de santé et de contribuer à son évolution par une mise en œuvre adaptée aux besoins de la population et des territoires. A ce titre, il est envisagé de privilégier :

Les pratiques avancées en santé mentale et psychiatrie


L'accompagnement de la dépendance, des maladies chroniques, en cancérologie ...

L'accompagnement de la personne âgée.



Indicateurs cibles

- 300 000 patients en 4 ans ont eu accès à des soins visuels en moins de 4 semaines**
- 50% au moins de réduction des délais d'accès aux soins visuels les plus longs par rapport à 2017**
- 100% des patients diabétiques ont un accès en proximité au dépistage de la rétinopathie diabétique**
- 5 programmes de déploiement des pratiques avancées et des protocoles Asalée sont engagés**



Leviers d'action

- > HAS et ses protocoles de coopération
- > Contact avec les URPS
- > Evolutions réglementaires, notamment pour les pratiques avancées
- > Passage dans le droit commun des protocoles de correction optique

ARGUMENTAIRE



Résultat attendu

> Les outils de repérage de la fragilité sont utilisés dans le cadre d'un concept de fragilité partagé

L'augmentation de l'espérance de vie conduit à un allongement du nombre d'années vécues avec un risque de dépendance. Des histoires de vie peuvent aussi être la porte d'entrée dans la dépendance en particulier celles liées à la précarité. Dans ce contexte, éviter ou différer l'apparition de cet état est un axe important en santé publique, en particulier dans la mesure où la dépendance est difficilement réversible. Plusieurs indicateurs ont été développés ces dernières années pour repérer les personnes fragiles dont les personnes âgées en amont de cette dépendance. Parmi les nombreux concepts entourant l'entrée en dépendance, un est au premier plan : c'est la notion de fragilité.

La fragilité peut être définie de façon théorique comme une réduction multisystémique des réserves fonctionnelles limitant les capacités de l'organisme à répondre à un stress, même mineur et se traduisant par des pertes fonctionnelles. Cette fragilité peut par ailleurs se compliquer avec une plurimorbidité en lien avec des polyopathologies. Il y a donc un risque à ce que cette fragilité s'installe. Quatre champs ont été plus particulièrement identifiés :

les chutes,

la prise de médicaments et le risque de iatrogénie médicamenteuse,

les effets de la dénutrition,

les effets de l'isolement en particulier la dépression.

Les caisses d'assurance maladie et de retraite ont développé des observatoires régionaux des situations de fragilité afin de repérer les difficultés d'accès aux droits, aux soins et aux dispositifs de prévention selon des données socio-économiques. Ces Observatoires ont vocation à identifier les

territoires prioritaires d'intervention en vue de développer des actions de prévention concertées avec les partenaires locaux. Il ne s'agit donc pas à priori de « repérer » des individus mais des groupes sur des territoires. Pour autant, l'état de fragilité a d'autres composantes que celles liées au seul état de santé comme la précarité, la perte du lien social dans les zones urbaines.

Un des enjeux forts est d'organiser le repérage et le traitement particulier des groupes les plus vulnérables et les plus éloignés de l'accès à l'information, à la prévention et aux soins en prenant en compte que le souhait de rester à domicile le plus longtemps possible pose la question de la dispersion des individus.

Le repérage de la fragilité doit permettre, à partir de la porte d'entrée des services sociaux, d'identifier les personnes à risque susceptibles de bénéficier d'interventions préventives leur évitant de basculer dans la perte d'autonomie, en leur permettant d'accéder à des actions de prévention en population générale et auprès des personnes en situation de fragilité, mais aussi thématiques (maladies chroniques, maladies psychiques,...) :

agir précocement sur les comportements favorables à la préservation de l'autonomie en privilégiant l'activité physique et sportive et la nutrition,

lutter contre l'isolement,

agir sur le cadre de vie et le soutien au domicile,

prévenir les pertes d'autonomie évitables (notamment les chutes, la iatrogénie médicamenteuse...),

éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité.

Il s'agit donc de construire des processus locaux s'appuyant sur les dispositifs de coordination et d'intégration existants dans une optique de convergence des politiques institutionnelles au service de l'usager permettant d'intégrer le repérage comme un élément du parcours des personnes :

des organisations territorialisées s'appuyant sur les dynamiques de coordination,

le rôle des acteurs de proximité dans le repérage confirmé,

un accès aux actions de prévention (niveau territoires de santé),

un soutien aux acteurs qui profitent de systèmes d'information adaptés,

une anticipation par l'évaluation,

un usager acteur de sa santé.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Organiser sur les territoires la coordination des processus de repérage des personnes âgées ou en situation de fragilité entre les différents opérateurs médico-sociaux et sociaux

Dans le cadre des nouvelles organisations en santé inscrire le repérage des facteurs de risques de la personne âgée fragile dans le cadre d'action des CIAP et des CPTS

Renforcer la place dans le repérage du médecin traitant et des professionnels de soins du premier recours

Développer la formation des professionnels de l'aide à domicile à la prévention de la perte d'autonomie

Promouvoir dans les hôpitaux une évaluation de la fragilité et de l'autonomie pour toute personne âgée hospitalisée pour adapter son trajet de soin et préparer sa sortie

Construire le projet d'accompagnement et de vie des personnes âgées dans une approche partagée des besoins identifiés et de leurs préférences.

Orienter les personnes âgées vers des actions de prévention en lien avec les informations des repérages.

Promouvoir un système d'information plurisectoriel étayé par l'espace numérique régional



Indicateurs cibles

100% des comités d'intégration des acteurs et des projets ont mis en œuvre un outil validé standardisé de repérage de la fragilité sur leur territoire

100% des comités d'intégration des acteurs et des projets ont mis en œuvre un dispositif de recueil du consentement de la personne âgée

100% des professionnels des services à domicile ont été sensibilisés au repérage de la fragilité

100% des cadres référents des services à domicile ont été formés au repérage de la fragilité



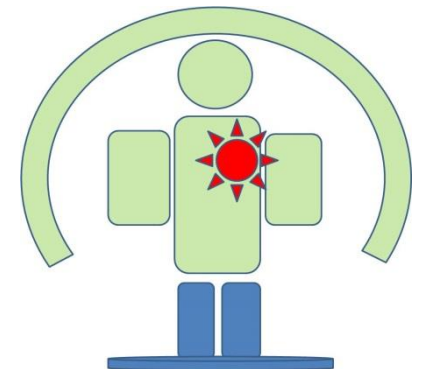
Leviers d'action

- > Contractualisation avec les maisons de santé pluri professionnelles, les communautés professionnelles de territoire
- > CPOM avec les établissements et services sanitaires et médicosociaux
- > Contractualisation avec les URPS
- > Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le domaine de l'autonomie (MAIA)
- > CIAP dans les territoires

Orientation stratégique 6

Développer une stratégie de l'innovation

81



ARGUMENTAIRE



La question de l'innovation est au cœur des politiques publiques de santé : ainsi la stratégie nationale de santé précise que l'innovation « doit être favorisée et son accès garanti ». La loi de modernisation de notre système de santé consacre son chapitre 4 à l'objectif suivant : « développer la recherche et l'innovation en santé au service des usagers ». Le PLFSS 2018 prévoit la mise en place de quatre composantes principales pour l'innovation : un fonds national, la création d'un cadre juridique pour les innovations qui permettra d'accélérer les expérimentations actuelles, un dispositif d'appui doté des compétences nécessaires pour capitaliser sur les projets développés par les living labs et préparer les conditions de leur diffusion, et enfin un dispositif pour produire rapidement des évaluations de qualité faisant l'objet de publications scientifiques.

Certaines innovations relèvent plus spécifiquement du niveau national, c'est notamment le cas des innovations thérapeutiques. Par contre les innovations organisationnelles et technologiques sont souvent issues des professionnels au sein des territoires. Ces innovations sont susceptibles d'avoir un impact structurant sur l'organisation des soins, elles peuvent optimiser l'efficacité des parcours de santé, générer des économies (mais aussi parfois des surcoûts). La région des Pays de la Loire a de nombreux porteurs d'innovation (dans et hors le système de santé), l'ARS a connaissance ou est sollicitée sur de nombreuses initiatives.

Dans le cadre de l'objectif opérationnel portant sur l'innovation, on peut caractériser l'innovation par le fait de sortir des process et des concepts connus, re-construire, produire un changement, une transformation. L'innovation doit apporter une valeur ajoutée intégrant la qualité et la sécurité des soins, les résultats bénéfiques pour les patients, le système de santé et son financement.



Résultats attendus

- > Repérage des initiatives les plus pertinentes méritant d'être accompagnées
- > Aide à la mise en œuvre et au déploiement
- > Des organisations en santé à visée prospective renforçant la prévention en santé

Deux catégories d'innovation peuvent être identifiées :

Innovation de rupture qui modifie profondément les organisations, les services et les métiers,

Innovation incrémentale qui améliore sensiblement un existant du fait d'une innovation organisationnelle, d'un assemblage de plusieurs types d'innovations pouvant engendrer de nouveaux modes de travail, de prise en charge. Elle est modeste, graduelle, continue.

Face au développement des innovations et les sollicitations nombreuses des professionnels et des industriels, il est nécessaire de poser un cadre permettant de prioriser et de faire émerger des innovations porteuses de sens au regard de notre stratégie régionale de santé afin d'améliorer le service rendu à l'utilisateur et les pratiques des professionnels ainsi que leur organisation.

Cinq priorités régionales, tenant compte des orientations nationales, sont retenues :

La mise en œuvre et le financement des parcours de santé avec un objectif de :

décloisonnement et de prise en charge coordonnée (groupements d'acteurs composés d'établissements et de professionnels libéraux),

améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire et médico-sociale,

financer des parcours de santé et non des actes (= financement d'un épisode de soins),

déporter les parcours de santé au sein du domicile grâce aux technologies numériques.

Les nouvelles pratiques dans le cadre de la formation :

intégrer la simulation dans le cadre des formations initiales et continues,

intégrer les nouveaux modes d'exercices au sein des formations (pratiques collaboratives, Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), numérique).

La mise en place d'innovation favorisant l'empowerment des usagers :

Mettre en œuvre l'auto prévention des comportements à risque,

Donner à l'utilisateur la possibilité de gérer sa pathologie via le suivi de ses données de santé,

Innover dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

La mise en œuvre d'organisations innovantes pour renforcer et simplifier l'accès aux soins :

L'articulation soins ambulatoires et soins de recours,

Télésurveillance des maladies chroniques,

Développement des nouveaux modes d'exercice,

Soutien et identification des nouvelles compétences et/ou nouveaux métiers.

Le développement des outils de la prévention dans toutes ses dimensions.

Développer la prévention au plus près des usagers en constituant et en exploitant des données épidémiologiques.

L'ARS s'appuie sur l'initiative des acteurs et soutient leurs capacités d'innovation, elle met en place une organisation interne de veille, repérage et soutien pour répondre à cet enjeu.

Deux modes de suivi et soutien des innovations sont possibles :

En amont, le repérage des projets susceptibles d'être innovants est effectué au niveau territorial et au niveau des directions métiers ou en réponse aux sollicitations des porteurs de projets.

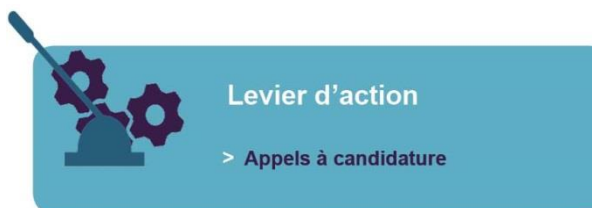
L'analyse d'opportunité sera effectuée à partir d'une pré-étude montrant en quoi le projet s'inscrit dans les orientations du PRS et présentant les objectifs, bénéfices attendus, sa planification, les contreparties attendues. La pré-étude devra aussi identifier les contraintes du projet en termes de ressources humaines, technologie, délais, coût. Elle devra respecter la méthode SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporel, éthique).

Mise en place d'un dispositif d'accompagnement pour les projets identifiés comme étant à fort potentiel sur les thématiques prioritaires du PRS notamment par le biais d'appels à projets régionaux. L'ARS mise sur l'intelligence collective pour agir sur l'amélioration du système de santé.

Le premier appel à projets portera sur la mise en œuvre d'une innovation organisationnelle allant jusqu'au financement pour deux parcours : santé mentale et insuffisance cardiaque.



DECLINAISONS OPERATIONNELLES



Lancer un appel à candidature centrée sur l'innovation

Inscrire un axe innovation dans les AAC/AAP lancés par l'Agence

S'inscrire dans les expérimentations nationales porteuses d'innovations

Accompagner les professionnels vers des nouvelles pratiques, vers de nouveaux outils, vers de nouvelles organisations

Favoriser l'émergence de nouveaux métiers (coordonnateurs de parcours, informaticiens, chefs de projets...)

Mesurer les résultats des deux parcours de santé mis en œuvre (santé mentale et insuffisance cardiaque)

Créer une chefferie de projet à l'ARS sur la « Santé du Futur »

ARGUMENTAIRE



Beaucoup d'innovations circulent entre plusieurs organismes non coordonnés, ce qui favorise une méconnaissance des acteurs et rôle de chacun et l'ARS est encore peu visible en tant que partenaire du soutien à l'innovation.

Les porteurs de projets innovants se retrouvent souvent isolés au cours des étapes de mises en œuvre, notamment pour l'identification des besoins de santé publique non couverts, et la connaissance du cadre juridique. Notre rôle est d'aider à orienter les acteurs porteurs d'innovation en santé. Cela nécessite de renforcer notre visibilité et de fournir notre grille de lecture / attentes :

Créer les conditions de l'émergence des innovations

Contribuer à la gouvernance mise en place par les autres financeurs (Région, services de l'Etat et autres partenaires...)

Donner une information structurée sur nos enjeux d'adaptation du système de santé.



Résultat attendu

> Une ARS visible, lisible, disposant d'un cadre de référence pour l'accompagnement des acteurs et reconnue comme interlocuteur de valeur



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Participer aux commissions de sélection, groupes de travail, manifestations ...des institutions publiques ou privées soutenant les innovations


Passer des conventions de travail avec les organismes porteurs d'innovation en santé

Organiser une fois par an une rencontre avec les acteurs de santé autour de l'innovation en santé

Rencontrer et accompagner les porteurs de projet qui nous sollicitent pour

Orienter leur projet

Enrichir progressivement notre cadre de référence pour le déploiement de l'innovation



Indicateurs cibles

- 1 cadre de développement de l'innovation est disponible à 5 ans
- 1 rencontre annuelle avec les acteurs de santé autour des enjeux de l'innovation en santé



Leviers d'action

- > Conventions avec les porteurs d'innovation
- > Inscription dans des commissions de sélection de projet et groupes de travail régionaux



Evaluer les innovations et s'assurer de leur généralisation



Résultat attendu

> Les innovations sont généralisées en fonction des résultats de leur évaluation

Aujourd'hui les suites données aux innovations, qu'elles soient développées de façon expérimentales ou d'emblée à échelle réelle, sont peu anticipées, elles ne reposent pas toujours sur des évaluations de leur pertinence et efficacité ; les conditions de leur généralisation n'ont pas été suffisamment expertisées et anticipées, souvent elles se poursuivent pour des raisons indépendantes de la qualité du service rendu. L'ARS doit s'assurer de la portée des innovations soutenues et de leur reproductibilité sur les territoires. L'évaluation est consubstantielle à tout projet.

L'innovation ne peut être un facteur de creusement des inégalités de santé. Les impacts des innovations doivent donc être systématiquement anticipés, mesurés, évalués.

Si l'intérêt est démontré par l'évaluation, les innovations pourront bénéficier au plus grand nombre de ligériens :

En intégrant en amont des expérimentations des innovations la dimension d'évaluation, incluant vérification de la plus-value et les conditions de généralisation.

En intégrant des éléments d'efficience dans les évaluations (mise en regard coûts/résultats et qualité du service rendu)

En réalisant les évaluations des innovations,

En partageant et en rendant intelligibles nos objectifs et en accompagnant les professionnels dans un cadre contractuel.

En accompagnant le déploiement intégrant la conduite du changement



DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Adapter un cadre de référence pour les évaluations d'innovations organisationnelles

Associer systématiquement l'équipe experte en évaluation de l'ARS aux appels à projets relatifs aux innovations organisationnelles

Etablir des conventions avec les partenaires experts en évaluation d'innovation (médico-économique,...)

Evaluer les différents dispositifs innovants suscités par l'ARS et mis en œuvre par appels à projets

Mesurer le potentiel de transférabilité à un autre territoire ou de généralisation et le cas échéant en définir les conditions dans un cadre de contractualisation

Communiquer largement auprès des acteurs de la santé, des partenaires et des instances régionales et nationales sur les résultats

Déployer une innovation à plus grande échelle sur un mode projet

87



Indicateurs cibles

1 cadre de référence pour l'évaluation des innovations organisationnelles est disponible à 5 ans et une pratique de ces évaluations est engagée par l'ARS



Leviers d'action

- > Conventions avec les experts en évaluation d'innovation
- > Inscription dans des commissions de sélection de projet et groupes de travail régionaux

Les livrets du PRS



<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Promotion Prévention Synthèse</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Compétences Psychosociales des jeunes</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Santé Environnement PRSE 3</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Lutte contre les addictions</p>				
<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Personnes âgées Synthèse</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Accessibilité répartition des EHPAD</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Bien vieillir à domicile</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>EHPAD de demain</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Parcours personnes âgées</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Prévention de la fragilité</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Qualité sécurité Etablissements médicosociaux</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Soutien aux aidants</p>
<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Personnes handicapées synthèse</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Diagnostic & accompagnant précoces</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Scolarisation enfants handicapés</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Jeunes & Protection de l'enfance</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Accompagnem adultes handicapés</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Insertion professionnelle & handicap</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Accompagn & Polyhandicap</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Accès aux soins & handicap</p>
<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Accès aux soins primaires</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Accès aux soins spécialisés</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Accès aux soins non programmés</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Permanence des soins ambulatoires</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Hôpitaux de proximité</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Equipes mobiles</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Pertinence des soins</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Formation par la simulation</p>

<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Soins palliatifs</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Autisme</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Troubles des apprentissages</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Accidents vasculaires cérébraux</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Plan Maladies neuro-dégénératives</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Stratégie numérique régionale</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Ressources humaines pour la santé</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Politique régionale des Investissement</p>
<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Besoins sanitaires Synthèse</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Médecine</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Chirurgie</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Gynécologie obstétrique</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Santé mentale & psychiatrie</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Soins de suite & réadaptation Synthèse</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>SSR cardio vasculaire</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>SSR maladies respiratoires</p>
<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>SSR addictions</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>SSR digestif</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>SSR Neurologie</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>SSR Locomoteur</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Unités de soins longue durée</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Cardiologie interventionnelle</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Accès aux soins non programmés</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Soins critiques Réanimation soins intensifs</p>
<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Insuffisance rénale chronique</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Assistance médicale à la procréation</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Diagnostic prénatal</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Traitement du cancer</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Equipements & matériels lourds Imagerie</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Biologie médicale</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Permanence des soins en établissement</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p>Hospitalisation à domicile</p>



