



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

OCCITANIE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R76-2018-112

PUBLIÉ LE 3 AOÛT 2018

Sommaire

SGAR Occitanie

R76-2018-08-03-001 - 0-ARS Occitanie Arrêté portant adoption du Projet Régional de Santé Occitanie (2 pages)	Page 3
R76-2018-08-03-002 - 1-Ars Occitanie Projet Régional de Santé Cadre d'Orientation Stratégique (48 pages)	Page 6
R76-2018-08-03-003 - 2- Ars Occitanie Projet Régional de Santé Schéma Régional de Santé (448 pages)	Page 55
R76-2018-08-03-004 - 3- Ars Occitanie Projet Régional de Santé Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (précarité) (88 pages)	Page 504

SGAR Occitanie

R76-2018-08-03-001

0-ARS Occitanie Arrêté portant adoption du Projet
Régional de Santé Occitanie

0-ARS Occitanie Arrêté portant adoption du Projet Régional de Santé Occitanie

ARRETE N° 2018-2789 du 3 août 2018

portant adoption du Projet Régional de Santé de l'Occitanie

**LA DIRECTRICE GENERALE
DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE**

- Vu** la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Vu** le Code de la Santé Publique et notamment les articles L. 1434-1 à L 1434-6, R 1434-1 à R 1434-9 et R 1434-11 ;
- Vu** le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé ;
- Vu** le décret du Président de la République en date du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Monique CAVALIER en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées à compter du 1er janvier 2016 ;
- Vu** le décret du Conseil d'Etat n° 2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la Région Occitanie ;
- Vu** l'arrêté de la Directrice Générale de l'ARS Occitanie n° ARS-OC 2017 – 4311 du 12 janvier 2018 portant adoption des zones du Schéma Régional de Santé relatives aux activités de soins, aux équipements matériels lourds et aux laboratoires de biologie médicale ;
- Vu** l'avis de consultation sur le Projet Régional de Santé Occitanie publié le 20 février 2018 au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de l'Occitanie ;
- Vu** les courriers de saisine adressés, à compter du 21 février 2018, en vue de recueillir les avis, dans le champ de leurs compétences respectives, conformément à l'article R 1434-1 du Code de la Santé Publique ;
- Vu** l'avis rendu par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie le 14 mai 2018 ;
- Vu** l'avis rendu par le Préfet de la Région Occitanie le 20 mai 2018 ;
- Vu** l'avis rendu par le Conseil de Surveillance de l'Agence Régionale de Santé Occitanie le 20 juin 2018 ;
- Vu** les avis rendus par les Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie de l'Ariège le 17 mai 2018, de l'Aude le 18 mai 2018, de l'Aveyron le 26 mars 2018, du Gard le 17 mai 2018, de la Haute-Garonne le 4 mai 2018, du Gers le 14 mai 2018, de l'Hérault le 15 mai 2018, du Lot le 23 avril 2018, de la Lozère le 15 mai 2018, des Hautes Pyrénées le 3 mai 2018, des Pyrénées Orientales le 4 mai 2018, du Tarn le 14 mai 2018, de Tarn et Garonne le 15 mai 2018 ;
- Vu** l'avis rendu par le Conseil Régional Occitanie le 13 avril 2018 ;
- Vu** les avis rendus par les Conseils Départementaux de l'Ariège le 14 mai 2018, de l'Aude le 27 mars 2018, de l'Aveyron le 1^{er} juin 2018, du Gard le 11 juillet 2018, de la Haute-Garonne le 3 mai 2018, du Gers le 15 juin 2018, de l'Hérault le 9 avril 2018, du Lot le 9 avril 2018, de la Lozère le 15 mai 2018, des Hautes Pyrénées le 18 mai 2018, des Pyrénées Orientales le 14 mai 2018, du Tarn le 18 mai 2018, de Tarn et Garonne le 4 avril 2018 ;

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2 - Tél : 04 67 07 20 07

www.ars.occitanie.sante.fr

Vu les avis rendus par les autres collectivités territoriales de la région Occitanie concernées ;

ARRETE

Article 1er : Le Projet Régional de Santé de la région Occitanie est arrêté.

Article 2 : Le Projet Régional de Santé Occitanie se compose :

- du Cadre d'Orientation Stratégique établi pour 10 ans,
- du Schéma Régional de Santé établi pour 5 ans,
- du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies établi pour 5 ans.

Article 3 : Le Projet Régional de Santé Occitanie dans ses 3 composantes mentionnées à l'article 2, peut être consulté sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé Occitanie dédié au Projet Régional de Santé à l'adresse suivante : <https://prs.occitanie-sante.fr/>

Article 4 : Le Directeur Général Adjoint de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la région Occitanie.

Article 5 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux dans un délai de deux mois à compter de sa publication, devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Fait à Montpellier, le 3 août 2018

La Directrice Générale,



Monique CAVALIER

SGAR Occitanie

R76-2018-08-03-002

1-Ars Occitanie Projet Régional de Santé Cadre
d'Orientation Stratégique

1-Ars Occitanie Projet Régional de Santé Cadre d'Orientation Stratégique

#1

CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

POUR LA SANTÉ DE 6 MILLIONS
DE PERSONNES EN OCCITANIE



OCCITANIE
SANTÉ 2022

ars
●● Agence Régionale de Santé
Occitanie

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ



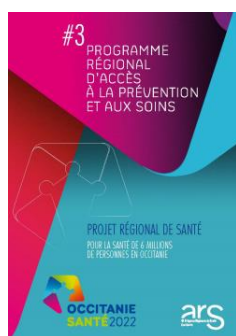
CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

2018 - 2027



SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

2018 - 2022



PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS

2018 - 2022

PRÉAMBULE

Chaque jour, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et ses partenaires sont mobilisés pour la santé de 6 millions de personnes en Occitanie.

Notre système de santé est confronté à de nombreux défis auxquels visent à répondre les quatre piliers de la stratégie nationale de santé : la prévention et la promotion de la santé, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, la pertinence et qualité des soins et enfin l'innovation. L'ARS s'attache à relever ces défis en prenant en compte les spécificités de notre région.

Dans ce contexte, le Projet régional de santé (PRS) de deuxième génération s'inscrit dans une vision stratégique à dix ans de l'évolution de notre système de santé. Il définit également, pour les 5 prochaines années, la politique régionale de santé qui sera menée en matière de prévention, d'organisation de l'offre de soins et médico-sociale et fixe le programme d'actions pour les plus démunis.

Le troisième Plan Régional Santé Environnement (PRSE) a été signé fin 2017. Ce plan, piloté par l'ARS et la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), s'inscrit dans la stratégie régionale de santé, renforce le PRS et place la santé environnement au cœur des préoccupations et des enjeux.

Il vise à préserver et améliorer l'état de santé de la population en agissant sur les conditions de vie, les pratiques et la qualité des milieux. Il a aussi pour objectif de maîtriser les risques liés à l'exposition quotidienne à de multiples polluants.

En Occitanie, les travaux préparatoires à l'élaboration du PRS ont donné lieu à une forte mobilisation des professionnels de santé en lien avec nos équipes. Des bilans portant sur les parcours de santé et les thèmes transversaux ont permis de mesurer le chemin accompli et de tracer les marges de progrès. Les instances de démocratie sanitaire ont enrichi ces travaux avec la contribution des 13 Conseils Territoriaux de Santé (CTS) et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

Un consensus s'est dégagé pour considérer que ce PRS se doit de comporter des objectifs resserrés et des projets opérationnels, centrés sur les caractéristiques de notre région. Il s'inscrit ainsi en complémentarité avec l'ensemble des actions portées par l'ARS, en déclinaison des plans et programmes nationaux.

« Ce Projet Régional de Santé, a été conçu pour apporter des avancées très concrètes et significatives pour la santé des habitants de la région Occitanie, avec une attention particulière pour les plus vulnérables ».

Chaque année, son suivi régulier visera à rendre compte à nos concitoyens, de l'état de ces réalisations.

Le PRS a été soumis à la consultation réglementaire et enrichi à partir de l'ensemble des avis des institutions et instances sollicitées.

LE PRS EN SYNTHÈSE

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a profondément modifié le régime des projets régionaux de santé.

Le nouvel article L1434-1 du code de la santé publique prévoit désormais que le PRS soit constitué de trois documents qui portent la déclinaison opérationnelle de la Stratégie Nationale de Santé :

- *un Cadre d'orientation Stratégique pour une période de dix ans,*
- *un Schéma Régional de Santé unique et un Programme d'Accès à la prévention et aux Soins des plus démunis, pour cinq ans.*



LE CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE (COS)

L'**Occitanie est une terre de contraste**. Seconde région la plus vaste de France et forte de ses treize départements, elle connaît un très fort dynamisme démographique centré sur le littoral méditerranéen et les grandes métropoles de Toulouse et de Montpellier. Sa population, relativement âgée, est caractérisée par d'importants écarts de densité mais surtout par une forte précarité : un habitant sur six est en situation de pauvreté et quatre départements de la région se situent parmi les dix départements les plus pauvres de France.

Au regard de ces caractéristiques, l'offre sanitaire et médico-sociale apparaît cependant comme relativement significative avec **des disparités territoriales importantes**. Il est donc essentiel de pouvoir soutenir les innovations et les mutations nécessaires du système de santé afin de mieux répondre aux attentes des populations et des professionnels de santé.

L'analyse croisée des précédents PRS d'une part, et des diagnostics territoriaux d'autre part, permet de poser un constat essentiel : l'existence d'un gradient social et territorial de santé est une réalité particulièrement prégnante au sein de la région et **les actions conduites jusqu'à aujourd'hui n'ont pas permis d'enclencher une réduction des inégalités constatées**.

Le PRS porte ainsi **Une Ambition** qui doit guider l'ensemble des travaux : se saisir de l'opportunité liée à la création de cette nouvelle région pour agir, au cœur des territoires, afin de **mieux prendre en compte les besoins des personnes les plus vulnérables** et d'agir plus efficacement, pour **réduire les inégalités de santé** ou a minima, ne pas les aggraver.

Afin de répondre à ces enjeux, l'Agence Régionale de Santé (ARS) se mobilise autour de **5 engagements** :

- développer la prévention, le **repérage, le dépistage et l'accompagnement précoces**,
- accompagner **la personne** pour lui permettre d'être **acteur** de sa santé,
- améliorer l'organisation des services de santé pour une **accessibilité renforcée** sur l'ensemble du territoire et pour toutes les catégories de populations,
- renforcer la coordination des acteurs pour **des prises en charge adaptées**, de la bonne intensité et continues grâce à des innovations organisationnelles et techniques, notamment la e-santé,
- promouvoir et garantir **la qualité, la sécurité et la pertinence** des prises en charge et des accompagnements.

Ces engagements interviennent dans un continuum avec les précédentes actions de l'Agence, mais devront s'attacher à prendre en compte les populations vulnérables, comme un fil rouge structurant pour la politique de l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Pour accompagner la mise en œuvre opérationnelle de ces cinq engagements, **5 clés de transformation** ont été identifiées, comme autant de conditions de réussite du déploiement du PRS sur les cinq prochaines années. Sont ainsi appréhendées comme clés de transformation :

- la **territorialisation de l'action** de l'Agence, en conciliant proximité et gradation des réponses aux besoins,
- une attention constante portée à la **coordination des politiques publiques et aux synergies partenariales**,
- le **développement de l'innovation en santé**,
- la **capacité à prendre soin de ceux qui soignent**,
- ainsi que la mise en place d'un dispositif de pilotage et d'une démarche **d'évaluation** tout au long de la mise en œuvre de ce Projet Régional de Santé.

LE SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ (SRS)

Pour impulser des actions de transformation de façon efficiente, le Schéma Régional de Santé (SRS) aborde les questions de santé autour de 3 axes :

- 5 parcours de santé prioritaires centrés sur le patient,
- 8 thèmes transversaux,
- l'organisation de 19 filières et activités de soins.

Même si le sujet des maladies chroniques n'est pas inscrit explicitement dans les parcours prioritaires, la continuité des actions déjà menées prend bien en compte l'augmentation du poids et de l'impact de ces pathologies.

Les pathologies concernées sont abordées dans leur globalité, notamment en majorant la prévention (la lutte contre les addictions, notamment le tabac, et la promotion de l'activité physique, ainsi que l'éducation thérapeutique, sont prioritaires dans le PRS).

Par ailleurs, au regard des caractéristiques de la région Occitanie, le Schéma Régional de Santé intègre des dispositions relatives aux **territoires transfrontaliers**, en lien avec les différents accords nationaux et l'accord-cadre¹ conclu entre la Région Occitanie et l'Espagne.

Le Schéma prend également en compte, en cohérence avec la Loi Montagne², les flux de populations saisonnières et l'enjeu du temps de parcours dans l'organisation des soins des **territoires de montagne**. À ce titre, sont identifiés les projets intégrés au sein du schéma qui pourront s'inscrire dans cette thématique spécifique.



¹ Décret n° 2015-367 du 30 mars 2015 portant publication de l'accord-cadre entre la République française et le Royaume d'Espagne sur la coopération sanitaire transfrontalière

² Loi n°2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne

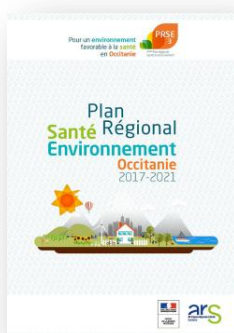


LE PROGRAMME RÉGIONAL RELATIF À L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES (PRAPS)

Le **PRAPS** élaboré en lien avec la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), porte la politique de l'Agence et de ses **partenaires en faveur des personnes en situation de grande précarité** en poursuivant les efforts pour les orienter vers les dispositifs de droit commun en renforçant les services et prestations qui leur sont spécifiquement dédiés. De plus, l'ARS veille à mieux adapter les messages et les actions en leur faveur.

Les principes qui prévalent pour cette politique ciblée font également sens pour la thématique plus large des inégalités de santé abordée transversalement dans le SRS, notamment en termes de partenariats (collectivités territoriales, Education Nationale, ...) à adapter à la réalité des différents territoires et aux publics à toucher.

Les constats faits dans le PRAPS rejoignent les préoccupations des politiques sociales au sens large, et plus particulièrement la coordination et l'articulation des acteurs et des secteurs d'intervention (sanitaire, social, médico-social, logement/hébergement, insertion).



LE PLAN RÉGIONAL SANTÉ ENVIRONNEMENT (PRSE)

Le PRSE 2017-2021 ne fait pas partie stricto sensu du PRS mais y contribue, en prévoyant des mesures concrètes sur les déterminants environnementaux de la santé, résumées dans l'aspiration « Pour un environnement favorable à la santé en Occitanie ».

La dégradation de l'environnement joue aussi un rôle significatif dans la génération d'inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales.

Ce premier PRSE à l'échelle de la région Occitanie, s'articule autour de 4 axes. Il prend en compte les problématiques locales, certaines communes à l'ensemble de notre région (l'ambroisie, le moustique tigre, la vulnérabilité des ressources en eau ...), d'autres plus spécifiques à certains territoires (le radon, la gestion des anciens sites miniers ...).

Le lien avec le PRS transparait naturellement à travers le premier axe transversal « Renforcer l'appropriation de la santé environnementale pour les citoyens ».

#1

CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE 2018 - 2027



SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2018 - 2022



PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS 2018 - 2022

ARS OCCITANIE

PRS

CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

SOMMAIRE

I. L'Occitanie	
Une région marquée par de nombreux contrastes	7
A. Un territoire vaste avec une faible densité de population	8
B. Une croissance démographique dynamique et durable	8
C. Une forte proportion de population âgée et de personnes dépendantes	9
D. Une personne sur six en situation de pauvreté	10
E. Des indicateurs d'état de santé favorables... en moyenne, mais des disparités territoriales marquées	12
F. Une offre de soins importante mais inégalement répartie	13
G. Le diagnostic en synthèse	14
II. Notre ambition	
Mieux répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables	16
A. La protection de la personne en situation de vulnérabilité comme préoccupation éthique	16
B. Prendre en compte la question des inégalités sociales et territoriales de santé dans chacune de nos actions	17
C. Une approche renouvelée du rôle des soins primaires et de la prévention	18
III. 5 engagements	
Pour agir	19
A. Développer la prévention, le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces	20
B. Accompagner la personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé	22
C. Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée	24
D. Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées	26
E. Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements	28
IV. 5 clés	
Pour réussir	30
A. Le déploiement du PRS dans tous les territoires	32
B. Les synergies partenariales	33
C. L'innovation en santé	35
D. Prendre soin de ceux qui soignent et qui accompagnent au quotidien	37
E. Le pilotage et l'évaluation	38
ANNEXE	
Bilan des précédents PRS	42

L'OCCITANIE, UNE RÉGION MARQUÉE PAR DE NOMBREUX CONTRASTES

- A. Un territoire vaste avec une faible densité de population 8
- B. Une croissance démographique dynamique et durable 8
- C. Une forte proportion de population âgée et de personnes dépendantes 9
- D. Une personne sur six en situation de pauvreté 10
- E. Des indicateurs d'état de santé favorables...en moyenne, mais des disparités territoriales marquées 12
- F. Une offre de soins importante mais inégalement répartie 13
- G. Le diagnostic en synthèse 14

I. L'OCCITANIE, UNE RÉGION MARQUÉE PAR DE NOMBREUX CONTRASTES

La région Occitanie, particulièrement étendue, est pour l'INSEE « l'une des régions présentant les plus forts contrastes entre ses territoires », que ce soit en termes de caractéristiques physiques du territoire, de caractéristiques socio-économiques des populations qui y vivent ou au regard de son tissu économique. Trois facteurs structurels, qui s'imposent aujourd'hui, conditionnent fortement l'organisation des soins dans la région : les contraintes géographiques et la répartition de la population, la dynamique démographique et l'offre de soins disponible. Par ailleurs, une caractéristique essentielle du territoire régional est la part importante de la population en situation de pauvreté, qui est un paramètre majeur à prendre en compte pour appréhender les parcours de soins et les résultats de santé de la région.

A. UN TERRITOIRE VASTE AVEC UNE FAIBLE DENSITÉ DE POPULATION

La région Occitanie est la deuxième plus vaste région de France. Elle couvre 72 724 km² (elle est plus vaste que l'Irlande) et se compose de 13 départements et 4 565 communes.

Avec 5,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2012, la densité de population est globalement peu élevée : elle atteint 77 habitants au km² contre 117 habitants au km² en France métropolitaine.

L'espace littoral, constitué d'un réseau de villes situées le long de 220 km de côtes méditerranéennes, est de loin le plus densément peuplé (183 habitants au km²). Il compte 2 350 000 habitants. Le vaste espace du bassin de la Garonne abrite, quant à lui, 2,6 millions d'habitants pour une densité de 89 habitants au km². Il est composé d'une part, de l'agglomération de Toulouse et de villes moyennes situées à moins d'une heure de celle-ci et d'autre part, de zones étendues de plaines et coteaux mais peu habitées. Le reste de la population régionale réside dans les massifs montagneux du Massif Central et des Pyrénées où la densité de population est très faible (autour de 25 habitants au km²). Il convient de noter que 45 % de la superficie de cette grande région est classée en « zone montagne », alors que seulement 14 % de sa population y réside.

B. UNE CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE DYNAMIQUE ET DURABLE

Entre 1982 et 2012, la hausse annuelle moyenne de la population a été de 0,9 % en Occitanie. Cette croissance, deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine, s'est accélérée depuis 10 ans. L'attractivité de la région explique essentiellement cette augmentation de la population : chaque année le nombre de nouveaux habitants (familles, étudiants, actifs ou retraités) est largement supérieur au nombre de départs. Ainsi, entre 2007 et 2012, le solde migratoire est positif et s'élève à 40 400 personnes par an. Par ailleurs, le solde naturel est également positif avec 10 700 naissances de plus que de décès par an.

Chaque année, la région s'accroît ainsi de 51 000 personnes, soit l'équivalent d'une ville comme Albi ou Narbonne. Toutefois, si la population des départements de la Haute-Garonne, de l'Hérault, du Tarn-et-Garonne et du Gard croît plus vite que la moyenne en Occitanie, tirée par la croissance des grands pôles urbains de Toulouse et Montpellier, la Lozère et les Hautes-Pyrénées ont une population qui n'augmente pas sur la période.

Les toutes dernières projections de l'Insee à l'horizon 2050 insistent sur un accroissement des déséquilibres entre départements. « L'Occitanie compterait 6,9 millions d'habitants en 2050. L'augmentation de population serait portée quasi exclusivement par l'excédent migratoire. À partir de 2040, la région compterait même plus de décès que de naissances. Toujours vigoureuse en 2050, la croissance serait cependant deux fois moins forte que celle observée aujourd'hui.

L'augmentation du nombre d'habitants concernerait toutes les classes d'âge, mais elle serait surtout portée par les seniors (65 ans ou plus) : le nombre de jeunes et d'actifs augmenterait peu. Ce vieillissement de la population serait cependant moins rapide que dans les autres régions ».

C. UNE FORTE PROPORTION DE POPULATION ÂGÉE ET DE PERSONNES DÉPENDANTES

L'Occitanie est une région un peu plus âgée que l'ensemble du pays : les habitants de **65 ans et plus** y représentent **19,8% de la population (contre 17,1% pour la métropole) et la part de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) y est supérieure de 2,8 points** à la moyenne métropolitaine³. Les personnes de plus de 75 ans sont en proportion plus nombreuses au sein de la population globale des zones rurales mais en valeur absolue plus nombreuses dans les zones urbaines.

Cette tendance devrait s'accroître puisque les projections statistiques mettent en évidence une augmentation importante du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans à compter de 2020. Ainsi, près de 25 000 personnes âgées de 75 ans et plus supplémentaires sont attendues chaque année, à partir de 2022, dans la grande région.

A contrario, les moins de 25 ans sont proportionnellement légèrement moins nombreux que sur l'ensemble du territoire métropolitain (29% contre 30%). On observe une concentration importante des jeunes de moins de 25 ans dans les centres urbains, notamment dans les aires urbaines de Toulouse (35% de la population totale) et Montpellier (37%).

³ 23,8 bénéficiaires pour 100 personnes de 75 ans et plus en Occitanie, pour 21% en France Métropolitaine (Eléments de contexte pour un Diagnostic Régional Avril 2017 – ARS Occitanie)

D. UNE PERSONNE SUR SIX EN SITUATION DE PAUVRETÉ

La région Occitanie se place au 4^{ème} rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, au 3^{ème} rang pour la pauvreté des moins de 30 ans et au 2^{ème} rang pour la pauvreté des 75 ans ou plus (après la Corse). À l'échelle des départements d'Occitanie, il existe de fortes disparités concernant les taux de pauvreté.

La Haute-Garonne a un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale, tandis que l'Aude est le deuxième département le plus pauvre de France, les Pyrénées-Orientales le troisième, le Gard le cinquième et l'Hérault le neuvième. La région Occitanie est ainsi la région comprenant le plus de départements dans les 10 départements les plus pauvres de France. C'est dans les espaces ruraux éloignés des centres d'emplois ainsi que dans les villes-centres des grands pôles urbains que la pauvreté est la plus importante.

La part élevée de personnes en situation de pauvreté dans la région conduit nécessairement à porter une attention particulière aux inégalités sociales de santé dans le projet régional de santé de la région Occitanie. Les inégalités sociales de santé sont une réalité reconnue et documentée au niveau national, notamment au travers de travaux de recherche. Néanmoins, peu de données régionales sont disponibles. Quelques chiffres clés nationaux sont rappelés dans le tableau 1.

■ **Tableau 1**

Quelques déterminants de santé au regard des catégories socio-professionnelles

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Ouvriers (ouvriers ou ouvriers qualifiés)
Tabac¹		
Tabagisme quotidien	18,9%	37,8%
Surpoids-obésité des élèves de CM2 selon le groupe socioprofessionnel des parents²		
Surcharge pondérale (%)	12,7%	21,5%
Obésité (%)	1,4%	5,5%
Expositions professionnelles³		
Être exposé à au moins trois produits chimiques (%)	2,7%	31,8%
Bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 db(A) (%)	5,5%	46,8%

Sources :

¹Baromètre santé 2014, Inpes

²DREES-DGESCO, enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2

³DGT-DARES, enquête SUMER 2010

Le tableau 1 ci-dessus montre que les ouvriers présentent une probabilité plus grande d'être exposés à des facteurs délétères pour la santé. On observe un cumul de ces facteurs au sein de la population en situation de pauvreté. De plus, les écarts se creusent entre les personnes les plus défavorisées et les plus favorisées.

Un exemple, mesuré à l'aide des données du baromètre santé 2016 sur le tabac : entre 2010 et 2016, la part de fumeurs quotidiens a continué d'augmenter chez les Français à faibles revenus, passant de 35,2 % à 37,5 %.

A l'inverse, chez les Français à haut niveau de revenus, cette proportion est passée de 23,5 % à 20,9 % au cours de la même période.

D'autres indicateurs témoignent de ces inégalités. À titre d'exemple, la part de la population traitée pour diabète dans la région est inférieure à celle de la France métropolitaine, mais varie de 1 à 2 entre les bassins de vie de la région.

Au-delà des déterminants de santé, les recours aux soins et à la prévention sont également différents selon le niveau de vie. Plus les personnes sont défavorisées, plus le recours au médecin généraliste est faible, plus le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus est faible, plus le recours aux soins conservateurs dentaires est faible et plus le recours aux médicaments psychotropes est élevé.

On peut noter précisément qu'en Midi-Pyrénées, en 2012, plus les femmes vivaient dans une zone défavorisée, plus le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis vaginal était faible. On estime ainsi à 30 000 la sous-consommation théorique annuelle de cet examen dans notre région.

Et l'on pourrait multiplier les exemples. Dès lors, on comprend aisément que ces écarts dans le recours aux soins conduisent à des parcours sanitaires différents et donc à des résultats de santé dégradés pour les personnes les plus défavorisées.



LE CANCER, EXEMPLE D'UNE PATHOLOGIE OÙ LES DIFFÉRENCES DE MORTALITÉ SUIVENT UN GRADIENT SOCIAL

Le **taux de mortalité par cancer** en 2011 en Occitanie était **légèrement inférieur à la moyenne nationale** mais de **fortes inégalités** existaient entre les départements, notamment entre la Haute-Garonne et le Lot, dont les taux sont particulièrement favorables, et les Pyrénées-Orientales, nettement au-dessus de la moyenne régionale et nationale. Ces inégalités sont également visibles en termes d'évolution : si la mortalité a baissé de manière significative dans certains départements, elle est restée stable voire a augmenté dans d'autres entre 2001 et 2011. Les **différences de mortalité par cancer suivent un gradient social**, de plus de 1 à 3 entre les employés/ouvriers et les cadres/professions intellectuelles supérieures.

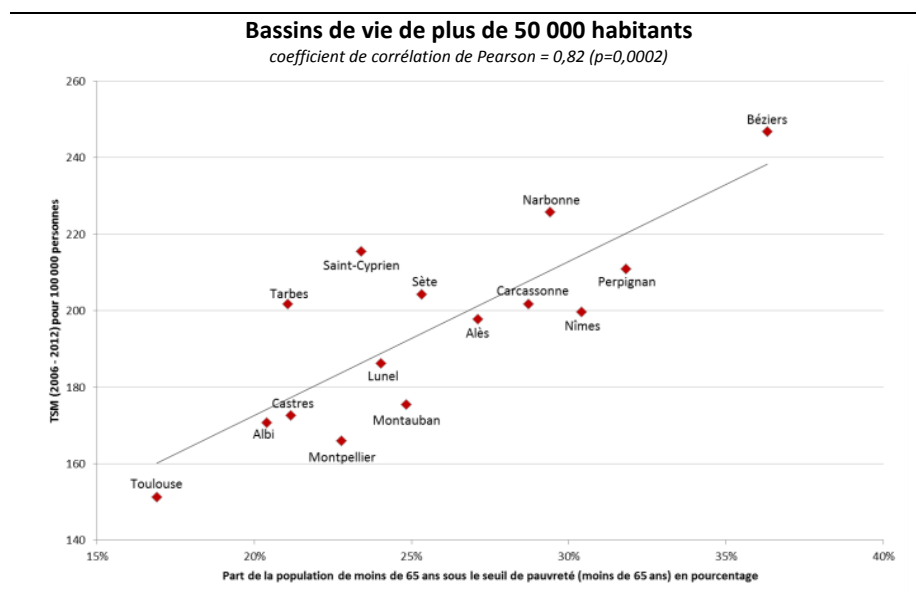
E. DES INDICATEURS D'ÉTAT DE SANTÉ FAVORABLES... EN MOYENNE, MAIS DES DISPARITÉS TERRITORIALES MARQUÉES

En moyenne, les résultats de santé de l'Occitanie sont plutôt bons, c'est-à-dire au-dessus de la moyenne nationale : ainsi l'Occitanie est au 5^{ème} rang des régions à faible mortalité prématurée, elle observe une mortalité régionale par cancer parmi les plus faibles de métropole, la prévalence standardisée du diabète est inférieure à la moyenne nationale. En revanche, au niveau des bassins de vie, de grandes disparités se font jour. Elles sont intimement liées à la question des inégalités sociales et de santé vues précédemment.

Une corrélation forte est observée entre la part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté et la mortalité prématurée (mortalité avant 65 ans) comme le montre la figure 1.

■ Figure 1

Taux standardisés de mortalité (TSM) prématurée (mortalité avant 65 ans, 2006-2012) et part de la population de moins de 65 ans à bas revenus en 2014 dans les bassins de vie de plus de 50 000 habitants de la région Occitanie



Sources : Inserm CépiDC, Insee – base régionale précarité 2014



LES INDICATEURS DÉFAVORABLES SONT PRINCIPALEMENT LIÉS À LA PRÉCARITÉ

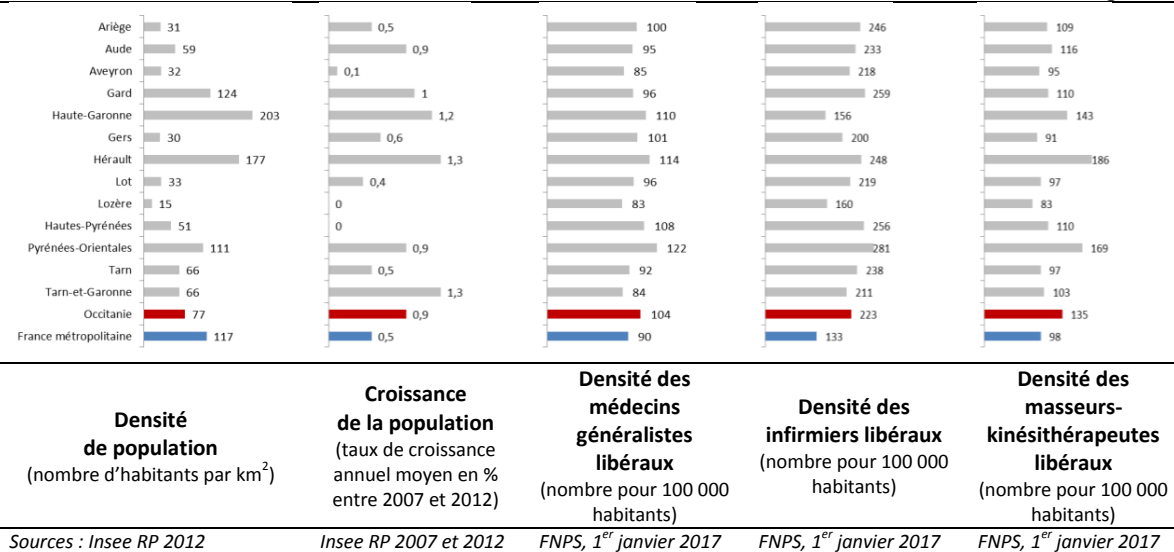
- En termes d'addiction, les « usages réguliers » sont supérieurs à la moyenne métropolitaine.
- Les conduites d'alcoolisation excessive chez les jeunes sont plus marquées au niveau régional, il existe également une intensification du tabagisme féminin notamment dans l'Est de l'Occitanie.

F. UNE OFFRE DE SOINS IMPORTANTE MAIS INÉGALEMENT RÉPARTIE

La région dispose d'une offre de soins abondante. Les densités régionales des professions médicales et paramédicales sont parmi les plus élevées de l'Hexagone. Les taux d'équipement des établissements et services pour l'accueil des personnes âgées se situent dans la moyenne nationale. Enfin, en ce qui concerne l'accueil des personnes en situation de handicap, les taux d'équipement sont généralement au-dessus des moyennes nationales.

■ Figure 2

Facteurs structurels de l'offre et de la demande de soins : de forts contrastes entre les territoires de la région



Des trajectoires de soins très différentes sont également notables entre départements (par exemple, l'hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans est plus fréquente en Lozère) et le territoire connaît une forte variabilité dans les dépenses en soins ambulatoires, particulièrement élevées dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales.

Ces données sont à mettre en relation avec une offre de soins inégalement répartie, notamment en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), qui peuvent expliquer la diversité des trajectoires de soins. En effet, les dépenses ambulatoires les plus élevées sont observées dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales, départements dans lesquels les taux d'équipement en SSIAD et en EHPAD sont les plus faibles.



UNE OFFRE DE SOINS INÉGALEMENT RÉPARTIE SUR LE TERRITOIRE : EXEMPLE DES STRUCTURES POUR PERSONNES HANDICAPÉES ET DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

Les taux d'équipements pour les structures destinées aux personnes handicapées sont supérieurs à la moyenne nationale, pour autant il existe de fortes disparités départementales :

- Avec des taux extrêmement importants en Lozère et, dans une moindre mesure, dans les Hautes-Pyrénées.
- Des taux d'équipements faibles dans le Gard, l'Hérault et la Haute-Garonne.



L'Occitanie se caractérise par une **densité en professionnels de santé libéraux supérieure à la moyenne nationale**, cependant 3 départements ont une densité en omnipraticiens libéraux légèrement inférieure à la moyenne nationale (la Lozère, l'Aveyron et le Tarn-et-Garonne).

Ces disparités de densité et de répartition entraînent d'importants **écarts en termes d'accessibilité géographique** aux soins, en faveur des zones littorales notamment.

Ces disparités peuvent se concrétiser à travers un niveau de dépenses annuelles en soins ambulatoires **très variable d'un département à l'autre** (dépenses les plus élevées dans l'Hérault et les plus faibles dans le Lot).

G. LE DIAGNOSTIC EN SYNTHÈSE



LES POINTS SAILLANTS DU DIAGNOSTIC :

- Le territoire de la région est vaste avec une faible densité de population, en lien avec le relief montagneux qui occupe 45% de sa superficie.
- Il s'agit de la région de France dont la croissance démographique est la plus dynamique. Cette croissance s'inscrit dans le long terme, du fait essentiellement de l'attractivité de la région.
- **L'Occitanie fait partie des 4 régions françaises les plus âgées.** Sa population est vieillissante et une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes est à prévoir.
- Une personne sur six est en situation de pauvreté dans la région : **4 des 10 départements les plus pauvres de France se situent en Occitanie.**
- Les indicateurs d'état de santé sont favorables en moyenne, mais recouvrent des disparités territoriales fortes.
- Si la région dispose d'une offre de soins supérieure aux moyennes nationales, **cette dernière est inégalement répartie sur le territoire pouvant entraîner d'importants écarts en termes d'accessibilité géographique aux soins et à l'offre médico-sociale.**

Le diagnostic démontre que la question des disparités et des inégalités apparaît comme une problématique majeure pour l'Occitanie dont les besoins et ressources recouvrent des réalités différentes, en fonction du territoire dans lequel on se trouve.

Les précédents PRS des ex-régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées ont fait l'objet de bilans thématiques qui ont permis d'identifier des avancées remarquables dans un certain nombre de domaines (cf. annexe 1 et bilans préalables à l'élaboration du PRS). Toutefois, les actions conduites dans ce cadre n'ont pas eu pour effet d'enclencher significativement une réduction des inégalités de santé.

En effet, ces actions ont été souvent conduites de manière uniforme sur l'ensemble du territoire, alors même que l'hétérogénéité des besoins et problématiques représente l'une des spécificités marquantes de la région.

Toutefois, les enseignements tirés de ces actions et certaines études portant sur la défavorisation ont permis une meilleure compréhension des phénomènes et des effets des politiques conduites sur les inégalités de santé.

Ces constats invitent à adapter les modalités de déploiement du nouvel exercice de programmation pour une réponse tenant encore mieux compte des besoins spécifiques des populations en mettant l'accent sur les besoins des moins favorisés.

Le diagnostic régional complet, ainsi que les bilans préalables et les perspectives associées, sont disponibles sur le site dédié au PRS, dans les publications :

<https://prs.occitanie-sante.fr/publications/>

NOTRE AMBITION : MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES

- A. La protection de la personne en situation de vulnérabilité comme préoccupation éthique 16
- B. Prendre en compte la question des inégalités sociales et territoriales de santé dans chacune de nos actions 17
- C. Une approche renouvelée du rôle des soins primaires et de la prévention 18

II. NOTRE AMBITION : MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES

« Au regard des caractéristiques de la région Occitanie, l'ambition portée par l'ARS est de MOBILISER les acteurs de santé et ses partenaires pour davantage prendre en compte les besoins des personnes les plus vulnérables et d'AGIR PLUS EFFICACEMENT, pour réduire les inégalités de santé ou a minima, ne pas les aggraver »

A. LA PROTECTION DE LA PERSONNE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ COMME PRÉOCCUPATION ÉTHIQUE

L'analyse des caractéristiques de la région Occitanie et des besoins des territoires de santé met en évidence qu'**une part importante de la population est en situation de vulnérabilité.**

Cette notion qui inclut toute personne menacée dans son autonomie, dans sa dignité ou dans son intégrité (physique ou psychique) va au-delà de la prise en compte du poids des inégalités sociales et territoriales de santé. De fait, ces personnes sont alors incapables de protéger leurs « ressources » et d'adhérer de manière éclairée et volontaire aux propositions de prise en charge ou d'accompagnement.

L'origine de cette vulnérabilité découle directement des déterminants de santé. Elle peut être liée à l'âge (petite enfance, adolescence, vieillissement), à l'environnement familial, professionnel, socio-économique ou à la survenue de maladies.

Quelle qu'en soit l'origine, la vulnérabilité est d'une part, un facteur aggravant de survenue de maladie ou de handicap et d'autre part, un facteur d'exclusion ou de difficultés d'accès au système de santé.

Cette « double peine » exige une approche spécifique pour améliorer l'efficacité de l'action publique. En effet, toute personne en situation de vulnérabilité (notamment du fait d'un contexte socio-économique précaire) peut se retrouver dans une situation de profonde insécurité où la première de ses préoccupations est d'assurer sa « survie ». Dès lors, la « bonne santé » devient un besoin secondaire et tout message préventif de santé publique apparaît inaudible.

Le préalable à toute action dans ce domaine est donc de sécuriser l'environnement de la personne afin de créer les conditions d'une projection positive vers un avenir meilleur et restaurer ainsi la valeur « santé » comme une véritable ressource de la vie quotidienne.

Les apports de l'éthique de la protection de la personne en situation de vulnérabilité peuvent nous guider dans nos engagements en répondant aux cinq principes suivants :

- le principe de **dignité** : respecter la dignité de la personne afin de restaurer son « estime de soi » (ressource qui assure une solidarité et une résilience face aux imprévus de la vie) ;

- le principe d'**intégrité** : respecter son intégrité physique et psychique afin de l'aider à assurer ses activités de la vie quotidienne ;
- le principe de **justice** : renforcer le sentiment de justice en garantissant une équité d'accès aux soins ;
- le principe de **liberté** : garantir également la liberté de choix et de consentement aux soins ;
- le principe de **non malveillance** : s'assurer de la qualité et sécurité des soins.

B. PRENDRE EN COMPTE LA QUESTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ DANS CHACUNE DE NOS ACTIONS

“Les politiques publiques en faveur de la santé en population générale ont parfois pour effet de profiter d'abord aux plus favorisés. Les groupes sociaux les mieux dotés en capital culturel et financier sont en effet les premiers à tirer profit des messages incitant à la prévention, ce qui a pour effet de creuser les inégalités sociales et territoriales de santé”.

[Inpes - Santé Publique France – « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, intérêts d'une approche locale et transversale »]

“La plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités, dans le domaine social ou sanitaire, produisent presque toujours, [...] une aggravation des écarts”.

[Didier Fassin, 2000]

Il existe un lien fort entre les caractéristiques sociales des personnes et leurs comportements de santé, leur niveau de recours aux soins. Le taux de recours à la prévention décroît fortement avec le niveau de défavorisation. Le gradient social de santé qui mesure la corrélation entre l'état de santé des personnes et leur position dans la hiérarchie sociale, est particulièrement marqué pour certaines pathologies (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer du poumon).

Or, la plupart des politiques de santé publique sont conçues de manière identique pour tous. L'exemple des politiques de lutte contre le tabagisme illustre ce propos : malgré des nombreuses mesures mises en place récemment (hausse du prix du tabac, mise en place du paquet neutre), le pourcentage de fumeurs quotidiens a continué d'augmenter chez les Français à faibles revenus, passant de 32,5% à 37,5% entre 2010 et 2016, alors qu'il a parallèlement diminué chez les Français à haut niveau de revenus.⁴

Par ailleurs, l'introduction d'innovations, comme les dispositifs de e-santé ou l'accès à des protocoles de recherche par exemple, peut également contribuer à creuser les inégalités, dans la mesure où ces innovations vont être appréhendées, en premier lieu, par les personnes au capital socio-culturel élevé.

Enfin, les inégalités de santé peuvent être liées au lieu de vie des personnes (impact environnemental sur la santé, accès aux professionnels de santé, ...).

Ce constat appelle à réinterroger nos pratiques :

- analyser à quels publics les interventions ou services doivent bénéficier en priorité, en fonction de ce qu'indiquent les données de santé ;
- faire bénéficier ces populations, de ces prestations, au plus près de leur milieu de vie ;
- mieux impliquer ces personnes, ceux qui les accompagnent, ceux qui leur parlent, grâce à des messages adaptés.

Il s'agit de mettre en œuvre l'universalisme proportionné qui consiste à développer des stratégies d'intervention différenciées pour des actions qui profitent à tous, en les modulant en fonction des besoins spécifiques de chaque catégorie de population.

⁴ Baromètre Santé 2016, Santé Publique France

C. UNE APPROCHE RENOUVELÉE DU RÔLE DES SOINS PRIMAIRES ET DE LA PRÉVENTION

Cette approche renouvelée de l'action publique plus analytique est rendue possible par les progrès réalisés dans l'analyse des données de santé et plus particulièrement par l'identification des indicateurs de défavorisation. Ces indicateurs permettent de mieux cibler les lieux d'intervention et la concentration des futures actions.

Ces apports profiteront en premier lieu aux actions de prévention qui apparaissent comme un des leviers prioritaires pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les professionnels des soins primaires, parce qu'ils sont au plus près des préoccupations des personnes en difficultés sociales dans leur milieu de vie, ont un rôle majeur pour limiter le poids du gradient social. Ils devront être soutenus, grâce à l'émergence de dispositifs de coordination, d'aide à l'orientation et à l'information, d'appui à la gestion de cas complexes.

Le service sanitaire, inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé, permet non seulement d'adapter la formation initiale des professionnels de santé aux évolutions du système de santé et des métiers, mais aussi de disposer d'une nouvelle « force de frappe » pour porter et accompagner des messages de prévention et de promotion de la santé auprès de tous les publics.

En région Occitanie, dès la rentrée 2018, cela concernera 3 400 étudiants qui pendant des missions de 3 mois (en milieu scolaire, en EHPAD, ...) pourront promouvoir des comportements favorables à la santé sur des thèmes prioritaires tels que les conduites addictives, l'activité physique et la nutrition, la vie affective et sexuelle...

5 ENGAGEMENTS : POUR AGIR

A. Développer la prévention, le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces	20
B. Accompagner la personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé.....	22
C. Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée.....	24
D. Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées	26
E. Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements	28

III. 5 ENGAGEMENTS POUR AGIR

L'ARS se mobilise autour de 5 engagements, afin d'exprimer de façon concrète comment la politique de santé régionale va répondre aux besoins des populations et permettre une lutte efficace et coordonnée contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

S'appuyant sur les éléments de diagnostic précédemment décrits, ces engagements définissent ainsi les changements souhaitables dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé pour améliorer le service rendu aux habitants de la région Occitanie.

La prévention et la promotion de la santé sont de leviers puissants pour améliorer les réponses aux défis actuels et favoriser les comportements favorables à la santé, dans tous les milieux et tout au long de la vie, ainsi que le rappelle la nouvelle stratégie nationale de santé. Aussi, pour chaque domaine d'intervention, seront déclinées des actions de prévention et d'éducation au profit de l'utilisateur.

A. DÉVELOPPER LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE, LE REPÉRAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT PRÉCOCS

Pour que les chances de réduire les inégalités sociales de santé soient augmentées, le levier de la prévention devra être particulièrement ciblé sur les populations vulnérables, par le développement de méthodes et de messages adaptés.

L'efficacité des interventions de prévention et de promotion de la santé constituera un critère prépondérant pour guider nos actions, en s'appuyant sur les données probantes disponibles. Les médecins traitants et les professionnels paramédicaux verront leur place accrue et seront ainsi plus mobilisés, à la condition qu'ils disposent bien des outils adaptés (systèmes d'information partagés...), du niveau d'information nécessaire et des formations appropriées.

"Chaque personne doit pouvoir bénéficier d'un diagnostic plus rapide et d'une prise en charge d'emblée efficace pour prévenir et atténuer les effets de la maladie".

Au-delà de l'adaptation des actions de prévention et de promotion de la santé, pour nombre de pathologies, l'efficacité de la prise en charge repose sur un diagnostic précoce. Ainsi, les notions de repérage et de dépistage sont indispensables :

Le repérage désigne une **identification de difficultés ou de troubles par l'entourage de la personne, professionnels de santé, ou non**, qui vont ensuite orienter vers un diagnostic. Cet engagement de précocité repose donc sur la sensibilisation et la formation de l'entourage des personnes (aidants, professionnels de l'éducation et de la petite enfance, professionnels intervenant à domicile... voire l'utilisateur lui-même).

Le dépistage consiste à « identifier, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue »⁵. Il peut être systématique ou ciblé, et constitue une étape avant le diagnostic. En effet, le dépistage permet de « sélectionner dans la population générale les personnes porteuses d'une affection définie et de différencier avec une certaine marge d'erreur, les sujets probablement sains des sujets probablement malades »⁶. Les personnes devront ensuite bénéficier d'autres tests médicaux afin d'établir, ou de récuser le diagnostic.

Dans la mesure où une prise en charge tardive peut entraîner des sur-handicaps ou une situation de dépendance, c'est-à-dire une accentuation des troubles non réversibles et donc une perte de chance, la mise en place de dispositifs de repérage et de dépistage adaptés **permet d'éviter l'aggravation des inégalités de santé.**



EXEMPLES DE PROJETS CONCRETS

L'ARS va développer ou mettre en place, notamment chez les jeunes et les personnes vieillissantes, des dispositifs de prévention, de repérage et de dépistage adaptés, concernant, à titre d'exemple :

- les situations d'errance diagnostique des personnes atteintes d'une maladie rare d'origine génétique dont la durée moyenne est actuellement de 4 ans et qui touche plus lourdement les enfants et les femmes. La structuration d'un réseau de médecins référents dans les territoires et une meilleure orientation vers les 3 plateformes de génomique régionales permettront de réduire ces délais.
- les troubles visuels et auditifs avec un effort sur le dépistage :
 - de l'amblyopie chez les jeunes enfants et plus particulièrement de la rétinopathie (l'une des causes de l'amblyopie) chez les prématurés. La découverte précoce, par des tests simples, de cette cécité monoculaire par non-apprentissage visuel, permet d'en limiter les conséquences grâce à un traitement adapté réalisé le plus tôt possible durant la période sensible ;
- les troubles du développement de l'enfant, dès la grossesse. Un repérage des vulnérabilités parentales sera mis en place avec un référent dans chaque maternité et un suivi plus précoce des enfants à risque ;
- le repérage de la personne âgée en risque de fragilité à domicile pour retarder l'entrée dans la dépendance ;
- les conduites addictives, notamment la réduction de la consommation des jeunes fumeurs en difficultés sociales, par le déploiement d'actions basées sur des données probantes, dans les zones les plus défavorisées de la région.



DES INDICATEURS POUR MESURER L'EFFICACITÉ DE NOTRE ACTION

Indicateurs de prévalence

- Prévalence du tabagisme quotidien chez l'adulte.
- Prévalence de la consommation régulière d'alcool chez l'adulte.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Wilson et Jungner, 1970

⁶ Guide Méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage, ANAES/HAS, mai 2004

B. ACCOMPAGNER LA PERSONNE POUR LUI PERMETTRE D'ÊTRE ACTRICE DE SA SANTÉ

“Chaque personne doit, dès son plus jeune âge, pouvoir davantage agir sur sa santé, prendre part à son traitement et devenir un partenaire éclairé des professionnels de santé”.

Le concept “d’empowerment”, que l’on peut traduire par le renforcement de la capacité de la personne à être actrice de sa santé, s’est affirmé comme une clé de transformation majeure du système de santé, dans un contexte de développement des moyens d’information et de l’affirmation progressive du droit des usagers et de la citoyenneté des personnes handicapées dans le cadre législatif (loi du 2 janvier 2002, loi du 11 février 2005...).

Cette notion recouvre plusieurs dimensions :

- **une dimension individuelle** d’une part, en permettant à l’usager et à son entourage d’avoir accès à une **information de qualité**, puis d’être un **véritable acteur** tout au long de la prise en charge.

Il s’agit, tout d’abord, par une action éducative efficace dès le plus jeune âge, d’amener les personnes à adopter des comportements plus favorables à leur santé et à utiliser à bon escient le système de santé. L’approche en promotion de la santé nécessaire est également favorisée par les politiques portées par les collectivités territoriales (Contrats Locaux de Santé...).

Par ailleurs, la prise en compte par les soignants de l’expérience du vécu de la maladie, le développement de l’éducation thérapeutique, sont autant d’actions qui contribuent au renforcement de l’autonomie du patient, lui donnant un plus grand contrôle sur sa santé et permettant in fine d’améliorer son état de santé ;

- **une dimension collective** d’autre part, puisque **renforcer la place de l’usager** dans le modèle de **démocratie sanitaire** permet de concevoir le système de santé comme une organisation apprenante, et favoriser le changement et l’adaptation aux besoins.

Pour l’usager, renforcer sa capacité à participer aux décisions concernant sa santé et mettre celle-ci en œuvre est un levier important pour préserver son autonomie, favoriser son implication active dans la préservation de son état de santé, améliorer la qualité de sa relation avec les professionnels de santé.

Dans un contexte national et régional marqué par des fortes inégalités de santé, le renforcement du pouvoir d’agir des usagers et notamment des plus vulnérables, est donc un engagement primordial.



EXEMPLES DE PROJETS CONCRETS

Pour répondre à cet engagement, l'ARS va développer des projets à trois niveaux :

- Le renforcement des compétences des patients et la meilleure prise en compte de leur santé avec, à titre d'exemple :
 - l'accompagnement du suivi des adolescents diabétiques de leur traitement, le respect des règles d'hygiène de vie et la compliance au traitement étant faibles, au cours de cette période de la vie ;
 - l'implication des patients atteints d'insuffisance rénale non dialysés par un programme d'éducation thérapeutique adapté, pour retarder l'entrée en suppléance ;
 - La prévention du risque d'exposition environnementale au radon, par des comportements individuels permettant d'en limiter les effets sur l'organisme dans les lieux d'habitation.
- L'appui aux aidants familiaux avec, notamment :
 - l'extension de dispositifs de soutien à la parentalité des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques ;
 - la création de structures de répit dans le champ du handicap.
- Le développement de la participation des usagers à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes pédagogiques tant en direction des patients que des soignants et à l'amélioration des organisations des soins par la mobilisation de patients partenaires.



DES INDICATEURS POUR MESURER L'EFFICACITÉ DE NOTRE ACTION

Indicateurs usagers

- Proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur 6^{ème} anniversaire.
- Proportion de la population satisfaite de la qualité des soins selon le type de professionnel.

C. AMÉLIORER L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE ACCESSIBILITÉ RENFORCÉE

“Les prestations de santé doivent demeurer accessibles à chaque habitant de l'Occitanie, quel que soit son lieu de résidence”.

La région Occitanie se caractérise par une démographie extrêmement dynamique associée à une offre de soins inégalement répartie sur le territoire, elle-même complexifiée par les questions de démographie médicale. L'engagement d'accessibilité est donc primordial, notamment sur les points suivants :

- **l'accès aux soins de premier recours, via l'appui aux stages des internes et à l'installation** et à l'activité des médecins libéraux dans les zones fragilisées ;
- l'accessibilité renforcée à **l'offre sanitaire** via les différentes transformations qui l'animent, notamment l'engagement vers un rééquilibrage de l'offre sur les territoires et de l'accès aux spécialités par le développement des temps de praticiens partagés et des consultations avancées, notamment dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire ;
- le Service de Santé des Armées (SSA), acteur de santé publique dans les territoires :
La loi de modernisation de notre système de santé a renforcé la place du SSA en tant qu'acteur du service public de santé.
Le protocole santé-défense du 6 avril 2017 et l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018 renforcent les relations entre les ARS et le SSA, qui seront contractualisées pour permettre au SSA de mieux répondre aux besoins de santé du territoire et à l'ARS de prendre en compte les besoins spécifiques de la défense nationale.
Les composantes du SSA présentes en région Occitanie (centres médicaux des armées) sont engagées dans cette nouvelle coopération, qui porte à la fois sur l'offre de soins, l'enseignement, la recherche et l'innovation, le ravitaillement sanitaire, la participation des structures civiles à l'effort de défense et la promotion conjointe de la réserve ;
- une **transformation en profondeur de l'offre médico-sociale** vers une personnalisation accrue : développement de **prises en charge alternatives** ou séquentielles pour les personnes âgées et les personnes handicapées, passage d'une logique capacitaire de places à une **logique de prestations de services coordonnées**.

Une réponse adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble de la région doit garantir une équité d'accès au système de santé.

Le sujet majeur que constitue la **démographie médicale** et les leviers permettant d'agir, appelle une stratégie d'anticipation et d'adaptation, pour réussir à transformer l'offre de santé et à maintenir des réponses dans tous les territoires. Cette stratégie doit assurer la cohérence des initiatives régionales par rapport à la politique nationale dans ce domaine. L'ARS avec ses partenaires, en particulier le Conseil Régional, dispose de données mobilisables. La création en lien avec l'Assurance Maladie de guichets uniques d'information et d'orientation pour l'installation et l'exercice des professionnels de santé, fait partie également de la gamme des réponses.

Une gestion proactive des risques de « désertification » ou de difficultés de recours, passe par des actions de recrutement et d'installation de ressources médicales et paramédicales adaptées aux besoins des territoires, ainsi que par des solutions pour maintenir ou développer l'attractivité des missions, qu'il s'agisse de formations, d'outils - notamment numériques - ou de toute forme d'organisation sécurisante.

La présence des professionnels dans les territoires et l'accompagnement de ces professionnels dans leur quotidien seront abordées respectivement au sein des deux thèmes transversaux du SRS : « Présence médicale et soignante, appui aux soins primaires dans les territoires » et « Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice ».



EXEMPLES DE PROJETS CONCRETS

Pour satisfaire cet engagement, l'ARS va promouvoir des projets visant à améliorer ou maintenir :

- l'accessibilité aux services, en complément des plans nationaux :
 - dans les territoires fragilisés ruraux et souvent montagneux avec, par exemple, l'incitation à la réalisation par les internes, de leurs stages semestriels en zone rurale ;
 - dans les quartiers prioritaires de la ville avec l'appui à l'installation de maisons de santé pluri professionnelles dans les zones de défavorisation ;
- l'accessibilité aux transports pour les situations d'urgence vitale avec le projet de schéma collaboratif des vecteurs aériens de secours d'urgence visant à mieux coordonner les moyens hélicoptérés pour les victimes dont l'état et/ou la situation géographique requièrent une intervention médicale dans des délais brefs ;
- l'accessibilité à des prestations de soins avec, à titre d'exemple, le développement des consultations somatiques dédiées aux personnes porteuses d'un handicap.



DES INDICATEURS POUR MESURER L'EFFICACITÉ DE NOTRE ACTION

Indicateurs d'accessibilité

- Pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil.

D. RENFORCER LA COORDINATION DES ACTEURS POUR DES PRISES EN CHARGE ADAPTÉES

Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication et les nouvelles formes d'organisation développées dans un contexte de nécessaire maîtrise des dépenses de santé sont de nature à apporter des réponses aux difficultés d'un système de santé cloisonné et d'une démographie médicale défavorable. L'engagement de ce PRS repose donc sur la possibilité de proposer des réponses personnalisées grâce à une meilleure coordination des acteurs, s'appuyant sur plusieurs avancées :

“De meilleurs échanges entre Professionnels de santé doivent permettre une prise en charge de chaque personne plus personnalisée et adaptée dans la durée”.

- des **innovations organisationnelles**, permettant de renforcer la coordination entre professionnels et d'accompagner l'évolution des pratiques et des métiers ;
- de nouvelles formes d'organisation du système de soins se déploient :
 - développement de formes organisées de prises en charge ambulatoire, via **les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**, virage ambulatoire avec le développement de **l'Hospitalisation à Domicile** et des thérapies à domicile,
 - meilleure articulation des réponses sanitaires et médico-sociales avec les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) et la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) dans le champ du handicap.

Ainsi, au-delà de la coordination, **la démarche d'intégration** vise à permettre d'améliorer l'efficacité et la qualité des parcours, en jouant sur la subsidiarité, en évitant les redondances et en réduisant les dysfonctionnements et les ruptures. S'appuyant sur l'exemple réussi des MAIA, les guichets intégrés se développent. Ils permettent un processus commun d'analyse multidimensionnelle des situations et d'orientation vers les réponses les plus adaptées, en prenant en compte l'intégralité des ressources d'un territoire, pour offrir des réponses harmonisées, complètes et centrées sur le besoin des personnes ;

- **des innovations techniques, notamment par le développement des usages du numérique en santé.** La télémédecine se développe selon deux axes d'importance :
 - entre structures sanitaires et médico-sociales, afin d'améliorer la coordination de prise en charge des patients et de réduire les inégalités d'accès aux soins spécialisés sur l'ensemble de nos territoires,
 - couplée aux objets connectés, afin de favoriser l'autonomie, la sécurité et la qualité de vie des patients, dans le cadre du suivi des maladies chroniques, au domicile et en lien avec les professionnels de premier recours.

Ces innovations sont un levier permettant de réduire directement les inégalités territoriales de santé en proposant notamment de pallier les difficultés liées au déplacement ou au manque de praticiens de santé sur certaines parties du territoire.

Elles doivent également permettre de soutenir le renforcement des échanges entre les professionnels de la ville et du secteur hospitalier, notamment dans l'anticipation des sorties d'hospitalisation et du développement des traitements à domicile.



EXEMPLES DE PROJETS CONCRETS

Cet engagement se traduira concrètement, outre le déploiement des projets de télémédecine, par :

- le développement de l'échange d'informations à travers, notamment, la lettre de liaison, en sortie d'hospitalisation ;
- la promotion de modalités d'exercice permettant une meilleure synergie des compétences au service du patient :
 - les microstructures de prise en charge des addictions permettront un travail collaboratif entre le médecin libéral, le travailleur social et le psychologue des centres de soins, dans un objectif d'accompagnement et de prévention en addictologie pour une prise en charge plus efficace des patients atteints de troubles addictifs ;
 - les lieux d'exercice associant les équipes des Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) et les Centres Médico Psychologiques (CMP) seront développés dans les territoires, pour une meilleure synergie de prise en charge associant la médecine de ville et les professionnels de la psychiatrie ;
 - les pôles de compétences et de prestations externes vont se développer pour permettre aux personnes en situation de handicap, de bénéficier, sur leur lieu de vie, de prestations coordonnées réalisées par des professionnels salariés du pôle ou par des professionnels libéraux ;
 - les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) en oncohématologie seront davantage structurées à l'échelle de la grande région, pour permettre à chaque patient de pouvoir en bénéficier, quel que soit son lieu d'habitation.



DES INDICATEURS POUR MESURER L'EFFICACITÉ DE NOTRE ACTION

Indicateurs quantitatifs

Par territoires de santé :

- Nombre de consultations ambulatoires réalisées en télémédecine et télé expertise.
- Nombre de maisons de santé pluridisciplinaires.

E. PROMOUVOIR ET GARANTIR LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS

En France, on compte à l'hôpital en moyenne 6,2 événements indésirables graves (EIG) liés aux soins pour 1 000 journées d'hospitalisation, soit 1 événement indésirable pour 10 entrées à l'hôpital. Un tiers de ces événements est évitable.

En soins primaires, les chiffres sont également éloquentes : on compte ainsi 26 Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) pour 1 000 actes, soit en moyenne un EIAS tous les 2 jours par médecin généraliste. Parmi ces EIAS, 2% sont des EIG.

Plus de 6 500 réclamations d'usagers ont été traitées par les Commissions des Usagers des établissements sanitaires d'Occitanie en 2015 soit en moyenne 25 par établissement. Environ 500 réclamations d'usagers sont adressées à l'ARS annuellement pour le champ sanitaire (établissements de santé et soins primaires) et 500 pour le champ médicosocial, dont les trois quarts concernent les structures pour personnes âgées.

L'amélioration de la qualité et la sécurité des prises en charge doit donc être une priorité de santé publique.

La promotion d'une culture de la qualité doit infuser l'ensemble des pratiques. Elle recouvre plusieurs dimensions :

- une **vision non stigmatisante** avec la promotion du signalement, la gestion positive de l'erreur ;
- une approche de la sécurisation des pratiques par la **réduction des risques**. En effet, l'évolution des modalités de prises en charge, avec le virage ambulatoire et le déploiement d'alternatives à l'hospitalisation, la transformation des techniques, par le biais des innovations technologiques notamment (e-santé), sont autant de transformations qui demandent une adaptation des conditions de sécurité. Par ailleurs, un tiers des événements indésirables seraient évitables, principalement dus à des défauts d'organisation, de coordination, de vérification ou de communication, ce qui invite à déployer les techniques d'analyse de risques pour maîtriser ces situations ;
- un objectif **d'harmonisation des pratiques** sur l'ensemble du territoire, répondant à l'enjeu d'équité ;
- un accompagnement de la démarche **d'amélioration continue** des structures, objectivée dans les procédures de certification, d'évaluation externe, ainsi que la mise en place de labels qualité, la mise à disposition d'équipes d'appui et la diffusion de la culture de l'évaluation chez les professionnels de santé ;
- un enjeu de **pertinence des prises en charge**, avec l'optimisation des parcours, la rationalisation dans l'organisation des filières, la sensibilisation des professionnels et des patients à ces notions. Ces différents éléments contribuant, in fine à renforcer l'efficacité du système de santé régional.

“La qualité, la sécurité et la pertinence doivent demeurer une exigence et bénéficier à tous”.



EXEMPLES DE PROJETS CONCRETS

Afin de poursuivre cette dynamique visant à impulser une culture de la qualité et de la sécurité auprès de chaque acteur de santé de la région, l'ARS s'engage à renforcer la promotion de la culture de la qualité et de la sécurité, à travers, notamment :

- le développement de bonnes pratiques en identitovigilance ;
- l'accompagnement à l'implication dans la gestion des risques des structures d'exercice coordonné de soins primaires ;
- la lutte contre la polymédication de la personne âgée et la iatrogénie à l'hôpital ;

Les professionnels et structures seront accompagnés sur ces sujets par une Structure Régionale d'Appui fortement engagée dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.



DES INDICATEURS POUR MESURER L'EFFICACITÉ DE NOTRE ACTION

Indicateurs de qualité

Par territoires de santé :

- Taux d'hospitalisations potentiellement évitables.
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours.
- Taux de chirurgie ambulatoire.
- Prévalence de la polymédication (3 délivrances comportant au moins 10 molécules sur une année) chez les personnes de plus de 75 ans.

5 CLÉS : POUR RÉUSSIR

A. Le déploiement du PRS dans tous les territoires	32
B. Les synergies partenariales	33
C. L'innovation en santé	35
D. Prendre soin de ceux qui soignent et qui accompagnent au quotidien	37
E. Le pilotage et l'évaluation	38

IV. 5 CLÉS POUR RÉUSSIR

La mise en œuvre des cinq engagements, identifiés comme les objectifs prioritaires de ce PRS, s'appuiera sur des modalités précises de déploiement, permettant l'adéquation des résultats avec les objectifs initiaux. En effet, pour réussir, il faudra tirer les enseignements des précédents PRS et s'appuyer sur de nouveaux modes d'action. Si le présent PRS s'inscrit dans un continuum avec le projet précédent en termes d'engagements, de nouveaux modes d'actions se dessinent :

- dans un contexte de création des Agences Régionales de Santé, les premiers PRS ont été conçus comme des documents recensant de manière exhaustive les ambitions et les moyens de la politique régionale de santé. Ils comportaient des objectifs insuffisamment précis et des indicateurs d'évaluation très nombreux et peu renseignés. Il appartient donc au projet actuel de mieux répondre à une volonté affirmée d'opérationnalité, en proposant des objectifs resserrés et la mise en place de **critères précis d'évaluation**, afin de faciliter l'appréciation de l'atteinte des objectifs fixés ;
- **l'innovation**, tant technique qu'organisationnelle, est un levier de taille face aux enjeux du PRS, il s'agit ainsi pour l'agence de soutenir le développement de l'innovation par le biais d'actions concrètes ;
- afin de mettre en place ces différentes évolutions, **l'accompagnement au changement et au développement de compétences professionnelles** ciblées est une clé de transformation primordiale ;
- l'impact des déterminants de santé, déjà visé dans les précédents PRS mais qui est ici positionné comme un fil rouge de l'intervention, incite à une **coordination renforcée** avec les autres institutions, afin de mieux cibler et adapter nos actions ;
- le remplacement des Conférences de Territoires par les Conseils Territoriaux de Santé, dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé, **invite à une territorialisation renforcée** de l'action des ARS, rendue encore plus nécessaire dans le cadre de la nouvelle région.

A. LE DÉPLOIEMENT DU PRS DANS LES TOUS LES TERRITOIRES

“Porter les projets du PRS dans tous les territoires en prenant en compte leurs spécificités et en mobilisant au mieux leurs ressources”.

Pour mieux répondre aux attentes des citoyens, dans le nouveau contexte de la grande région, le PRS identifie des objectifs régionaux qui seront déclinés au niveau des territoires. En effet, l'Occitanie est la deuxième région la plus étendue de France, et son territoire est traversé d'inégalités importantes. La région présente des indicateurs de santé globalement favorables, mais les écarts observés en termes d'accès aux soins sont importants et si rien n'est fait, ils ne feront qu'augmenter dans les années à venir.

Le défi posé par la réforme territoriale et l'agrandissement de la région appelle à la vigilance, pour garantir l'accès aux différentes réponses offertes aux usagers, en conciliant la proximité et la nécessaire gradation des dispositifs et des services.

L'organisation propre de l'ARS est territorialisée, par le biais du réseau de 13 délégations départementales qui contribuent à la conception et à l'application de la politique de santé régionale. Les délégations départementales de l'ARS sont ainsi mobilisées sur l'élaboration des Contrats Locaux de Santé (CLS), outil primordial dans les politiques de territorialisation, et portées conjointement avec des collectivités territoriales.

Cet outil vise à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, prioritairement dans des zones rurales isolées et dans les quartiers urbains en difficulté.

Au-delà des CLS, l'ARS accompagne également les acteurs du territoire par la mise en œuvre d'autres outils ou dispositifs visant à définir une politique de santé sur les territoires : mise en œuvre des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), approbation des conventions constitutives et des projets médicaux partagés des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), mise en place des contrats de ville, des contrats de ruralité ou des Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM), développement des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM).

Par ailleurs, 13 territoires de démocratie sanitaire ont été définis à partir de l'échelle départementale et sont animés respectivement par un Conseil Territorial de Santé (CTS). Chacun de ces 13 CTS contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre ainsi qu'à l'évaluation du PRS, en particulier concernant l'organisation des parcours de santé. Concrètement, ces 13 CTS seront mobilisés sur la déclinaison des feuilles de routes au niveau local, garantissant l'adaptation de la stratégie de santé régionale aux particularités des contextes territoriaux, en s'appuyant sur des leviers tels que les Contrats Locaux de Santé (CLS).

Les projets portés par le PRS qui ont vocation à être déployés localement seront priorisés et développés dans chaque territoire de santé, en fonction de ses caractéristiques ainsi que des acteurs mobilisables et des ressources mis en exergue par le diagnostic territorial. Ils seront alors implémentés dans le cadre d'une programmation pluriannuelle.

B. LES SYNERGIES PARTENARIALES

“Susciter des partenariats opérationnels plus efficaces, inscrits dans la durée, pour une véritable synergie “d’action santé” au profit de la population”.

L'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. « Ces facteurs, que l'on appelle « déterminants de santé » n'agissent pas seuls, c'est leur combinaison qui est susceptible d'influer sur l'état de santé des personnes »⁷. Afin de maximiser l'impact de la politique de l'ARS, la coordination de sa politique avec les actions des différentes institutions est une clé de réussite indispensable pour agir sur les déterminants de santé, et pour décliner le PRS dans les territoires en répondant bien aux préoccupations locales.

L'ARS veillera avec les préfetures concernées à une bonne coordination au niveau des départements, garantissant ainsi la cohérence des actions de l'État, notamment dans les champs de compétences partagée (gestion de crises, coordination des secours, publics migrants...).

Indispensable, la déclinaison départementale du PRS doit s'accompagner pour être efficace d'un travail de coordination opérationnelle, tel que proposé en programmation pour le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS).

Concernant la programmation dans le champ médico-social, le PRS de deuxième génération n'intègre plus le PRIAC. Toutefois, le PRIAC perdure et aura vocation à être actualisé annuellement.

La transformation de l'offre médico-sociale interviendra dans un partenariat étroit et une démarche concertée avec les Conseils Départementaux, dans le champ de compétences partagées.

Elle s'appuiera sur les appels à projets mais aussi sur les CPOM qui se généraliseront à l'ensemble de structures, durant la période d'application du Schéma Régional de Santé.

L'ARS poursuivra activement les dynamiques partenariales engagées avec les collectivités territoriales, par une animation s'appuyant sur les outils existants dont les CLS, mais également sur la plus-value attendue des Schémas Départementaux d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP).

Sur la thématique de l'environnement, dont l'impact sur la santé est scientifiquement prouvé, l'ARS décline le Plan Régional Santé Environnement en partenariat avec la DREAL, qui permet de coordonner les différentes institutions en présence (Conseils Départementaux, Éducation Nationale...) afin de proposer des actions sous l'angle de la sécurité sanitaire (agir sur les déterminants environnementaux) et de la promotion de santé (agir sur les déterminants comportementaux).

Concernant la population des enfants et des jeunes, les liens forts développés avec l'Éducation Nationale (à la fois l'institution sous forme de conventions, mais également la collaboration avec les professionnels qui y travaillent) ont permis de mieux cibler certaines tranches d'âge ou certains milieux de vie, pour proposer une approche plus opérante en terme de parcours.

Des programmes inter-établissements scolaires (allant de la maternelle au lycée sur des mêmes zones géographiques) ont ainsi pu être développés.

⁷ Santé Publique France

Des programmes thématiques menés par des opérateurs externes aux établissements ont également été mis en place (prises de risques, addictions, mal être, nutrition, éducation à la vie affective et sexuelle...). Par ailleurs, le recueil et l'exploitation des bilans infirmiers de santé à 5-6 ans et 10-11 ans ont permis de repérer les besoins et de suivre l'évolution des certains problèmes de santé (obésité, vaccinations, troubles sensoriels...).

Compte tenu des effets positifs visibles de cette coordination, le partenariat avec les deux rectorats (Toulouse, Montpellier) doit perdurer et être particulièrement promu. La mise en œuvre accompagnée du service sanitaire, en copilotage ARS/rectorats, s'appuie pour son organisation sur le comité régional stratégique installé en 2018.

Sur la thématique de la prévention à destination des personnes âgées de 60 ans et plus, l'ARS assure la vice-présidence, dans chaque département, de la Conférence des Financeurs, aux côtés des Conseils Départementaux et des Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Cet effort de coordination avec les différentes institutions constitue un vrai engagement de l'ARS visant à agir sur les déterminants de santé.

Par ailleurs, différentes instances ont été créées afin d'impulser une dynamique de coordination avec les autres partenaires : instance de coordination avec l'Assurance Maladie, commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) sur le secteur médico-social et la prévention...

Dans le secteur médico-social, la coordination et la coopération institutionnelle s'organisent notamment dans le cadre de la CCPP médico-sociale en associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Elle contribue à l'élaboration du projet régional, à l'analyse de l'offre et des besoins et examine les schémas départementaux d'organisation médico-sociale.

Les partenariats seront approfondis également avec l'administration judiciaire pour les personnes sous-main de justice et avec les services régionaux et départementaux de la cohésion sociale, au profit des plus démunis. Les enjeux de formation, d'innovation et de développement numérique seront à appréhender, en collaboration étroite avec le Conseil Régional.

C. L'INNOVATION EN SANTÉ

Les innovations en santé recouvrent les innovations diagnostiques et thérapeutiques, technologiques et organisationnelles. Elles sont vectrices de la transformation de notre système de santé, en fonction de leurs capacités à répondre à la demande sociale mais aussi, dans la limite de leur soutenabilité financière.

Il en est ainsi, par exemple, pour les technologies de santé à vocation diagnostique, thérapeutique ou de dépistage se situant en phase de première diffusion, de mise sur le marché ou de commercialisation et dont l'efficacité et la sécurité ont été validées en recherche clinique.

La mise en place d'actions innovantes, afin de résoudre les principales problématiques de santé régionales, fait partie des engagements pris dans le cadre de ce PRS. En effet, les différentes innovations technologiques et organisationnelles constituent de nouvelles réponses à des enjeux repérés.

L'action publique vise à créer un cadre favorable à ces initiatives innovantes.

Parmi les **innovations techniques** dans le domaine des nouvelles thérapies et technologies, on peut citer :

- **le développement de la santé numérique**, qui permet à la fois de rendre le patient acteur de sa santé (suivi de maladies chroniques, actions de prévention, d'éducation thérapeutique... le tout « connecté ou en ligne ») et d'impulser une évolution progressive de l'organisation des offres sanitaires et médico-sociales, afin de mieux coordonner les parcours de santé prioritaires en région. Les actions dans ce domaine peuvent profiter de la présence en région de 5 living labs centrés sur les thématiques de la santé et autonomie, permettant d'accélérer la diffusion de ces innovations numériques (dont Kyomed à Montpellier, l'IZML à Nîmes et le CHL à Castres.) ;
- **le développement des bio-technologies médicales**, notamment l'amélioration des technologies de traitement de l'information, le développement des bio-technologies de l'imagerie qui facilitent et améliorent le dépistage et le diagnostic, ou la mise en place d'une médecine personnalisée. L'agence régionale de l'innovation en Occitanie développe ainsi des thérapies innovantes ciblées ;
- **la création de dispositifs médicaux et de nouveaux équipements de santé**, avec notamment la recherche autour des bio-matériaux et des dispositifs implantables permettant de suppléer une fonction physiologique. Le cluster d'entreprise BiomedAlliance travaille ainsi au développement de dispositifs médicaux et de technologies médicales.

Dans ce contexte évolutif, en cohérence avec l'ambition du PRS, l'ARS s'attachera à soutenir le développement des pratiques innovantes et à promouvoir les nouveaux modes d'intervention qui ont fait preuve de leur efficacité à trois niveaux :

- **inégalités de santé** : mieux comprendre les phénomènes de défavorisation, mobiliser les outils méthodologiques et les apports des sciences sociales pour agir plus efficacement, en lien avec l'IFERISS (Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé et Société) et la plateforme AAPRIS (Apprendre et Agir pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé) ;
- **efficacité des programmes de prévention** : repérer les stratégies d'intervention en prévention qui ont fait preuve de leur efficacité, dans la littérature nationale et internationale pour les implémenter en région, dans le cadre d'un partenariat avec la Plateforme CEPS (Plateforme universitaire collaborative sur l'évaluation des Interventions Non Médicamenteuses) ;
- **pratiques innovantes en santé mentale** : favoriser les prises en charge intégrées et les thérapies innovantes en s'appuyant sur la FERREPSY (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale associant les professionnels des secteurs privé et public, libéraux et représentants institutionnels).

En outre, l'ARS fournira un appui aux professionnels de santé, dans le développement d'expérimentations organisationnelles innovantes alternatives ou complémentaires aux modalités existantes.

D. PRENDRE SOIN DE CEUX QUI SOIGNENT ET QUI ACCOMPAGNENT AU QUOTIDIEN

“Parce que la qualité du service rendu est aussi liée aux conditions d'intervention et d'exercice des professionnels de santé, porter une attention toute particulière sur leur qualité de vie au travail”.

Le Projet Régional de Santé doit prendre en considération l'accompagnement aux changements des professionnels de santé travaillant au sein des établissements sanitaires, médico-sociaux et en secteur ambulatoire, pour répondre aux besoins avérés de ces professionnels et aux attentes renouvelées des usagers.

Ces besoins s'inscrivent dans un contexte de fortes évolutions des pratiques, des métiers, des technologies et des organisations et, plus globalement, de transformation profonde de notre système de santé.

Les métiers de la coordination, les organisations sous forme de plateformes de soins, le développement des interventions en mobilité, à distance, à domicile, les prestations de plus en plus personnalisées, l'intégration des thérapies non médicamenteuses et autres innovations thérapeutiques sont autant de défis à relever pour les professionnels de santé.

Ces évolutions nécessitent d'anticiper et d'accompagner, afin que :

- les professionnels de santé soient reconnus, formés, et que leurs compétences soient actualisées tout au long de leur vie professionnelle ;
- qu'ils puissent évoluer dans un environnement le moins fragilisé possible, et disposer de solutions et d'aides pratiques.

C'est pourquoi, l'Agence Régionale de Santé portera une attention particulière sur l'intégration d'actions de sensibilisation, de formation et d'accompagnement au changement, dans les projets structurants qu'elle accompagnera, ou dans les appels à projets destinés à faire émerger des initiatives positives issues du terrain, en faisant confiance aux acteurs.

En matière de qualité de vie au travail, l'ARS s'attachera à promouvoir les mesures préventives ou correctives en s'appuyant sur les outils existants et les démarches engagées depuis plusieurs années, notamment via les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACTION), et également d'apporter un soutien complémentaire ou un regard différent.

À titre d'exemple, la mise en place de « Clusters » à destination des établissements de santé, en partenariat avec la HAS, permettent notamment d'interroger le contenu du travail, en lien avec la sécurité et la qualité des soins.

D'une manière générale, l'ARS soutiendra toute initiative ou expérimentation visant à améliorer la qualité de vie au travail, à prévenir les risques psycho-sociaux par une communication et une pédagogie adaptée, et à préserver le bien être professionnel, gage d'une relation soignant-soigné de qualité.

Elle apportera également, dans les différents projets portés, un appui aux aidants professionnels, familiaux, proches, acteurs indispensables qui accompagnent au quotidien.

E. LE PILOTAGE ET L'ÉVALUATION

“Piloter la mise en œuvre du PRS et évaluer l'efficacité de notre action”.

La démarche d'évaluation du PRS se veut composite et porte une mission d'aide à la décision. Elle devra permettre d'estimer l'efficacité et l'efficience de notre politique de santé régionale dans un objectif de renforcement ou de réorientation des priorités de santé.

Au regard de l'ambition de ce PRS de mieux répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables, son évaluation devra nécessairement rendre compte de l'évolution des inégalités sociales et territoriales de santé et mesurer l'impact des apports d'une prévention mieux ciblée et d'une meilleure intégration des soins primaires.

Le suivi et l'évaluation du PRS fera l'objet d'une démarche largement participative.

Les méthodes devront laisser une large part au regard porté par les usagers sur l'évaluation de la politique menée. Ainsi, l'Agence Régionale de Santé pourra, le cas échéant, confier à des associations d'usagers, la possibilité de porter un regard évaluateur sur le PRS et de vérifier l'alignement des actions menées avec le vécu des usagers. L'évaluation participe également d'une volonté de **transparence à l'égard des usagers** et bénéficiaires : les résultats de l'évaluation ont vocation à être rendus publics afin d'informer les citoyens sur le déroulement du processus.

Le Projet Régional de Santé s'inscrit dans une logique de planification et de programmation des moyens. Il définit les objectifs de l'Agence sur cinq ans, ainsi que les mesures visant à les atteindre. De par sa dimension et sa durée, le Projet Régional de Santé nécessite un dispositif de pilotage spécifique permettant de rendre compte de la mise en œuvre des actions prévues.

À ce titre, une **revue du PRS** sera **mise en œuvre annuellement**. Elle associera les représentants des institutions, partenaires, professionnels de santé, représentants des usagers et des territoires, et permettra un **suivi régulier des projets et une réactivité en cas d'évènements imprévus** dans la mise en œuvre du projet.

L'instance de pilotage de l'élaboration du PRS (COPI PRS) associant les présidents de la CRSA et de ses commissions spécialisées et l'équipe de Direction de l'ARS, perdurera à l'issue de la publication du PRS. Elle sera élargie à d'autres membres désignés par la CRSA en son sein, pour former un comité de suivi et continuer à réaliser le lien avec la CRSA.

Cette instance élargie sera appuyée par un groupe technique d'experts chargé des choix des méthodes, indicateurs et référentiels et de la préparation des éléments de revue annuelle du comité de suivi.

Cette organisation intégrera une représentation des partenaires, des usagers et d'experts (Santé Publique France, ORS..) dans un objectif de transparence, de partage des méthodes et des référentiels scientifiques.

L'évaluation fera l'objet d'un **programme formalisé** dans une logique de priorisation, intégrant un volet d'évaluation qualitative et définissant les dispositifs qui feront l'objet d'une évaluation externalisée.

L'Agence Régionale de Santé prévoit plusieurs niveaux complémentaires en matière de suivi, de pilotage et d'évaluation du PRS :

- rendre compte, en lien avec les indicateurs retenus par la Stratégie Nationale de Santé, de **l'évolution générale** de l'état de santé de la population, de l'accès aux soins ou aux dispositifs de prévention ou encore de l'évolution de comportements à risque tels que le tabagisme chez les jeunes ;
- évaluer l'atteinte des résultats attendus au sein des **priorités** du PRS. Par exemple, un meilleur suivi par les médecins généralistes des patients atteints de pathologies psychiatriques sera mesuré par le nombre de consultations chez ces patients ;
- évaluer les **projets**, leur mise en œuvre opérationnelle, leur couverture territoriale, le nombre de professionnels ou de patients intégrés et bien entendu, les résultats en terme d'impact sur la population ciblée.

Ainsi, afin d'affirmer la vocation évaluable de ce document, l'ensemble des projets structurants et des priorités opérationnelles **sont dotés d'indicateurs précis**. Ces derniers seront consolidés et enrichis dans la phase de cadrage des projets.

Au-delà de l'évaluation de la mise en œuvre et des résultats ciblés des projets, un autre enjeu dans l'évaluation des politiques publiques repose sur la **définition a posteriori de critères de transférabilité** : en permettant d'identifier les facteurs environnementaux, populationnels, organisationnels de réussite d'une action, l'évaluation s'inscrit dans un processus d'aide à la décision publique. Cette vigilance à identifier les critères de transférabilité devra imprégner les modalités de suivi du PRS afin de définir le territoire optimal de déploiement des dispositifs soutenus.

En dernier lieu, la dimension évaluative sera également appuyée par la mise en place de plusieurs **démarches d'observatoires**, qui auront vocation à recueillir des données de santé au fur et à mesure du déploiement des actions dans une logique d'aide à la décision. Ces démarches concernent :

- la réflexion sur la création d'un **observatoire régional de la santé des professionnels**, permettant de mieux intégrer les données existantes concernant la santé et les fragilités professionnelles pour les personnels paramédicaux, médicaux et médico sociaux ;
- **l'analyse de l'état de santé de la population carcérale**, par le déploiement progressif d'une enquête à l'ensemble des établissements pénitentiaires de la région Occitanie, pour la publication d'un premier diagnostic en 2020 ;
- **la mise en place d'un observatoire de la pertinence**, en lien avec l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins. Cet observatoire visera à assurer le partage d'une vision et d'une analyse commune entre tous les acteurs régionaux des évolutions nécessaires des pratiques, de la prise en charge des patients et des priorités d'actions et des méthodes à retenir pour améliorer l'adhésion des acteurs. Il permettra la définition et le suivi d'un Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins ;
- **la création d'un observatoire des AVC** afin que les professionnels de santé puissent bénéficier des données permettant de connaître les filières de prise en charge et d'évaluer les pratiques professionnelles. Se basant sur un recensement des besoins et attentes, sur les observatoires/registres existants, cette démarche associera l'ensemble des établissements et professionnels de santé de la région Occitanie pour définir le périmètre définitif du modèle régional retenu et des moyens nécessaires à sa mise en œuvre et à sa gestion ;
- **le développement d'un partenariat opérationnel avec l'Observatoire Régional des Urgences (ORU)** d'Occitanie, pour favoriser l'efficacité et la pertinence du recueil des Résumés de Passages aux Urgences (RPU), la création d'indicateurs de suivi des activités d'urgences et un accompagnement opérationnel des structures. Cette démarche vise donc à animer un réseau de correspondants dans chaque établissement assurant la qualité des RPU, identifier des indicateurs de suivi régionaux sur la veille sanitaire et les tensions hospitalières ainsi que l'identification des filières d'urgence.

ANNEXE

Bilan des précédents PRS	42
--------------------------------	----

ANNEXE : BILAN DES PRÉCÉDENTS PRS

Ce présent PRS est le deuxième exercice de planification à cinq ans, mais cette fois avec une vision stratégique prospective à dix ans. Il succède donc aux précédents Projets Régionaux de Santé du Languedoc-Roussillon et de Midi-Pyrénées. Loin d'une construction ex-nihilo, ce PRS seconde génération s'appuie sur les enseignements des documents précédents. Dans un contexte de création des Agences Régionales de Santé, les premiers PRS ont eu tendance à être conçus comme des documents recensant de manière exhaustive les ambitions et les moyens de la politique régionale de santé. Il appartient donc au projet actuel de mieux répondre à une volonté affirmée d'opérationnalité, en proposant des objectifs resserrés.

Le bilan des deux précédents PRS a été focalisé sur les documents stratégiques qui prévalaient avant le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), à savoir les Plans Stratégiques Régionaux de Santé (PSRS).

Le bilan des deux précédents PSRS met en lumière des changements nécessaires qui ont guidé l'élaboration de ce document :

- L'objectif de **transformation de la place de l'utilisateur au sein du système de santé** transparaît déjà dans les deux précédents PSRS. Il s'agit d'objectifs clairement formulés et plusieurs réalisations ont été observées dans ce champ, sous l'angle du renforcement de la démocratie sanitaire et d'un meilleur respect du droit des usagers. Ces réalisations sont importantes, et il faudra pouvoir les pérenniser et les développer afin qu'elles deviennent des réalités pour l'ensemble du territoire. Par ailleurs, l'implication de l'utilisateur dans son suivi semble, aujourd'hui, être une priorité.

RÉALISATION DES PRÉCÉDENTS PSRS

- Droits des usagers et bientraitance
 - Le précédent PRS a permis de **promouvoir et respecter les droits des usagers**. Le déploiement de la Charte Romain Jacob a contribué à cette dynamique, appuyée par la mise en place de programmes de formations des représentants d'usagers dans divers domaines, l'harmonisation et l'informatisation des rapports annuels des CRUQPC ainsi que la valorisation d'actions exemplaires développées en matière de droits des usagers.
 - Diverses actions ont eu par ailleurs pour objectif de **promouvoir la bientraitance** dans l'ensemble de ses dimensions **pour la personne et ses proches aidants** (lutte contre la douleur et dépistage des troubles nutritionnels en EHPAD, présence des représentations d'usagers, programmes d'éducation thérapeutique du patient associant les usagers, participations des usagers à divers projets d'ampleur...).
- Démocratie en santé
 - Le précédent PRS a favorisé plus généralement le **développement de la démocratie sanitaire** à travers l'organisation de débats publics sur des thématiques ciblées et la participation des représentants des usagers (CRSA) aux travaux d'évaluation du PRS.
- L'utilisateur acteur de sa santé
 - En matière de **santé des jeunes**, plusieurs programmes de prévention ont été développés, visant à renforcer les compétences psycho-sociales et à agir sur les prises de risques.
 - Divers projets ont contribué à diffuser une culture de la prévention de la perte d'autonomie auprès des **personnes âgées**, passant notamment par l'auto-évaluation de la fragilité des personnes âgées.
 - En matière de cancer, l'accès au dispositif d'annonce et aux soins de support constitue un axe de progrès dans la région.

- L'objectif d'**accessibilité** a été assigné aux deux précédents plans directeurs, les réponses ont principalement porté sur des **créations de places**. Forte de ce renforcement de l'offre, la région doit maintenant pouvoir relever le défi d'une meilleure coordination des acteurs pour garantir la pertinence de la prise en charge. Par ailleurs, dans le cadre de la grande région, les enjeux d'accessibilité demeurent importants et appellent à développer de nouvelles réponses innovantes.

RÉALISATION DES PRÉCÉDENTS PSRS

- Le précédent PSRS a permis d'agir sur l'**accessibilité à des prises en charge dédiées aux personnes âgées**, en consolidant les différentes composantes de la filière gériatrique que ce soit en ambulatoire (consultation mémoire, hospitalisations de jour gériatriques), en structure sanitaire (augmentation du nombre de places en court-séjour, en SSR et USLD), en dispositifs spécifiques issus du 3^{ème} plan Alzheimer (UCC, PASA et UHR) ou encore en outils de coordination (déploiement des équipes mobiles de gériatrie (EMG), actualisation du référentiel et expérimentation des interventions des EMG en extrahospitalier).
- Pour le handicap comme pour les autres thématiques abordées par le précédent PRS, l'enjeu **d'équité d'accès dans tous les territoires** a guidé la mise en œuvre d'actions pour un rééquilibrage entre départements via notamment des opérations de fongibilité asymétrique des crédits du secteur sanitaire vers le médico-social.
- Pour l'accès aux soins urgents, l'association des différents dispositifs (services d'urgence, SMUR, Médecins correspondants SAMU, collaboration avec certains SDIS...) permet à 98 % de la population de se situer à moins de 30 mn d'une réponse.
- Pour les soins primaires, le rythme de déploiement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) a été particulièrement soutenu dans notre région. Un bilan réalisé fin 2016 montre que 91 % des zones prioritaires/fragiles sont couvertes par au moins un projet d'exercice coordonné (MSP...) ou font l'objet d'aides à l'installation (Contrat d'Engagement au Service Public - CESP) ou à l'activité des professionnels (contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale -PTMG).

- Concernant la **précocité du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge**, il s'agit d'une thématique non directement abordée dans les précédents projets, ou uniquement **sous un aspect d'organisation de filières**. Il s'agit aujourd'hui d'un sujet primordial, notamment dans l'optique de ne pas aggraver les inégalités.

RÉALISATION DES PRÉCÉDENTS PSRS

- Dans le champ du handicap, une attention particulière a été portée aux **personnes présentant des troubles du spectre autistique** afin de renforcer leur accompagnement tout au long de la vie. Des dispositifs de repérage et de diagnostic permettant une prise en charge précoce ont été développés via la création de deux Centres Ressources Autisme (CRA) et leurs équipes/antennes associées.
- Pour certaines populations, en particulier **les enfants et les jeunes**, les bases d'un **programme régional allant de la prévention aux soins** a été mis en place lors du précédent PRS, et portait notamment sur un **dépistage précoce**. Pour exemple, le dépistage du handicap sensoriel, le repérage du surpoids et de l'obésité, le repérage des conduites à risque (alcoolisation rapide...) ont été des points centraux dans les actions menées en région.
- Pour certaines pathologies, notamment le cancer, des travaux ont été réalisés pour comprendre les écarts de participation aux dépistages organisés et mieux adapter les actions selon les populations.

- L'attention portée à l'**adaptation de la prise en charge**, c'est-à-dire l'**accès à la bonne intensité, au juste niveau de soin**, tout en garantissant la continuité du parcours de la personne, apparaît à plusieurs reprises dans les précédents projets, plutôt sous l'aspect de l'efficacité.

Par ailleurs, les avancées législatives et réglementaires ont contribué à déployer des nouveaux dispositifs visant justement à proposer **des réponses graduées et continues** (avec notamment la mise en place de la Réponse Accompagnée pour Tous (RAPT)). La poursuite de l'application de ces lois, ainsi que le développement du virage ambulatoire constituent autant de leviers pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

RÉALISATION DES PRÉCÉDENTS PSRS

- En matière de handicap : Le territoire s'est saisi de la nouvelle démarche de Réponse Accompagnée pour Tous (réalisation des Plans d'Accompagnements Globaux (PAG) et des Groupes Opérationnels de Synthèse (GOS) dans l'Aude et les Pyrénées-Orientales, suivi par un démarrage en 2017 pour les autres départements d'Occitanie). Des dispositifs facilitant le parcours ont été mis en place : les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), les dispositifs de consultations dédiés et la création de structures expérimentales dédiées à l'accompagnement des Personnes Handicapées Vieillissantes.
- Concernant les personnes âgées : L'accompagnement de la perte d'autonomie et du vieillissement nécessite une coordination renforcée des professionnels et un appui à la gestion de cas complexes. Le territoire régional connaît à cette fin un **bon niveau d'intégration des MAIA**. La **coordination des professionnels** a été favorisée **par divers systèmes d'information** (déploiement de Via Trajectoire, du Répertoire Opérationnel des Ressources, du portail régional « parcours personnes âgées »). Le déploiement en Hautes-Pyrénées de l'expérimentation PAERPA est également à noter ainsi que l'expérimentation de plateformes territoriales d'appui (Gers, Pyrénées-Orientales, Tarn-et-Garonne et Aude à un niveau infra-départemental) ou encore la Plateforme Territoriale de Sortie (CHU de Nîmes).
- Les politiques menées ont de plus visé à **promouvoir la vie à domicile et les alternatives à l'hébergement permanent** (dans le champ du handicap, développement des Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) et des Services d'Accompagnements Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH) dans le champ de la santé mentale, une analyse des « longs séjours » a été réalisée, permettant de repérer les séjours inadaptés et d'identifier les facteurs de blocage pour une sortie plus précoce et une meilleure réinsertion psycho-sociale...).
- Concernant les maladies chroniques, l'ARS s'est investie par exemple pour réguler et orienter le patient victime d'un AVC vers la structure de prise en charge adaptée (UNV territoriale, UNV régionale pour la thrombectomie) dans les délais les plus courts et avec les moyens de transport le plus adapté. L'objectif est un accès rapide au diagnostic (IRM), à la mise en œuvre des traitements adaptés (thrombolyse, thrombectomie), puis à la rééducation et à la réinsertion.

- Les **objectifs de qualité et sécurité** sont présents dans les deux documents de Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées et des réalisations sont observées sur des champs spécifiques. Pour autant, la mise en place d'une véritable culture qualité et sécurité constitue toujours une ambition pour notre région à l'heure actuelle, avec un enjeu d'homogénéisation des pratiques sur l'ensemble du territoire.

RÉALISATION DES PRÉCÉDENTS PSRS

- La promotion des bonnes pratiques professionnelles a été particulièrement accompagnée, au travers de la mise en place de labels qualité (« échomip » par exemple), de la mise à disposition d'équipes d'appui thématiques (dans les EHPAD : équipes d'hygiène hospitalière et équipes mobiles de gériatrie-psycho, ...), de la diffusion de la culture de l'évaluation à partir de groupes de Professionnels de Santé engagés (APPERQUAL, en SSR auto-évaluation de la pertinence des journées...).
- Pour favoriser les délégations de tâches, l'accompagnement du dispositif relatif aux protocoles de coopération a permis la sécurisation juridique des pratiques de délégation, et la mise en place de protocoles conformes aux recommandations de bonnes pratiques avec une démarche de gestion des risques.
- Dans le domaine de la Santé Mentale, un accompagnement à l'évolution des pratiques a été mené (auto-évaluation des hôpitaux de jour de pédopsychiatrie et des structures médico-sociales, évaluation qualitative des équipes mobiles de gériatrie-psycho selon leurs prestations et les résultats obtenus, avant une généralisation).
- Dans le domaine du cancer, la création du « label IUCT » pour l'ensemble des établissements disposant d'une offre de cancérologie sur le périmètre Midi-Pyrénées a permis d'accroître l'attractivité des établissements de proximité, tout en garantissant aux patients une prise en charge de qualité. L'inscription des actions d'amélioration de la qualité de la prise en charge portées par les 3C a été promue, et s'adresse à tous les acteurs, notamment les établissements autorisés et les professionnels de ville.

De manière générale, en dépit des actions réalisées par l'ARS, les besoins identifiés lors des précédents PSRS existent toujours et, pour certains, s'aggravent. Ainsi les disparités d'états de santé entre classes socio-professionnelles ou entre départements ont pu s'accroître pour certains indicateurs. Parallèlement, le cadre législatif et réglementaire, et notamment la Stratégie Nationale de Santé, insistent sur le développement de la prévention et la nécessité d'agir vraiment sur les déterminants de santé.

- Ainsi, la conjonction des besoins identifiés sur le territoire et de l'environnement national invite à adapter les modalités de déploiement de l'action de l'Agence et à placer **la réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS)** comme **l'ambition phare de ce projet.**



ARS OCCITANIE
Agence régionale de santé Occitanie
26-28 Parc-club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel
CS 30001
34067 MONTPELLIER Cedex 2
04 67 07 20 07

www.occitanie.ars.sante.fr



www.prs.occitanie-sante.fr

SGAR Occitanie

R76-2018-08-03-003

2- Ars Occitanie Projet Régional de Santé Schéma
Régional de Santé

2- Ars Occitanie Projet Régional de Santé Schéma Régional de Santé

#2

SCHÉMA
RÉGIONAL
DE SANTÉ



PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

POUR LA SANTÉ DE 6 MILLIONS
DE PERSONNES EN OCCITANIE



OCCITANIE
SANTÉ 2022

ars
●● Agence Régionale de Santé
Occitanie

#2

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2018 - 2022



CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE 2018 - 2027



PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS 2018 - 2022

SOMMAIRE

THÈMES TRANSVERSAUX	2
PARCOURS PRIORITAIRES	159
ÉQUIPEMENTS, ACTIVITÉS ET FILIÈRES DE SOINS	309
REPÈRES	436

THÈMES TRANSVERSAUX

POUR UN ACCÈS AUX SOINS RENFORCÉ ET UN MEILLEUR PARTAGE DE L'INFORMATION ... 4

Présence médicale et soignante, appui aux soins primaires dans les territoires	5
Accessibilité à l'expertise et à la prise en charge pour les urgences vitales	28
Transformation numérique en santé.....	42

POUR DES RISQUES SANITAIRES MIEUX MAÎTRISÉS ET DES COMPORTEMENTS PLUS FAVORABLES À LA SANTÉ 68

Protection des populations :	
- Situations sanitaires exceptionnelles	69
- Santé environnementale	73
Prévention et promotion de la santé.....	78

POUR UNE RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ RENOUVELÉE AUTOUR DE SOINS DE QUALITÉ .. 111

Place et droits des usagers	112
Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice	121
Qualité – sécurité	138
Pertinence	148

POUR UN ACCÈS AUX SOINS RENFORCÉ ET UN MEILLEUR PARTAGE DE L'INFORMATION

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE, APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES	5
ACCESSIBILITÉ A L'EXPERTISE ET A LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES	28
TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ	42

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

La région Occitanie s'appuie sur un nombre important de professionnels de santé ; pour autant, l'ARS partage les préoccupations des usagers et des acteurs de santé. Il existe de fortes disparités territoriales et le nombre de zones à accessibilité faible risque d'augmenter et de s'étendre, notamment pour certaines professions et dans certains territoires.

L'ambition première consistera à assurer **la continuité des soins** sur l'ensemble des territoires.

Le déploiement de la **prévention**, un des 5 engagements stratégiques de la politique de l'ARS, nécessite l'association étroite des équipes de soins primaires qui sont au premier plan pour la déployer.

L'évolution des modes d'exercice et des pratiques annonce la fin de l'exercice isolé pour les professionnels de santé libéraux. **Les jeunes professionnels de santé revendiquent un exercice coordonné pluri-professionnel** leur permettant de travailler dans de bonnes conditions tout en préservant leur vie privée. Il conviendra de tenir compte des aspirations des jeunes médecins.

L'exercice coordonné est désormais rémunéré grâce à des forfaits attribués aux équipes qui s'impliquent dans ces nouvelles organisations de travail. Ces nouveaux modes d'exercice améliorent à la fois la qualité de prise en charge des usagers et leurs parcours de santé.

Par ailleurs, lorsque les professionnels de santé auront besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe, ils vont pouvoir compter sur des dispositifs d'appui qui seront simplifiés et coordonnés entre eux. L'accompagnement de ces nouveaux dispositifs par le **déploiement des services numériques d'appui à la coordination** représente également un enjeu très important.

Des projets autour de **nouvelles organisations** permettant de construire et d'innover seront soutenus. Une grande confiance sera accordée aux professionnels de santé qui s'engagent, en particulier dans les zones où les facteurs sociaux ou géographiques ont un impact sur l'état de santé et sur le recours à la prévention et aux soins. Plus les personnes vivent dans une zone défavorisée, plus le recours au médecin généraliste est faible ; d'où la nécessité de mobiliser les professionnels libéraux auprès des publics concernés, par exemple via des permanences assurées dans les dispositifs fréquentés par ces publics [Cf. fiches PRAPS, pour les publics les plus précaires].

Le Service de Santé des Armées pourrait également apporter ses ressources (centres médicaux des armées), notamment pour contribuer à la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA).

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

La notion de soins primaires apparaît pour la première fois dans la **loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST)**. Le «premier recours» est reconnu comme la porte d'entrée du système de soins et la garantie de la qualité de la prise en charge dans le parcours de soins. De même, les coopérations entre professionnels de santé sont facilitées pour permettre, entre autres, de renforcer le rôle des paramédicaux. La loi encourage également les nouvelles formes d'exercices regroupés et pluri-professionnels.

En complément de la loi, le **Pacte territoire santé 1** lancé le 31 décembre 2012 a permis d'engager des actions concrètes pour donner envie aux médecins, en particulier les jeunes diplômés, d'aller exercer dans les régions qui en ont le plus besoin. Une douzaine d'engagements ont été déployés autour de 3 objectifs forts : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé (notamment développer le travail en équipe, la télémédecine et les transferts de compétences) et enfin investir dans les territoires isolés.

Lancé en 2015, le **Pacte territoire santé 2** a pour objectif d'amplifier les actions menées depuis 2012 et de proposer de nouvelles initiatives pour soutenir et accompagner les médecins. Les actions à poursuivre sont, notamment, le développement des stages des étudiants en cabinets de ville ; le renforcement des aides à l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles, y compris les spécialistes désormais ; et le soutien financier apporté au travail en équipe en Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) et Centres De Santé (CDS). L'augmentation du nombre de médecins libéraux enseignants et le soutien à la recherche en soins primaires font partie des objectifs ciblés.

La **loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016 (LMSS)** entérine ces mesures et prévoit en particulier de diversifier les modes d'exercices collectifs afin d'améliorer encore l'accès aux soins primaires. Les initiatives prises par les professionnels de santé à l'échelle des territoires seront soutenues, y compris financièrement, dans le cadre des Équipes de Soins Primaires (ESP), organisées autour de médecins généralistes, et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pouvant regrouper des médecins généralistes et spécialistes, des auxiliaires médicaux, des acteurs médico-sociaux et sociaux. Le dispositif des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) complète l'organisation des soins primaires par un appui aux professionnels de santé pour les cas les plus complexes.

La récente **Stratégie Nationale de Santé 2018-2022** et le **Plan destiné à renforcer l'accès territorial aux soins** du nouveau gouvernement fixent quatre priorités pour garantir dans tous les territoires un accès à des soins de qualité :

- **Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients**

Parmi les actions à déployer : aider l'installation des médecins dans les zones en tension, développer les consultations avancées, favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation, développer les coopérations entre les professionnels de santé (protocoles de coopérations, pratiques avancées...).

- **Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances**

Parmi les actions à déployer : inscrire la télémédecine dans le droit commun dès 2018, accompagner l'équipement des établissements médico-sociaux (tous les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), des MSP et des CDS, faire émerger les territoires digitaux (Dossier Médical Partagé à généraliser, compatibilité entre les logiciels, etc.).

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

▪ **Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue**

Parmi les actions à déployer : soutenir le développement des MSP, des CDS et de tous les modes d'exercice coordonné, garantir une réponse aux demandes de soins non programmés en s'appuyant sur les initiatives professionnelles, créer un guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé, simplifier la prise en charge des patients en situation complexe, etc.

▪ **Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover**

Parmi les actions à déployer : co-construire un projet d'animation et d'aménagement du territoire par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires, créer un cadre commun permettant aux professionnels de santé d'expérimenter de nouvelles organisations, évaluer la mise en place des actions, etc.

Ce nouveau plan, dont l'enjeu majeur est d'assurer prioritairement une présence soignante adéquate partout et au moment où cela est nécessaire, doit faciliter l'initiative territoriale qui touche au quotidien des Français, construire des projets de santé adaptés aux besoins des territoires, en tenant compte des nouvelles aspirations des jeunes médecins.

Au-delà des mesures phare affichées dans le PRS, c'est bien l'ensemble de ce nouveau plan qui sera mis en œuvre dans les prochaines années.

Même si l'attention est portée sur certaines parties du territoire (en particulier les quartiers de la politique de la ville), toutes les zones sous-denses sont considérées et accompagnées dans leurs difficultés, notamment celles situées dans les zones rurales ou enclavées.

Les actions volontaristes de promotion menées par l'ARS ne s'opposent pas à une couverture territoriale large, et à la liberté de choix des étudiants et au fait que des stages soient proposés partout.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les 5 priorités opérationnelles retenues sont :

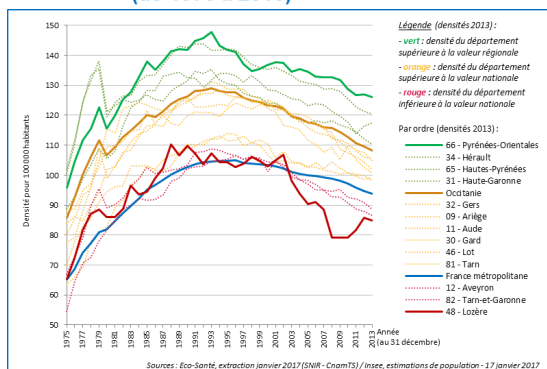
1. Favoriser l'accès aux soins primaires dans les zones fragilisées, par un soutien à l'installation et à l'activité des professionnels.
2. Renforcer l'offre de santé dans les territoires par une présence médicale et soignante accrue
3. Accompagner l'évolution des pratiques et de la démarche préventive en soins primaires.
4. Faciliter l'orientation et la prise en charge de proximité des usagers en situation complexe.
5. Améliorer l'accès des médecins aux examens de diagnostic, en période de Permanence des soins ambulatoires (PDSA).

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

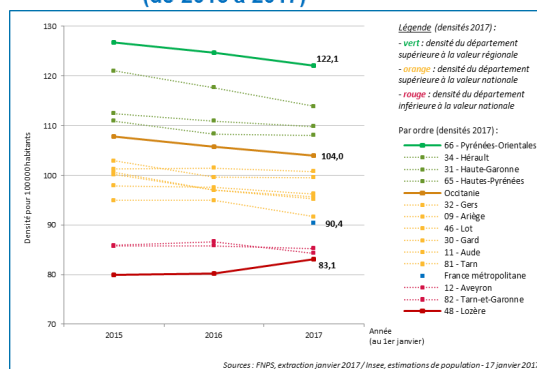
DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Globalement, la région Occitanie se caractérise par une densité en professionnels de santé libéraux supérieure à la moyenne nationale. Seuls 3 départements ont une densité en omnipraticiens libéraux inférieure à la moyenne nationale et cette densité semble se stabiliser sur les trois dernières années alors que l'on observe une diminution dans les autres départements.

► Évolution annuelle de la densité des omnipraticiens libéraux actifs (de 1975 à 2013)



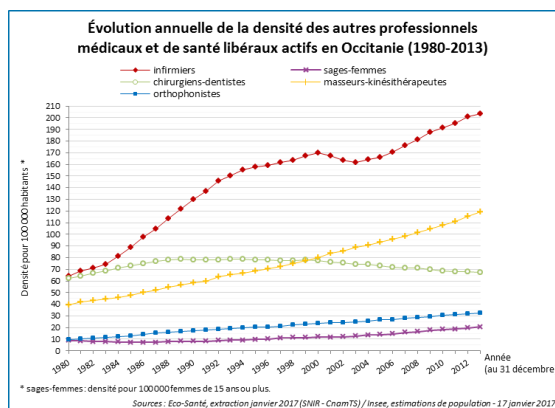
► Évolution annuelle de la densité des omnipraticiens libéraux actifs (de 2015 à 2017)



En valeur absolue, on observe une stabilisation du nombre de médecins libéraux omnipraticiens et spécialistes depuis 15 ans, environ 5 400 spécialistes et un peu plus de 6 000 omnipraticiens. Le nombre de chirurgiens-dentistes a tendance à diminuer légèrement ces dernières années. La région compte environ 2 000 pharmacies d'officine.

Depuis 1980, on observe une forte croissance des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. La croissance des sages-femmes et des orthophonistes est plus modérée.

Ces disparités de densité et de répartition sur le territoire entraînent d'importants écarts d'accessibilité géographique, en faveur des zones littorales notamment.



Le nombre de zones à accessibilité faible risque cependant d'augmenter et de s'étendre à de nouveaux territoires, en raison de la diminution du nombre de médecins généralistes libéraux en exercice et des départs en retraite des médecins de plus de 65 ans. Les nouvelles aspirations des jeunes médecins, qui recherchent plus d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, un travail en équipe élargie et une diversité des modes d'exercice accentuent également ce phénomène.

Ces fortes disparités, l'anticipation de l'évolution démographique des différents professionnels et les nouvelles aspirations des jeunes médecins, justifient la densification des mesures déjà proposées dans le pacte territoire santé et désormais dans le nouveau plan d'accès aux soins, pour maintenir ou renforcer le niveau d'accès aux soins primaires nécessaire à une bonne prise en charge de la population sur l'ensemble du territoire.

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

De nouvelles aspirations pour les jeunes médecins

Dans une analyse de la littérature française des dix dernières années réalisée en 2011, l'ORS Aquitaine¹ a recensé les motivations et les freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. Elle relève notamment que « si l'intérêt du travail et l'indépendance professionnelle sont les deux principaux critères d'installation en libéral, la qualité de vie intervient désormais de manière prépondérante dans le choix du lieu d'installation. Ainsi l'environnement, aussi bien professionnel (présence de structures sanitaires de proximité) qu'extra-professionnel (scolarisation des enfants, épicerie, travail du conjoint) est un des éléments décisifs à l'installation des médecins.

Ce désir de consacrer plus de temps à sa vie privée, se traduit également par une modification dans la manière de travailler. Le choix d'un exercice en groupe est fait par près de 80 % des jeunes médecins, d'une part par rejet de l'isolement intellectuel, mais également par souci de partager les tâches administratives, jugées actuellement trop lourdes. Le travail en groupe est aussi préféré dans un objectif de faciliter la continuité des soins et leur permanence tout en permettant au professionnel de réduire sa charge de travail, de prendre des congés ou de travailler à temps partiel. ». Ces aspirations nouvelles doivent être prises en compte dans la réflexion sur l'organisation de l'offre de soins.

[¹ORS Aquitaine, Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux - Synthèse de la littérature – décembre 2011]

Une augmentation régulière du recours aux urgences

Une étude la Drees² indique que sur la période 2001-2011, le nombre de passages annuels aux urgences est passé de 13,6 millions à 18,5 millions, soit une augmentation annuelle moyenne de 3,1 %. De plus, 75 % des passages dans les structures des urgences hospitalières ont lieu aux heures d'ouverture des cabinets médicaux les jours de semaine. Selon cette enquête, le médecin urgentiste, après examen du patient, a déclaré que, dans 43 % des cas, le passage aux urgences aurait pu être pris en charge en ville, dont 29 % par un médecin généraliste sans plateau technique et 6 % par un médecin généraliste pouvant faire pratiquer des examens complémentaires (imagerie, biologie).

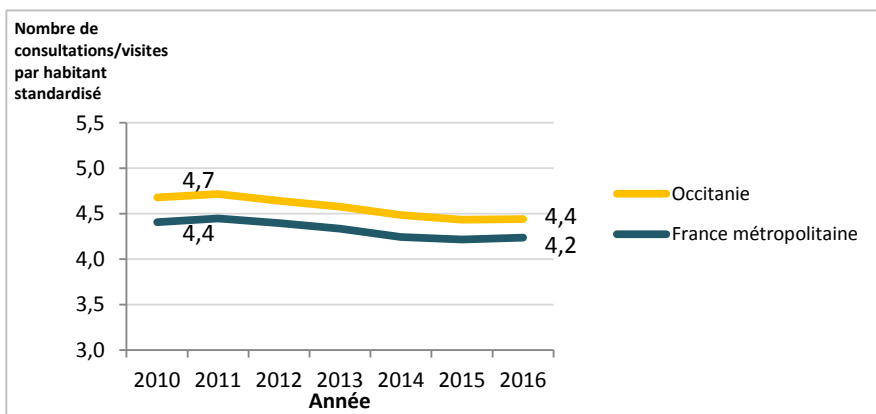
En Occitanie, entre 2015 et 2016, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 2,8 %, pour atteindre 1 746 357 passages sur l'année 2016 (sources : ORU Languedoc-Roussillon et ORU Midi-Pyrénées).

[²Drees, Le panorama des établissements de santé — édition 2013 / Dossier thématique : Les urgences hospitalières : qu'en sait-on ?]

Une densité médicale moyenne, élevée en Occitanie

La densité médicale est en baisse dans la région comme dans l'ensemble de la France depuis le milieu des années 1990. Toutefois, la densité médicale dans la région reste aujourd'hui supérieure à celle observée en France métropolitaine. Au 1er janvier 2018, l'Occitanie présente des densités de 106 médecins généralistes libéraux ou mixtes et 96 médecins spécialistes pour 100 000 habitants ; densités plus favorables que celles de la France métropolitaine établies à 91 médecins généralistes et 86 médecins spécialistes (sources : FNPS, extractions au 1er janvier 2018 - Insee RP 2014). De plus, la quantité d'actes réalisés par les médecins généralistes libéraux, rapportée à la population standardisée n'a que faiblement diminué depuis 2010 et reste supérieure à la moyenne nationale dans la région (cf. graphique 1).

Graphique 1 : Recours au médecin généraliste



Sources : SNDS – Insee, estimations de population

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

Mais avec des disparités territoriales fortes

Cependant, au-delà d'une situation en moyenne favorable, il existe de fortes disparités territoriales. Les médecins sont inégalement répartis sur le territoire, ce qui peut engendrer des difficultés d'accès aux soins pour certains patients.

En ce qui concerne l'accessibilité aux médecins généralistes, les situations territoriales sont en effet particulièrement contrastées comme le montrent les travaux sur l'accessibilité potentielle aux soins de premier recours mesuré à partir de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisé (APL), indicateur de référence pour mesurer l'accessibilité potentielle aux soins sur un territoire. L'accessibilité potentielle au médecin généraliste varie ainsi de 1 à 5,5 au niveau des « territoires de vie-santé » de la région. [cf. « Diagnostic régional du projet régional de santé » - avril 2017 - pages 127 et 128].

L'accessibilité aux médecins spécialistes présente également de fortes disparités. Des travaux sont en cours afin de mesurer plus précisément l'accessibilité à cinq spécialités en lien avec le premier recours. Pour ces spécialités, ophtalmologues (et orthoptistes), cardiologues, pneumologues, dermatologues, gynécologues médicaux et obstétriques (et sages-femmes), seule l'activité externe (hors hospitalisation), publique et privée (cf. graphique 2) sera prise en compte. L'indicateur de type APL qui sera calculé tiendra compte des besoins différenciés selon la structure d'âge de la population du territoire. Ces travaux permettront d'affiner les diagnostics pour les territoires de notre région.

À titre d'exemple des données sur les médecins cardiologues sont présentées ci-après. Le tableau 1 retrace quelques indicateurs pour les médecins libéraux de cette spécialité, à l'échelle des départements. La densité départementale varie de 1 à 4 selon les départements.

Tableau 1 : Les cardiologues libéraux ou mixtes en Occitanie

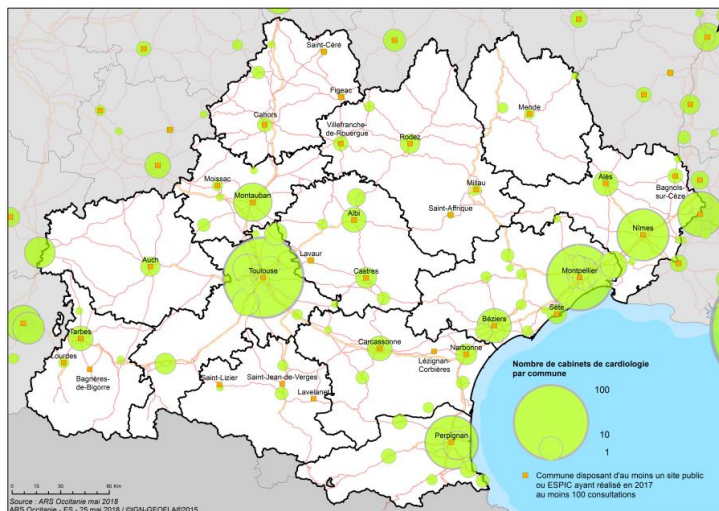
	Nombre cabinets ¹ 01/01/2018	Densité pour 100 000 hab.	Âge moyen en 2018	Part des 65 ans ou plus en 2018	Ouverture cabinets ¹ en 2017	Fermeture cabinets ¹ en 2017
Région Occitanie	444	7,7	55,0	17,6%	26	12
Ariège	4	2,6	63,8	25,0%	0	0
Aude	24	6,6	57,0	20,8%	2	0
Aveyron	17	6,1	55,9	17,6%	0	0
Gard	51	6,9	52,8	9,8%	3	2
Haute-Garonne	124	9,4	51,9	17,7%	10	2
Gers	5	2,6	60,8	40,0%	0	0
Hérault	104	9,4	56,3	21,2%	5	3
Lot	9	5,2	61,9	22,2%	0	0
Lozère	4	5,2	62,3	25,0%	0	0
Hautes-Pyrénées	14	6,1	57,3	14,3%	0	2
Pyrénées- Orientales	40	8,6	57,2	15,0%	1	1
Tarn	24	6,2	55,5	12,5%	0	0
Tarn-et-Garonne	24	9,5	54,2	16,7%	5	2

Sources : FNPS, extractions au 1^{er} janvier 2018 - Insee RP 2014

¹Cabinets principaux ouverts à la date de l'extraction des professionnels libéraux ou mixtes.

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

Graphique 2 : Accessibilité à un cardiologue, le maillage territorial en Occitanie



► **La nécessité de compléter l’analyse de l’accessibilité potentielle par une analyse de l’accessibilité réelle (usage du système de soins)**

Au-delà de l’amélioration de la mesure de l’accessibilité potentielle aux différentes spécialités, il est également nécessaire pour affiner les diagnostics territoriaux, de mesurer l’accessibilité réelle. En effet, pour un niveau d’accessibilité potentielle donné, le recours effectif peut être différent. Comme le montre les travaux sur les inégalités sociales de santé, le gradient social de recours peut être indépendant du niveau d’accessibilité potentielle.



PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES ZONES FRAGILISÉES, PAR UN SOUTIEN À L'INSTALLATION ET À L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS

DES ENJEUX AUX RÉSULTATS ATTENDUS

L'objectif est de favoriser l'accès des usagers à l'ensemble des professionnels de santé. L'installation ou le maintien des médecins généralistes déjà installés est primordial car sans eux d'autres professionnels ne peuvent exercer ou se retrouvent en difficulté.

Les problématiques sont multiples :

- problématique d'attractivité de certains territoires ;
- pénurie des professionnels de santé et départs en retraite insuffisamment compensés ;
- désintérêt de certains jeunes pour l'exercice libéral et nouvelles aspirations ;
- freins à l'installation relevant de plusieurs facteurs : investissement financier de départ onéreux pour certains professionnels... ;
- difficultés d'installation différentes selon les métiers ;
- problématique des transports pour les étudiants qui effectuent des stages en milieu rural ;
- pour les usagers, inégalité d'accès aux soins notamment en milieu rural.

Résultats et impacts attendus :

- assurer un maillage plus construit afin de couvrir toutes les zones de la région, en particulier l'ensemble des zones sous-denses ;
- informer les professionnels et les étudiants sur les zones, les aides à l'installation... ;
- développer la télémédecine dans le cadre de la déclinaison du plan de renforcement territorial aux soins.

Projets structurants associés à cette priorité opérationnelle :

- Accompagner l'implantation des MSP dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville
- Inciter aux stages des étudiants en médecine dans les zones sous-denses

TERRITOIRES CONCERNÉS

Ensemble des zones sous-denses où l'indicateur APL « Accessibilité Potentielle Localisée » est faible ET zones urbaines qui connaissent des tensions.

POPULATIONS CIBLÉES

Ensemble de la population de la région Occitanie.

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre et pourcentage de territoires de vie-santé classés en zone sous-dense couverts par au moins un projet d'exercice coordonné (MSP...)
- Nombre et pourcentage de territoires de vie-santé classés en zone sous-dense où au moins un professionnel s'est installé et a bénéficié d'un dispositif d'aide à l'installation

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES


**PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1**

ACCOMPAGNER L'IMPLANTATION DES MAISONS DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE (QPPV)

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Le nouveau zonage médecins cible en priorité les zones rurales et semi-rurales. L'accompagnement de l'ouverture des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) au sein des Quartiers Prioritaires Politique de la Ville (QPPV) doit être poursuivi au regard des besoins spécifiques de ces territoires.

En effet, au-delà des engagements du pacte territoire santé et au regard de l'ambition forte du PRS de réduction des inégalités sociales de santé, les projets de développement des MSP optant pour l'exercice coordonné dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) dans des zones ciblées telles que les QPPV seront particulièrement soutenus.

Le projet vise à inciter les professionnels de santé à s'installer et à exercer dans ces quartiers dans le cadre d'un exercice coordonné.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Accompagnement des projets de santé et financement au démarrage des MSP créées dans les QPPV.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs en charge de la mise en œuvre du projet :

- Professionnels de santé
- Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé (FORMS)

Dont partenaires institutionnels :

- Collectivités territoriales
- Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels libéraux susceptibles d'exercer dans un quartier prioritaire
Population résidant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville

TERRITOIRES CONCERNÉS

Tous les QPPV de la région Occitanie.

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Politique de la ville et accompagnement des QPPV

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

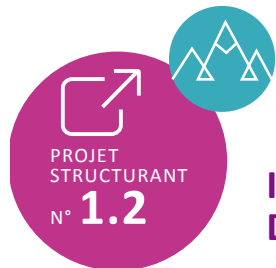
Fonds d'Intervention Régional (FIR)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de MSP accompagnées et financées dans les quartiers prioritaires
- Pourcentage de communes concernées avec au moins une MSP dans un QPPV



PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

INCITER AUX STAGES DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DANS LES ZONES SOUS-DENSES

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La réglementation prévoit 6 semaines de stage pour les étudiants en médecine de 2^{ème} cycle et minimum 6 mois pour le 3^{ème} cycle.

Ces stages, par une expérience sur le terrain en zone rurale, sont l'un des garants de l'installation future des jeunes médecins dans les zones sous-denses.

Le projet vise à :

- inciter les médecins généralistes et spécialistes à devenir Maîtres de Stage Universitaire (MSU) pour accueillir des étudiants ;
- valoriser auprès des étudiants des terrains de stage en zones sous-denses par des actions de communication : pluri-professionnalité, accueil / hébergement, déplacements, appui des conseils départementaux ;
- rechercher et obtenir des co-financements pour le transport et l'accueil des étudiants sur ces territoires ;
- renforcer la collaboration avec les coordonnateurs de diplômes d'études spécialisées (DES).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Augmenter le nombre de stages en zones sous-denses.
Obtenir des co-financements.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs en charge de la mise en œuvre du projet :

- Départements Universitaires de médecine générale (DUMG)
- Associations d'étudiants et d'internes

Dont partenaires institutionnels :

- Collectivités territoriales
- Préfectures
- Facultés de médecine
- Service de Santé des Armées

POPULATION CONCERNÉE

Etudiants en médecine 2^{ème} et 3^{ème} cycle et post-internat.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Toutes les zones sous-denses de la région Occitanie.

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- MSU déjà installés en zone sous dense

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

- Quatre conseils départementaux impliqués actuellement : Aude, Aveyron, Gers, Lozère.
- Fonds MERRI (Mission Enseignement, Recherche, Recours, Innovation)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de nouveaux MSU formés dans les zones sous-denses / an
- Nombre de médecins installés à l'issue d'un stage sur ces territoires / an



PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

RENFORCER L'OFFRE DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES PAR UNE PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE ACCRUE

DES ENJEUX AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins, notamment en médecine de ville, l'implantation pérenne des professionnels de santé constitue un enjeu majeur de la régulation de la démographie médicale.

La liberté d'installation des professionnels de santé constitue en l'état un principe fondamental du système de soins français. L'enjeu est ainsi la conciliation de cette liberté d'installation avec une offre de soins mieux répartie sur le territoire. Ainsi la régulation de la démographie des professionnels de santé avec des dispositifs incitatifs (aides à l'installation apportées par l'assurance maladie, l'État et/ou les collectivités territoriales) ou des conditions d'accès à une carrière hospitalière facilitées et attractives.

Résultats et impacts attendus :

- mailler le territoire avec l'ensemble des dispositifs existants favorisant le maintien de l'offre de soins ;
- accompagner les professionnels de santé pour créer les conditions de travail favorables et intégrer les innovations organisationnelles.

Projet structurant associé à cette priorité opérationnelle :

- Assurer du temps médical et soignant via des organisations innovantes, notamment l'exercice mixte

TERRITOIRES CONCERNÉS

Ensemble des zones sous-denses où l'indicateur APL « Accessibilité Potentielle Localisée » est faible et zones urbaines qui connaissent des tensions.

POPULATIONS CIBLÉES

Ensemble de la population de la région Occitanie.

INDICATEURS DE SUIVI

- Part des consultations autarciques, c'est-à-dire réalisées dans la zone géographique du patient (zone à définir selon la spécialité - bassin de vie santé ou regroupement de BVS...)
- Délai d'obtention des rendez-vous par spécialité

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

ASSURER DU TEMPS MÉDICAL ET SOIGNANT VIA DES ORGANISATIONS INNOVANTES, NOTAMMENT L'EXERCICE MIXTE

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'objectif est de passer d'une logique centrée sur l'installation des médecins à une logique de présence médicale et soignante dans les territoires. Celle-ci peut prendre des formes diverses : médecin en exercice mixte (salarié, libéral), consultations assurées par des médecins remplaçants, des médecins adjoints ou encore des praticiens exerçant dans d'autres territoires.

Les actions à mener prioritairement, sont les suivantes :

- **Etablir un ciblage pour identifier les territoires et les spécialités** pour lesquels les besoins sont les plus sensibles (nombre de spécialistes et généralistes, départs prévisionnels selon l'âge des médecins...),
- **S'appuyer sur l'observatoire régional pour consolider le diagnostic des spécialités en tension** et favoriser la remontée des besoins à l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) en vue d'un ajustement progressif du nombre de DES admis dans les spécialités en région, en lien avec les doyens et les coordonnateurs,
- **Veiller au maintien des effectifs dans les établissements dans le cadre des GHT** (assistants partagés, exercices multi-sites, infirmiers de pratique avancée),
- **Faciliter l'émergence de nouvelles modalités d'organisation des soins spécialisés dans les territoires** (regroupements mono-disciplinaires, équipes pluri-professionnelles, coordination avec les médecins généralistes, mutualisation des équipements et plateaux techniques...),
- **Développer les consultations avancées**, dispositif bénéficiant de mesures nationales : Avenant conventionnel pour les revalorisations financières des consultations avancées dans le cadre des zones sous-denses, dont le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM), visant à inciter à la réalisation de consultations avancées en zone sous-dotée. L'aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones fragiles, sera valorisée à hauteur de 25%,
- **Accompagner la mise en place d'activités partagées entre la ville et l'hôpital** : Ces organisations feront l'objet d'un travail conjoint entre l'ARS, l'hôpital, les collectivités locales et l'URPS. Cette démarche concerne prioritairement les médecins généralistes ainsi que les spécialistes, mais pourra s'étendre à d'autres professionnels de santé. **L'exercice mixte** sera également facilité, notamment en lien avec les hôpitaux de proximité et les établissements médico-sociaux,
- **Promouvoir les organisations permettant de garantir une offre de soins non programmée pendant les heures d'ouverture de cabinet de médecine générale** : Les initiatives des professionnels en région seront soutenues, afin de garantir aux patients une continuité des soins et d'éviter d'avoir recours aux urgences hospitalières.

L'objectif est d'accompagner les projets des professionnels en tenant compte des dispositifs réglementaires existants mais aussi de la diversité des projets et dynamiques territoriales.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Augmenter le nombre de médecins en exercice à temps partiel en zone sous-dense en s'appuyant sur les dispositifs incitatifs existants
- Permettre à un médecin en exercice de pratiquer à temps partiel dans une zone sous-dense.
- Permettre à tous les jeunes médecins diplômés un exercice partagé entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire en zone sous-dense.
- Densifier les postes en interaction entre le sanitaire et le médico-social (assistants partagés)
- Permettre au médecin traitant d'assurer la prise en charge globale du patient et de coordonner le parcours de soins en évitant les recours inappropriés aux urgences.



PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

ASSURER DU TEMPS MÉDICAL ET SOIGNANT VIA DES ORGANISATIONS INNOVANTES, NOTAMMENT L'EXERCICE MIXTE

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs en charge de la mise en œuvre du projet :

- Professionnels de santé
- Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé (FORMS)
- Fédération des établissements de santé

Dont partenaires institutionnels :

- Collectivités territoriales
- Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)
- Conseil de l'ordre des médecins
- Facultés de médecine
- Assurance Maladie

POPULATION CONCERNÉE

Tous les professionnels de santé salariés et libéraux

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Professionnels de santé volontaires.
Sensibilisation et information des
professionnels de santé.

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Fonds d'intervention Régional (FIR)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de Contrats solidarité territoriale médecin signés
- Nombre et pourcentage de territoires de vie-santé classés en zone sous-dense couverts par au moins une consultation avancée
- Nombre de spécialités en tension dans les établissements
(les critères seront précisés par le groupe projet)

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

PRIORITÉ OPÉRATIONNELLE
N° 3

ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES ET DE LA DÉMARCHÉ PRÉVENTIVE EN SOINS PRIMAIRES

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Au-delà des enjeux d'accès aux soins et de maintien de l'offre sur certains territoires, les modes d'exercice, les modalités de coopération, les exigences de sécurité, ou encore les missions dévolues aux soins primaires évoluent afin d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, en particulier pour ceux qui sont atteints de maladies chroniques.

L'Agence accompagne les professionnels dans ces évolutions majeures que représentent la prise en compte de la gestion des risques, la nécessaire coordination multiple dans la prise en charge des maladies chroniques et dans la démarche préventive.

Les dispositifs d'exercice coordonné sont attractifs pour les jeunes professionnels qui souhaitent optimiser leur temps de travail et ne pas exercer isolément et il est aujourd'hui démontré que l'exercice coordonné permet d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, notamment pour les maladies chroniques. Cela raccourcit notamment les délais de prise en charge.

C'est pourquoi l'Agence encourage ce mode d'exercice pour tous les professionnels, et s'appuiera sur ces dispositifs quelle que soit leur forme pour accompagner les changements : Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), MSP Universitaires (MSPU), Centres De Santé (CDS), Equipes de Soins Primaires (ESP), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), protocoles de coopération...

De nombreux médecins n'ont cependant pas rejoint ces nouveaux modes d'exercice coordonné mais sont également concernés, en particulier par la prévention qui fait partie de leur quotidien dans les relations avec les patients et les autres professionnels de santé avec lesquels ils travaillent quotidiennement. C'est pourquoi il convient d'associer l'ensemble des professionnels de santé libéraux, qui devront pouvoir bénéficier des déploiements issus des projets de cette priorité opérationnelle.

Résultats et impacts attendus :

- développer les thématiques de santé publique relayées par les professionnels libéraux ;
- aider les professionnels dans l'analyse de leur pratique à partir de leur système d'informations ;
- améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge ;
- développer les compétences en matière de coordination des équipes de soins primaires.

Projets structurants associés à cette priorité opérationnelle :

- Cibler les actions de prévention en s'appuyant sur les données de santé.
- Par ailleurs, l'ARS porte un projet de développement de prise en charge innovante pour les usagers atteints d'une pathologie cancéreuse via la mise en place d'une coordination forte par les infirmières libérales, notamment en milieu rural. Ce projet est développé au sein du « Parcours Cancer ».
- L'enjeu de développement des compétences en matière de coordination des équipes de soins primaires et des MSP est partie intégrante des projets relevant du thème transversal « Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice ».
- De même, le projet de développement de la gestion des risques par les équipes de soins primaires est regroupé avec les autres projets ayant trait à la « qualité et à la sécurité des soins ».

TERRITOIRES CONCERNÉS

L'ensemble de la région Occitanie.

POPULATIONS CIBLÉES

Equipes de soins primaires et leur patientèle.

INDICATEURS DE SUIVI

- Indicateurs de résultats à définir selon les thématiques choisies, par exemple :
Evolution du pourcentage de vaccinés, du taux de participation aux dépistages organisés du cancer... parmi la patientèle des MSP impliquées (sous réserve de transmission par les MSP)



PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

CIBLER LES ACTIONS DE PRÉVENTION EN SOINS PRIMAIRES EN S'APPUYANT SUR LES DONNÉES DE SANTÉ

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Ce projet vise à permettre d'optimiser les actions de prévention à mettre en œuvre par les professionnels libéraux grâce à une meilleure connaissance des caractéristiques de leur patientèle, par exemple les facteurs de risque des patients (obésité, tabagisme, non dépistage de cancer) ou l'absence de couverture vaccinale pour un vaccin, etc. En effet, des indicateurs collectifs, relatifs à l'ensemble d'une patientèle et comparés à des données départementales ou régionales, permettront d'objectiver la priorisation des actions de prévention et de promotion de la santé à mettre en œuvre.

Ce projet sera initié auprès de professionnels en exercice coordonné puis élargi aux autres professionnels sous réserve de faisabilité.

Ce projet se décline en deux phases majeures :

- Un appui à la production de données issues des systèmes d'information des dispositifs d'exercice coordonné¹, l'analyse initiale des données territoriales étant nécessaire ainsi que la mesure des indicateurs de résultat tout au long des actions ;
- Puis, suite à l'analyse des indicateurs, cibler et conforter les actions de prévention effectuées par les professionnels de premier recours, prioritairement :
 - dans les MSP en s'appuyant sur le déploiement des nouveaux modes de rémunération de l'exercice coordonné ; l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) imposant la mise en place de systèmes d'informations partagés (logiciels labellisés)
 - dans les équipes de soins primaires (ESP) et communautés professionnelles territoriales de santé (PCTS)

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Production de données exploitables dans 75 % des MSP qui ont adhéré à l'ACI

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs en charge de la mise en œuvre du projet :

- Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG)
- Coordonnateurs des dispositifs
- Unions Régionales des Professionnels de Santé
- Associations de patients et de professionnels
- Réseaux...

Dont partenaires institutionnels :

- Facultés de médecine
- Assurance maladie (ACI)
- Collectivités territoriales

POPULATION CONCERNÉE

Patients suivis en MSP dans un premier temps, puis extension aux équipes de soins primaires.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Ce sont les territoires couverts par les MSP, MSPU, ESP et CPTS concernés.

¹ Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), MSP Universitaires (MSPU), Centres De Santé (CDS), Equipes de Soins Primaires (ESP), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)



PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

CIBLER LES ACTIONS DE PRÉVENTION EN SOINS PRIMAIRES EN S'APPUYANT SUR LES DONNÉES DE SANTÉ

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Réseau des Maîtres de Stage Universitaire (MSU)
- Systèmes d'Information, ACI
- GIP e-santé Occitanie (Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-santé)
- Coordinateurs des dispositifs (MSP...)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

- Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)
- Fonds d'Intervention Régional (FIR) de l'ARS

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Programmes de Recherche
Ces données viennent compléter les données communiquées par l'Assurance Maladie aux professionnels, notamment dans le cadre de la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre et type d'actions de santé publique développées dans les MSP qui ont obtenu les nouveaux modes de rémunération (ACI)
Nombre de professionnels formés au recueil et à l'analyse d'informations.



PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

FACILITER L'ORIENTATION ET LA PRISE EN CHARGE DE PROXIMITÉ DES USAGERS EN SITUATION COMPLEXE

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Il s'agit de renforcer les dispositifs d'appui en vue d'éviter les ruptures dans le parcours des patients, améliorer leur prise en charge et éviter les hospitalisations non justifiées.

Les professionnels de santé du premier recours ont de fortes attentes pour la gestion des cas complexes car ils souhaitent optimiser le temps médical et raccourcir les délais de prise en charge. En effet, dans de nombreux cas, la complexité ne relève pas uniquement de l'aspect médical, mais aussi de la situation sociale du patient (droits non ouverts, isolement...).

Les professionnels de santé indiquent qu'ils connaissent peu les dispositifs d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes (réseaux territoriaux de santé, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie dite MAIA, etc.). Mal identifiés, ces dispositifs sont par conséquent sous-utilisés.

Par exemple, malgré les dispositifs existant pour les patients qui présentent des addictions (en particulier dans le médico-social et à l'hôpital), la prise en charge de certains patients reste difficile pour les Équipes de Soins Primaires (ESP) alors que cet enjeu est majeur dans la région Occitanie.

Il en est de même pour organiser l'orientation et le recours aux soins les plus justes pour les patients atteints de pathologies psychiatriques, en phase de diagnostic ou en cas de décompensation. L'ARS soutient de ce fait deux dispositifs d'appui et de renforcement des compétences spécialisées permettant aux médecins généralistes de mieux prendre en charge ces cas complexes. Il s'agit concrètement du rapprochement des CMP et des MSP dès lors que le contexte territorial le permet et la mise en place de dispositif de soins partagés en psychiatrie.

Ce support spécialisé devra à terme s'organiser pour couvrir l'ensemble des spécialités repérées comme problématiques telles que la pédiatrie.

Au regard de ces constats, les résultats et impacts attendus sont :

- l'adhésion large des professionnels de santé aux Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) afin d'obtenir une couverture régionale ;
- la visibilité des dispositifs d'appui aux professionnels afin d'optimiser le temps médical tout en assurant un accompagnement adapté et de qualité aux patients ;
- le développement d'un dispositif spécifique pour la prise en charge des patients présentant des addictions au plus près des professionnels de santé du premier recours.

Les projets structurants directement associés à cette priorité opérationnelle sont :

- Organiser et rendre opérationnels les dispositifs d'appui aux professionnels de santé confrontés à des cas complexes
- Développer les microstructures pour la prise en charge des patients présentant des addictions

TERRITOIRES CONCERNÉS

Accompagnement des professionnels de santé porteurs de tels projets en vue de couvrir l'ensemble du territoire régional.

POPULATIONS CIBLÉES

Professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux ayant besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe

INDICATEURS DE SUIVI

- Connaissance du service par les médecins généralistes
- Niveau de satisfaction des professionnels ayant sollicité les supports
- Nombre de patients en situation complexe sans solution (sous réserve de faisabilité d'enquête)

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

PROJET STRUCTURANT
N° 4.1

ORGANISER ET RENDRE OPÉRATIONNELS LES DISPOSITIFS D'APPUI AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONFRONTÉS À DES CAS COMPLEXES

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'objectif de ce projet est d'aider les professionnels de santé dans l'accompagnement à domicile des patients aux parcours complexes.

À cet effet, les fonctions d'appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours de santé complexes doivent être confortées dans les territoires :

- les réseaux territoriaux de santé seront accompagnés vers le pluri-thématisme (maladies chroniques, maladies neurodégénératives, douleur...);
- des plateformes territoriales d'appui (PTA) seront déployées en Occitanie. La PTA est un dispositif d'appui aux professionnels, notamment les médecins libéraux, qui ont besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe, sans considération d'âge, de pathologie ou de handicap.

La conduite du déploiement des PTA suppose de :

- s'appuyer sur les initiatives et/ou les dynamiques issues des acteurs de santé des territoires en vue de construire des projets répondant aux besoins de la population et aux demandes des professionnels ;
- concerter de manière continue les représentants régionaux des professionnels (Unions Régionales des Professionnels de Santé) afin de co-construire l'accompagnement attendu par les professionnels ;
- soutenir l'accompagnement méthodologique des projets (fédérations des réseaux, École des Hautes Études en Santé Publique EHESP) afin de conforter les ambitions de ces projets d'envergure départementale pour la plupart ;
- développer les systèmes d'information et l'interopérabilité entre les professionnels et les structures participant à la PTA.

L'objectif de lisibilité est également un point primordial d'efficacité des différents dispositifs. Dans l'attente d'un point d'appel centralisé, il conviendra d'assurer le recensement et la lisibilité auprès des professionnels des dispositifs existants et de leurs compétences spécifiques.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Numéro d'appel unique pour les professionnels de santé du premier recours confrontés à des situations complexes.
- Pluri-thématisme des réseaux développés dans tous les territoires.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs en charge de la mise en œuvre du projet :

- Professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- Réseaux territoriaux et Fédérations
- Autres acteurs du champ de la santé
- Partenaires institutionnels : URPS

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels de santé, usagers

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES



PROJET
STRUCTURANT
N° 4.1

ORGANISER ET RENDRE OPÉRATIONNELS LES DISPOSITIFS D'APPUI AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONFRONTÉS À DES CAS COMPLEXES

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Fédérations de réseaux, URPS, EHESP,
Union Nationale des Réseaux de Santé (UNRS),
Répertoire Opérationnel des Ressources ROR
Services Numériques d'Appui à la Coordination
(SNAC)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Fonds d'Intervention Régional (FIR) de l'ARS

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- Parcours de santé des aînés (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie PAERPA)
- MAIA
- PRS – thème transversal « Transformation numérique en santé » projet « Déployer sur chaque territoire des Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNAC) »

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de réseaux de santé pluri-thématiques
- Nombre de PTA déployées
- Nombre d'appels par PTA

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

PROJET STRUCTURANT
N° 4.2

DÉVELOPPER LES MICROSTRUCTURES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRÉSENTANT DES ADDICTIONS

Ce projet est en lien avec les orientations concernant les personnes en situation d'addiction page 424

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Le terme de microstructure désigne une organisation souple, permettant une prise en charge pluri-professionnelle pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions (médecins traitants, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, pharmaciens, psychiatres). Cette organisation facilite la prise en charge qui ne repose plus uniquement sur le médecin traitant. Les décisions sont partagées et réalisées sur la base de réunions de concertation pluridisciplinaire. Le patient peut bénéficier gratuitement de soins de psychologue et l'accès aux travailleurs sociaux est facilité dans l'organisation même de la structure (présence une fois par mois par exemple...). Les évaluations montrent de meilleurs résultats que les prises en charge par les médecins généralistes seuls, en particulier en termes d'amélioration du lien et de la réinsertion sociale. Le déploiement est proposé prioritairement dans les MSP où les professionnels de santé se sont déjà engagés dans un exercice coordonné.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Avoir au moins une microstructure par département.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs en charge de la mise en œuvre du projet :

- CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- Associations de patients

Dont partenaires institutionnels :

- Assurance maladie (Accord Conventionnel Interprofessionnel)

POPULATION CONCERNÉE

Patients présentant une addiction dont l'inclusion est indiquée par le médecin traitant.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Ensemble de la région après un démarrage expérimental en 2016 dans 4 territoires (Tarn, Aveyron, Gard, Hérault).

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Médecins généralistes volontaires.
Sensibilisation et information des professionnels de santé.
Antenne régionale de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie).

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Accord Conventionnel Interprofessionnel ACI
FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS - Filière addictions

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de microstructures déployées.
Nombre de patients accompagnés.

PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 5

AMÉLIORER LE RECOURS DES MÉDECINS AUX EXAMENS DE DIAGNOSTIC, EN PÉRIODE DE PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE (PDSA)

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

La facilitation de l'accès des usagers aux examens de diagnostic en période de PDSA est un sujet d'intérêt significatif permettant :

- de répondre à des besoins spécifiques des usagers,
- de faciliter et d'apporter une aide au diagnostic des médecins de PDSA,
- d'éviter l'encombrement des services d'urgence et d'hospitalisation des établissements de santé.

À partir des difficultés observées sur le terrain et remontées par les professionnels, les examens devront être ciblés pour retenir ceux qui nécessitent des efforts particuliers en matière d'accès, durant les périodes de PDSA. Deux sujets sont aujourd'hui clairement identifiés : la biologie, qui fait l'objet du projet ci-après ; et l'accès à l'imagerie.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Les départements de la région OCCITANIE

POPULATIONS CIBLÉES

Patients pris en charge par les médecins de garde ou d'astreinte, en période de PDSA

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations pour réalisation d'examens diagnostics, suite à une consultation réalisée en période de PDSA (sous réserve de faisabilité)



PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

ENGAGER LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE DANS LE DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE

Ce projet est en lien avec les orientations concernant la biologie médicale page 398

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La biologie médicale est devenue, à la suite d'une évolution profonde de l'approche médicale et de la connaissance scientifique, un élément crucial du parcours de soins, déterminant pour le diagnostic de la majorité des pathologies, pour le suivi de celles-ci et de leur thérapeutique.

En période de PDSA, il s'agit de proposer des organisations permettant aux médecins d'astreinte d'avoir accès à des examens de biologie médicale afin de fiabiliser son diagnostic.

Trois étapes sont prévues pour réaliser le projet :

- identification des difficultés et des besoins ;
- consultation des professionnels de terrain sur les solutions envisageables, soit organisationnelles, soit conventionnelles ou contractuelles ;
- mise en œuvre des solutions, dont un effort ciblé et intensif de communication.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Amélioration du diagnostic des patients pris en charge
- Aide fournie aux médecins et appropriation du dispositif par les professionnels concernés en période de PDSA
- Diminution du nombre de passages aux urgences, voire des hospitalisations, en période de PDSA

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Médecins effecteurs assurant les gardes/astreintes
- Établissements de santé
- Biologistes médicaux

Dont partenaires institutionnels :

- URPS
- Assurance Maladie

POPULATION CONCERNÉE

Patients pris en charge par les médecins, durant les horaires de PDSA

TERRITOIRES CONCERNÉS

Les départements de la région Occitanie



PRÉSENCE MÉDICALE ET SOIGNANTE APPUI AUX SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES

ENGAGER LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE DANS LE DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Groupe de travail régional
- Conventions entre les associations de médecins et les laboratoires
- Communication institutionnelle

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Aide financière à l'accompagnement du projet (préparation des conventions-types entre associations de médecins et LBM / communication élargie : informations, affichettes...)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins

INDICATEURS DE SUIVI

- Mise en place de solutions (à définir) dans chacun des secteurs de garde.
- Nombre de conventions signées entre Laboratoires de Biologie Médicale (LBM) et associations de praticiens
- Nombre de patients adressés directement aux LBM par les médecins durant les horaires de PDSA [sous réserve de faisabilité]

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'organisation de la prise en charge des situations d'urgence se centre sur un enjeu essentiel qui vise à assurer à l'ensemble de la population des territoires de santé un accès à des soins urgents de qualité, réalisés dans des conditions optimales de sécurité.

Concernant les urgences vitales, il s'agit de garantir un accès permanent et rapide aux soins complexes requérant des équipes médico-chirurgicales et des plateaux techniques hautement spécialisés.

Pour porter cette politique, l'ambition de l'ARS est multiple :

- garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes sur l'ensemble de la région,
- garantir un accès aux soins urgents gradués adaptés à l'ensemble de la population en limitant les inégalités territoriales,
- améliorer le service rendu aux patients en garantissant la coordination de l'ensemble des acteurs intervenant dans le secours des personnes,
- améliorer en partenariat avec les forces de l'ordre et la sécurité civile les Dispositifs Prudentiels et Prévisionnels de Secours indispensables à toutes situations sanitaires exceptionnelles,
- améliorer les conditions d'exercice des médecins urgentistes,
- améliorer la traçabilité de l'activité liée aux urgences pour en faciliter l'observation et l'analyse en temps réel.

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) est synonyme d'urgence absolue, les traitements doivent être mis en œuvre le plus rapidement possible dans les 4h30 après le début des symptômes, car leur efficacité est inversement corrélée aux délais de réalisation.

L'enjeu principal est que la prise en charge des AVC réponde en H24 et 7j/7 à des critères de qualité et de sécurité en tout point de la région et tout au long de la chaîne des intervenants qui relèvent d'une grande multidisciplinarité. Il nécessite de structurer une organisation des filières de prise en charge de ces personnes en renforçant la coordination ville/hôpital et la promotion de la prise en charge pluri professionnelle de proximité dans une logique de parcours du patient.

Pour plus de détail sur l'ambition, le contexte national et le diagnostic prospectif de cette problématique, se reporter aux fiches relatives aux Urgences et la filière AVC.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

- Coordonner les moyens pour apporter la réponse adaptée dans la prise en charge des urgences vitales
- Organiser l'appui aux professionnels en charge de l'AVC
- Promouvoir la prise en charge post AVC

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

COORDONNER LES MOYENS POUR APPORTER LA RÉPONSE ADAPTÉE DANS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES VITALES

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 1

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Les caractéristiques de la région (étendue, géographie), le développement des activités touristiques (notamment en zones montagneuses ou côtières), l'augmentation des besoins de transferts secondaires médicalisés entre établissements de soins génèrent des prises en charge spécifiques en urgence de patients, dont l'état de santé nécessite une réduction des temps d'intervention et de transport.

L'engorgement des urgences face à la demande de soins non programmés est source de difficultés délétères pour la prise en charge des urgences vitales.

Les Centres 15 sont au point de jonction de l'ensemble des intervenants de l'urgence (médecins de la PDSA, SDIS, TSP, MCS...*) et orientent les patients vers les filières adéquates en utilisant les moyens adaptés.

Dans un contexte démographique défavorable, en vue d'une meilleure utilisation des moyens existants, le développement de coopérations entre les différents intervenants doit permettre une meilleure coordination des moyens (terrestres et hélicoptérés) pour apporter une réponse structurée, sécuritaire et de qualité pour la prise en charge et le transport des urgences graves. Cette réponse doit notamment intégrer la notion de réseaux spécialisés (périnatalité, polytraumatisés...).

Dans les structures d'urgence, notamment à forte activité, l'identification de filières spécifiques (circuit court urgences vitales) organisées avec les compétences médicales adéquates, garantit une prise en charge de qualité.

Les résultats attendus :

- Amélioration de la régulation médicale des interventions primaires.
- Optimisation des moyens engagés par la définition du périmètre des SMUR sur la base des délais d'intervention.
- Optimisation de l'utilisation des moyens hélicoptérés déployés par les hôpitaux.
- Coopération en termes de ressources humaines entre les acteurs, associée à un partage des expériences et une harmonisation des pratiques.

Projets structurants associés à cette priorité opérationnelle

Définir un schéma collaboratif des vecteurs aériens de secours d'urgence

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Ensemble des patients en demande de soins non programmés et urgents (adultes – enfants)

INDICATEURS DE SUIVI

Sous réserve de faisabilité :

Diminution des délais de prise en charge et de transport des patients notamment pour des prises en charge spécifiques (AVC*, SCA ST+*, polytraumatisés, pédiatrie...)

* PDSA : permanence des soins ambulatoires, SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours, TSP : transports sanitaires privés, MCS : médecin correspondant Samu, AVC : Accident vasculaire cérébral, SCA ST+ : Syndrome coronarien aigu

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES



PROJET STRUCTURANT
N° 1.1

DÉFINIR UN SCHÉMA COLLABORATIF DES VECTEURS AÉRIENS DE SECOURS D'URGENCE

Ce projet est en lien avec les orientations de l'activité de soins de médecine d'urgence page 347

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'utilisation plus efficace de l'ensemble des moyens aériens améliorera les conditions de prise en charge en urgence des personnes isolées, ou dont la situation ou l'état de santé réclame une réduction des temps d'intervention et de transport. Pour cela, la collaboration étroite entre les différents vecteurs aériens, quelle que soit leur origine est indispensable et nécessite de spécifier leurs missions et leur articulation.

En s'appuyant sur l'analyse de l'activité et les obligations réglementaires, il s'agira d'établir le besoin opérationnel en fonction des différentes missions individualisées et de proposer un schéma opérationnel collaboratif autorisant la couverture des besoins actuels et permettant d'anticiper l'évolution des nécessités futures en matière d'hélicoptère.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Cartographie des moyens hélicoptères de secours, schéma de déploiement des équipes SMUR dédiées à l'utilisation des hélicoptères, protocolisation de collaboration entre services de l'État.
- Maîtrise des coûts de fonctionnement.
- Formation spécifique des équipes médicales et paramédicales.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Établissements hospitaliers/SMUR
- SDIS, sécurité civile
- Préfecture, Section Aérienne de Gendarmerie

POPULATION CONCERNÉE

Victimes d'accident ou de maladie dont l'état et/ou la situation géographique requièrent une intervention médicale dans des délais brefs.

Patients transportés dans le cadre de transfert inter hospitaliers, notamment sur de longues distances.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Intégralité de la région et plus particulièrement, les zones montagneuses ou difficiles d'accès, ainsi que le territoire maritime proche du littoral.

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

DÉFINIR UN SCHÉMA COLLABORATIF DES VECTEURS AÉRIENS DE SECOURS D'URGENCE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Réglementation relative au transport hélicoptéré
Instruction interministérielle de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles
Cahier des charges des clauses techniques de prestations de transports sanitaires hélicoptérés (obligation d'efficacité au regard des coûts de fonctionnement)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

MIG SMUR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Territorialisation des SMUR et Zone de compétence des SAMU.
Complémentarité avec les dispositifs MCS
Prise en charge au travers de filières spécialisées (périnatalité...)

PRS – filière Urgence

INDICATEURS DE SUIVI

Schéma régional opérationnel de coopération entre les acteurs institutionnels (Sécurité Civile, Gendarmerie et Hélicoptère) avec déclinaison territoriale (Littoral, Massif central, Pyrénées, bassin de la Garonne).
Signature de convention d'utilisation des vecteurs entre services de l'État.
Suivi financier des moyens déployés et de leur activité :
– analyse des coûts de fonctionnement
– suivi de l'activité de secours primaires, de secours secondaires, de secours en milieux périlleux.

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

ORGANISER L'APPUI AUX PROFESSIONNELS EN CHARGE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 2

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

L'enjeu principal se traduit par la nécessité d'une prise en charge des AVC répondant à des critères de qualité et de sécurité en tout point de la région dans des délais compatibles avec l'efficacité des traitements.

Les filières territoriales AVC sont composées de professionnels et institutions multiples couvrant l'ensemble des champs du parcours : établissements de santé, services médico-sociaux, services sociaux et professionnels, professionnels libéraux...

Cette pluralité des acteurs autour du patient nécessite une mission d'animation de filière visant à constituer et formaliser les interactions. Cette mission comprend l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires, la diffusion et la maintenance d'outils opérationnels (ROR, protocoles...), l'organisation de formations, l'analyse/évaluation des filières et l'identification des points de blocage...

Il s'agit aussi, pour une rapidité de prise en charge, de décliner des actions de communication auprès du grand public.

Par ce travail, l'animation des filières AVC vise à améliorer la prise en charge des patients, du pré-hospitalier jusqu'à la réinsertion.

Les résultats attendus sont :

- l'élaboration, la diffusion, l'évaluation des protocoles de prise en charge de l'AVC en pré-hospitalier,
- l'amélioration de la prise en charge intra-hospitalière dans le cadre des réunions sur site,
- la sensibilisation auprès des professionnels pour une prise en charge en rééducation adaptée (ambulatoire ou en SSR),
- l'accompagnement et promotion des projets d'éducation thérapeutique,
- une meilleure connaissance par la population des signes de l'AVC et la conduite à tenir (appel en urgence au 15).

Ainsi, l'animation des filières AVC répond à l'ensemble des enjeux identifiés dans le parcours AVC et se décline en particulier pour aboutir à la réalisation des deux projets structurants suivants :

- Améliorer l'orientation et la prise en charge en UNV des AVC/AIT
- Augmenter le recours en urgence à l'expertise neurologique et neuroradiologique

Enfin, cette mission a vocation à servir d'exemple pour d'autres parcours de santé qui requièrent la coordination de différents professionnels de santé, acteurs et institutions.

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

ORGANISER L'APPUI AUX PROFESSIONNELS EN CHARGE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL



TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie, Val d'Aran et Hôpital transfrontalier de Puigcerdá

POPULATIONS CIBLÉES

- Neurologues, spécialistes en médecine physique et de réadaptation, gériatres, urgentistes, radiologues, neuro radiologues, médecins généralistes...
- Paramédicaux et non médicaux : orthophonistes, diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, psychologues, assistantes sociales...
- Établissements de santé, médico-sociaux et sociaux.
Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)
- Grand public pour les actions de communication

INDICATEURS DE SUIVI

Visites territoriales des animateurs de filières AVC
Réunions régionales de consensus professionnels
Conception et diffusion des protocoles régionaux d'organisation du recours à la thrombectomie et évaluation
Nombre d'actions de communication déployées selon le type et le public visé

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

AMÉLIORER L'ORIENTATION ET LA PRISE EN CHARGE EN UNITÉS NEURO VASCULAIRES DES AVC/AIT

Ce projet est en lien avec les orientations de la filière de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral page 388

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'unité neuro-vasculaire (UNV) assure 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 la prise en charge des patients présentant une pathologie neuro vasculaire aiguë -compliquée ou non- d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire (AIT, infarctus cérébral ou hémorragie cérébrale). La prise en charge des AVC/AIT au sein de ces UNV permet de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées, quels que soient l'âge du patient et la sévérité de l'AVC.

L'enjeu repose sur une régulation des alertes AVC/AIT par le centre 15 pour une orientation la plus rapide possible vers l'établissement disposant d'une UNV le plus proche.

Le taux de prise en charge en UNV des AVC et AIT a progressé entre 2012 et 2016 en Occitanie (AVC : 45,2% à 53,3% - AIT : 37% à 56,2%). Des différences existent entre départements. Cette progression est à consolider et à poursuivre.

Le projet consiste en la mise en œuvre des actions nécessaires concourant au soutien des UNV et à une poursuite de la progression du taux de prise en charge des AVC/AIT au sein des UNV dans les plus brefs délais :

- mise en adéquation des UNV (personnel médical et paramédical, accès imagerie...) aux enjeux de la prise en charge hospitalière de l'AVC ;
- accompagnement au développement de la filière AVC au sein des GHT et avec l'ensemble des établissements publics et privés impliqués ;
- soutien du dispositif de télémédecine entre UNV et SU sur les sites orphelins (éloignés d'une UNV) ;
- communication grand public sur les symptômes de l'AVC et l'appel au 15 ;
- information, sensibilisation et formation des professionnels concernés par l'AVC.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Organisation optimale de la filière de prise en charge en phase aiguë
- Augmentation du recours au 15
- Réduction de la mortalité, de la morbidité et du handicap liés à l'AVC

ACTEURS REPÉRÉS

- Centres hospitaliers et cliniques privées
- Représentants des professionnels libéraux : URPS, Ordres
- Associations de patients

POPULATION CONCERNÉE

Population en suspicion d'AVC ou d'AIT
 Professionnels de la filière urgence et AVC
 Grand public pour les actions de communication

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie, Val d'Aran et Hôpital transfrontalier de Puigcerdá

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

AMÉLIORER L'ORIENTATION ET LA PRISE EN CHARGE EN UNITÉS NEURO VASCULAIRES DES AVC/AIT



LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- animateurs de filières AVC
- Projets médicaux des GHT
- Dispositifs de télémédecine
- Centre national de référence de l'enfant
- Journées européenne et mondiale de l'AVC, événements santé en région organisés par des mairies, associations...

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Financement des animateurs de filières AVC
FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – filière AVC
PRS – thème transversal « Transformation numérique en santé »

INDICATEURS DE SUIVI

Taux de passage en UNV des AVC et AIT
Évolution des effectifs médicaux et paramédicaux au sein de chaque UNV

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

AUGMENTER LE RECOURS EN URGENCE À L'EXPERTISE NEUROLOGIQUE ET NEURORADIOLOGIQUE

Ce projet est en lien avec les orientations de la filière de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral page 388

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Indépendamment de la prise en charge en UNV, la thrombolyse améliore de 15% le pronostic vital et fonctionnel des patients traités. Elle doit être mise en œuvre le plus rapidement possible après le début des symptômes, car son efficacité est inversement corrélée aux délais de réalisation.

Les recommandations relatives à la thrombectomie mécanique pour l'AVC sont récentes (HAS novembre 2016). La thrombectomie mécanique améliore de 37% le pronostic vital et fonctionnel des patients traités. Elle doit être mise en œuvre le plus rapidement possible après le début des symptômes. Actuellement, l'accès à ces traitements est encore insuffisant pour les patients victimes d'AVC ischémique.

L'Occitanie compte 17 UNV. Trois établissements disposent d'une autorisation de neuroradiologie interventionnelle (NRI) dont deux sont identifiés comme UNV de recours régional. Il existe des dispositifs de télé expertise et de télé AVC.

Le projet consiste en la mise en œuvre des actions nécessaires pour consolider le maillage territorial et améliorer l'accès aux traitements d'urgence et à l'expertise neurologique et neuroradiologique :

- consensus professionnels sur l'organisation régionale du recours à la thrombectomie mécanique ;
- réflexion sur le maillage territorial et la répartition de l'offre en NRI dans le cadre du SIOS ;
- déploiement, soutien et consolidation des dispositifs de télé AVC et de télé expertise.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Réduction de la mortalité, de la morbidité et du handicap liés à l'AVC
- Augmentation du taux de recours à la thrombolyse, à la thrombectomie mécanique et à la NRI
- Diminution des délais de prise en charge entre l'appel du patient, la décision thérapeutique et l'intervention

ACTEURS REPÉRÉS

- Centres hospitaliers et cliniques privées

POPULATION CONCERNÉE

Tout patient en phase aigüe d'AVC
Neurologues, gériatres, urgentistes, radiologues, neuro radiologues, médecins généralistes...

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie, Val d'Aran et Hôpital transfrontalier de Puigcerdá

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

AUGMENTER LE RECOURS EN URGENCE À L'EXPERTISE NEUROLOGIQUE ET NEURORADIOLOGIQUE



LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Animateurs de filières AVC
Projets médicaux des GHT
Dispositifs de télé médecine

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Financement des animateurs de filières AVC
FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – filière AVC
PRS – thème transversal « Transformation numérique en santé »

INDICATEURS DE SUIVI

Niveau d'utilisation des protocoles régionaux d'organisation du recours à la thrombectomie mécanique et évaluation
Évolution du nombre de thrombolyses (/nombre d'AVC)
Évolution du nombre de thrombectomies (/ nombre d'AVC)
Délais de prise en charge
Évolution du nombre de téléconsultations pour AVC (/ nombre d'AVC)

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

PROMOUVOIR LA PRISE EN CHARGE POST AVC

PRIORITÉ OPÉRATIONNELLE

N° 3

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

En 1^{er} lieu, il s'agit de promouvoir la préparation à la sortie du milieu hospitalier des personnes atteintes de handicaps post AVC. Pour cela, il s'agit de favoriser :

- l'accès à des SSR d'expertise ;
- l'accès à des thérapeutiques ciblées (traitements de la spasticité, traitement de l'aphasie en lien avec les orthophonistes...);
- le développement d'équipes mobiles SSR (comme alternative à la poursuite de l'hospitalisation) et/ou d'HAD spécialisées (pour promouvoir le retour à domicile).

De plus, il convient de veiller à la coordination ville-hôpital entre les professionnels hospitaliers et libéraux médicaux comme paramédicaux. Ainsi, il s'agit de poursuivre le déploiement : du courrier de sortie à J0 renforçant la place du médecin traitant dans le parcours de soins ; du dispositif de consultation de suivi post-AVC et de programmes d'éducation thérapeutique.

L'enjeu est de mettre en œuvre les actions permettant de promouvoir la prise en charge post AVC recommandée des patients.

Résultats et impacts attendus :

- Fluidifier les filières de prise en charge
- Accélérer et coordonner le retour à domicile
- Favoriser l'accès à des thérapeutiques ciblées
- Coordination ville/hôpital des acteurs avec implication des médicaux et paramédicaux libéraux
- Accès pour tous les patients à une consultation post AVC adaptée
- Mise en œuvre, suivi et évaluation des dispositifs de consultations pluri professionnelles post AVC
- Mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient
- Éviter les récurrences d'AVC et les ré-hospitalisations pour complications
- Limiter le handicap et favoriser la réinsertion professionnelle

Projets structurants associés à cette priorité opérationnelle

Développer les consultations pluriprofessionnelles post AVC

Promouvoir un protocole de coopération pour le diagnostic et l'évaluation de la spasticité

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Patients ayant été hospitalisés pour un AVC

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de patients ayant renoncé à une prise en charge en SSR
- Délais de prise en charge en SSR
- Nombre d'équipes mobiles / HAD et de patients pris en charge
- Nombre de programmes d'éducation thérapeutique et nombre de patients bénéficiaires (Sous réserve de disponibilité)

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

DÉVELOPPER LES CONSULTATIONS PLURI PROFESSIONNELLES POST AVC

PROJET
STRUCTURANT
N° 3.1

Ce projet est en lien avec les orientations de la filière de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral page 388

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La consultation de suivi dans les 6 mois, ou au plus tard dans l'année suivant l'accident, s'adresse à tous les patients afin de repérer d'éventuelles complications passées jusqu'alors inaperçues, et de prévenir ou limiter la perte d'autonomie, sources de handicap et de désinsertion sociale secondaires.

La consultation post AVC peut être de 3 types, selon le lieu, les professionnels concernés et les besoins du patient : consultation pluri professionnelle simple (consultation hospitalière par un neurologue, ou par un spécialiste en médecine physique et de réadaptation (MPR) ou un gériatre et un professionnel paramédical au plus), consultation pluri professionnelle complexe (consultation hospitalière associant la présence d'un professionnel médical et d'au moins deux professionnels paramédicaux ou autres professionnels non médicaux), consultation libérale par un neurologue, un MPR ou un gériatre.

Le rôle et la place du médecin traitant sont essentiels dans le projet de retour à domicile pour l'identification des besoins, leur actualisation et la coordination des interventions à domicile. Il doit être informé et associé très tôt au processus.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Coordination ville/hôpital des acteurs
- Accès pour les patients à une consultation post AVC adaptée
- Suivi et évaluation des dispositifs de consultations pluri professionnelles post AVC

ACTEURS REPÉRÉS

Établissements de santé (disposant d'une UNV, SSR spécialisés neurologiques)
Professionnels de santé

POPULATION CONCERNÉE

Patients ayant été victimes d'un AVC

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- CIRCULAIRE N°DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) – Suivi post AVC
- INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post AVC et du suivi des AVC.

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Crédits MCO et SSR fléchés

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Programme PRADO AVC (en cours d'expérimentation sur des départements hors Occitanie)
PRS – filière AVC
PRS – filières SSR et HAD

INDICATEURS DE SUIVI

Taux d'établissements MCO et SSR financés pour mise en œuvre du dispositif de consultations pluri professionnelle post AVC
Évolution du nombre de consultations pluri-professionnelles post AVC réalisées

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

PROJET STRUCTURANT
N° 3.2

PROMOUVOIR UN PROTOCOLE DE COOPÉRATION POUR LE DIAGNOSTIC ET L'ÉVALUATION DE LA SPASTICITÉ SUITE À UN AVC

Ce projet est en lien avec les orientations de la filière de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral page 388

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La spasticité est une complication des AVC et, de façon plus large, des lésions du système nerveux central. Les traitements médicamenteux de première intention sont la toxine botulique et le baclofène.

Peu d'établissements proposent cette thérapeutique et les délais d'attente sont trop longs. L'élaboration et le déploiement d'un protocole de coopération entre médecins de médecine physique et de réadaptation, neurologues, neurochirurgiens et masseurs-kinésithérapeutes libéraux, vise à déléguer aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux le diagnostic de la spasticité et l'évaluation de l'efficacité des traitements mis en œuvre.

Il s'agit de proposer une organisation optimisée de la prise en charge des patients atteints de spasticité, en passant d'une organisation centralisée à une organisation en maillage territorial à partir des unités de SSR spécialisées dans les affections du système nerveux central. Cette organisation peut nécessiter le recours à la télémédecine (transfert d'images entre autres).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Validation du protocole de coopération par la HAS
- Autorisation et déploiement du protocole sur la région Occitanie
- Adhésion des professionnels au protocole de coopération
- Réduction des délais de mise en œuvre des traitements de la spasticité par toxine botulique
- Augmentation du nombre de patients bénéficiant de ce traitement

ACTEURS REPÉRÉS

- HAS
- Sociétés savantes : SOFMER et FEDMER
- URPS masseurs-kinésithérapeutes et médecins
- Universités de Toulouse et Montpellier
- GIP e-santé Occitanie (Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-santé)
- Établissements publics et privés : UNV et SSR

POPULATION CONCERNÉE

Tous les patients victimes d'un AVC et présentant les symptômes d'une spasticité pouvant nécessiter un traitement par toxine botulique

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

PROMOUVOIR UN PROTOCOLE DE COOPÉRATION POUR LE DIAGNOSTIC ET L'ÉVALUATION DE LA SPASTICITÉ SUITE À UN AVC

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

CHU de Toulouse partenaire

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – projet « Développer les consultations
pluri professionnelles post AVC »

PRS – Filière AVC

INDICATEURS DE SUIVI

Évolution du nombre de professionnels adhérant au
protocole en distinguant délégant et délégué

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Le constat

Les technologies numériques sont aujourd'hui présentes dans le quotidien de chacun. Le domaine de la santé n'échappe pas à cette digitalisation de son environnement. Tous les acteurs et secteurs du système de santé utilisent à des degrés divers les outils numériques.

L'enjeu de déploiement de la technologie étant maintenant dépassé, il s'agit dorénavant pour les acteurs et les architectes du système de santé régional d'orienter les usages vers :

- l'amélioration de la perception par la population de ses propres leviers d'action individuels concernant ses problématiques de santé, que celles-ci soient avérées ou potentielles (démarche dite d'empowerment patient),
- la coordination entre professionnels (incluant ceux des sphères sociales et médico-sociales) afin d'optimiser les réponses à la prise en charge de patients en situation complexe,
- l'amélioration de l'accès aux soins grâce en particulier à la télémédecine et la santé connectée, dans un contexte démographique tendu et très contrasté selon les territoires d'Occitanie,
- l'accompagnement des nouvelles pratiques médicales par la formation (e-learning, simulation en santé...),
- l'amélioration de la connaissance en appréhendant mieux les bases de données disponibles (big data, smart data, intelligence artificielle, machine learning...).

La stratégie numérique de l'ARS Occitanie

Les objectifs que souhaite atteindre l'ARS à travers cette stratégie et le portefeuille d'actions qui va en découler tournent autour de 3 cibles centrales liées entre elles :

- les usagers / les patients (et leurs aidants) ;
- les professionnels des sphères médicales, soignantes, médico-sociales et sociales ;
- l'organisation des parcours de santé.

Ainsi, l'ambition numérique du PRS pourra se synthétiser en 3 objectifs :

- faciliter l'implication de l'utilisateur, acteur de son parcours de santé ;
- accélérer la transformation numérique des processus de travail de tous les professionnels de santé, via un espace d'échange et de partage de données ;
- mieux articuler l'impact du numérique avec les évolutions de l'organisation des soins et des prises en charge.

Pour ce faire, dans un monde numérique favorisant un foisonnement d'initiatives, l'ARS devra privilégier l'appui aux innovations disruptives, c'est-à-dire celles offrant une forte capacité de transformation des organisations, des pratiques professionnelles et des prestations ou services nouveaux pour les usagers (patients, personne inscrite dans une démarche préventive).

L'ARS mettra en œuvre au sein de sa stratégie, pour accompagner ces transformations, trois typologies de projets, émanant :

- du cadre commun national (DSSIS², ASIP Santé) ;
- du portefeuille régional unifié des projets, porté par le GIP e-Santé Occitanie ;
- d'initiatives territoriales et/ou locales.

² DSSIS : Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé du Ministère des Solidarités et de la Santé

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Le GIP e-Santé Occitanie : l'opérateur préférentiel de l'ARS pour l'élaboration et la mise en oeuvre de la stratégie régionale d'e-santé dans la région.

En 2017, une réalisation majeure : le regroupement des opérateurs régionaux e-santé au sein d'un seul groupement d'appui, permettant d'améliorer la capacité d'accompagnement des services numériques sur tout le territoire régional et élargissant la palette des bénéficiaires des actions financées par l'ARS sur cette thématique.

- Création le 28 décembre 2017 du GIP e-santé Occitanie après une phase de préfiguration de 8 mois pilotée par l'ARS, en lien avec l'ensemble des partenaires intéressés au numérique en santé : fédérations hospitalières, URPS, fédération de réseaux de santé, CPAM...
- Un timing permettant d'assurer l'opérationnalité de la structure et de ses équipes projet pour 2018, afin de dérouler la feuille de route numérique qui sera associée au PRS de 2ème génération.
- Une réorientation des priorités numériques vers la mise en place de services numériques socles, moins intrusifs pour les professionnels régionaux et à plus forte valeur ajoutée pour permettre de l'échange et du partage de données médico-sociales à grande échelle.
- En cela, l'ARS et le GIP s'inscrivent totalement dans le cadre national : instruction SNAC, convergence SI des GHT, appui à l'innovation en santé...
- Le GIP en chiffres : 2 implantations géographiques (Toulouse et Montpellier), 40 ETP cible en 2018, 106 membres, 23 administrateurs, 20 services numériques opérationnels et 30 projets en cours...

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Les ARS sont responsables de la définition et de la mise en œuvre de la politique numérique en santé dans leur région. Cette politique régionale est définie en parfaite cohérence avec les orientations nationales et en concertation avec les professionnels et établissements des champs sanitaire et médico-social et les représentants des patients et des usagers.

La déclinaison régionale consiste à adapter et personnaliser les solutions numériques et veiller à ce qu'elles profitent à tous, notamment aux professionnels du premier recours, ainsi qu'aux personnes vulnérables, plus éloignées du système de santé.

La Stratégie Nationale de Santé confirme l'intérêt du numérique afin de garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Elle invite également à innover pour transformer le système de santé. Ces innovations, permettant l'adaptation plus rapide du système de santé aux évolutions des connaissances et des technologies, doivent également rechercher à le rapprocher du citoyen. Accélérer l'adoption massive des usages du numérique en santé est un objectif partagé au niveau régional.

Le plan ministériel «Renforcer l'accès territorial aux soins», annoncé le 13 octobre 2017, acte la mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances. C'est une des 4 priorités de ce plan.

Cette révolution est décrite comme :

- l'inscription de la télémédecine dans le droit commun dès 2018 ;
- l'accompagnement et l'équipement des établissements médico-sociaux, des établissements de santé (dont les hôpitaux de proximité), des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé concernant la télémédecine, avec un objectif d'équipement de tous les EHPAD et de toutes les zones sous-denses d'ici 2020 ;
- l'émergence de territoires digitaux :
 - généralisant le dossier médical partagé (DMP) en 2018 ;
 - développant des services numériques pour faciliter les échanges d'information et la coordination entre professionnels au service du patient ;
 - développant l'interopérabilité entre les logiciels des différents acteurs de soins, établissements de santé et professionnels de ville ;
 - généralisant les possibilités de prises de rendez-vous en ligne pour les hôpitaux et les structures ambulatoires.

Plusieurs instructions nationales, lois, décrets ou arrêtés déterminent également les orientations régionales en matière de e-santé et de télémédecine :

- l'instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 précise l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie de la e-santé en région ;
- la note du 27 octobre 2017 – n° 109 complémentaire à l'instruction n° 2016 - 154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé présente de façon détaillée tous les programmes nationaux de e-Santé à prendre en considération dans l'élaboration des PRS 2018-2022 ;
- l'article 36 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014 modifié par la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 - article 91 LFSS 2017, définit les expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine ;
- l'article 54 – « Prise en charge de la télémédecine » de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2018 inscrit la télémédecine dans le droit commun.

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Priorités opérationnelles

Les besoins d'appui du numérique dans les projets identifiés dans le cadre du PRS concernant des parcours, des filières et des thèmes transversaux, ainsi que l'ensemble des éléments de la stratégie numérique proposé ont conduit à élaborer les priorités opérationnelles suivantes du « PRS transformation numérique en santé » :

- **Priorité 1** : Améliorer l'accès territorial aux soins dans le cadre des parcours en développant les usages de la télémédecine
- **Priorité 2** : Améliorer la coordination des professionnels en favorisant le partage et l'échange d'informations
- **Priorité 3** : Soutenir les usages du numérique en santé

Les projets structurants associés dans la suite du document à ces priorités opérationnelles ne représenteront pas sur les 5 ans l'exhaustivité des dispositifs numériques (ou de promotion du numérique) que l'ARS compte mettre en place. Il s'agit d'illustrations choisies pour leur caractère différenciant ou structurant vis-à-vis des objectifs généraux identifiés dans le Cadre d'Orientation Stratégique et/ou dans le Schéma Régional de Santé.

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Les précédents PRS ont permis sur le territoire de l'Occitanie de mettre en œuvre une première série d'actions structurantes portant sur 3 axes :

→ **Axe 1 - Partager et échanger de l'information médicale pour coordonner ou optimiser le parcours patient**

Le constat permet d'identifier :

- des usages importants de messageries sécurisées en santé, MSSanté en Occitanie Ouest grâce à la solution de MSS régionale (MEDIMAIL) et le développement d'outils numériques de coordination sur cette base (ex. : WebPPS) ;
- des filières (SSR et HAD) entièrement déployées avec ViaTrajectoire (logiciel d'aide à l'orientation des patients en sortie d'hospitalisation), permettant des actions de coordination plus efficaces et ciblées ;
- des déploiements de ViaTrajectoire partiellement (personnes âgées) ou non démarrés (personnes en situation de handicap), qui ne permettront certainement pas de répondre totalement aux délais de l'instruction « Suivi des orientations » ;
- l'existence d'un entrepôt d'imagerie régional (PACS Régional) en Occitanie Ouest.

Les actions réalisées dans le cadre des précédents PRS ont permis de confirmer que les outils numériques sont une réponse particulièrement adaptée aux enjeux de partage, d'échange et de coordination. Le présent PRS prolongera et renforcera l'effort de déploiement des usages de trois familles de services numériques :

- les Logiciels d'Orientation Patient (LOP) ;
- la Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté), à travers l'usage d'une solution régionale MEDIMAIL, intégrée à l'espace de confiance national ;
- les services numériques régionaux en imagerie (SNRI) : (échanges et partage, PACS, interopérabilité, portail de diffusion pour les patients et les médecins...).

Les solutions qui ont fait la preuve de leur usage sur les ex-régions seront généralisées à l'Occitanie (MSS MEDIMAIL...) ou uniformisées (déploiement ViaTrajectoire PA et PH).

→ **Axe 2 - Améliorer la connaissance des offres territoriales**

L'ARS a développé deux grandes typologies de projets numériques sous cet axe :

- le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) et des annuaires de ressources et compétences complémentaires (MAIA) ;
- les Portails Web des dispositifs de coordination.

Le constat concernant ces projets permet d'identifier :

- un niveau de peuplement du ROR intéressant sur Occitanie-Est, très centré sur des problématiques de soins aiguës, mais un élargissement important depuis 2 ans (module Santé Mentale des Adolescents, offre libérale Masseuse-Kinés...);
- un peuplement ROR très incomplet sur Occitanie-Ouest, même si des actions importantes ont récemment été démarrées, mais sur le seul périmètre MCO ;
- une démarche unique et graduée de mise en œuvre d'outils numériques de communication pour les dispositifs de coordination (Portail Parcours personnes âgées).

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Ces actions seront aussi confortées et renforcées, en prévoyant notamment :

- Le positionnement du ROR comme répertoire central et partagé des informations concernant l'offre de soins, référentiel de données pour les autres services numériques régionaux (interopérabilité), et notamment le Portail Parcours personnes âgées élargi.
- La déclinaison du Portail Parcours personnes âgées à d'autres dispositifs de coordination, d'autres cibles populationnelles et à l'ensemble de la région Occitanie, en lien avec les actions portées par les plateformes territoriales d'appui (PTA) opérationnelles ou en projet.

→ **Axe 3 - Consolider l'offre de télémédecine et les modalités d'y recourir, pour augmenter son apport**

La télémédecine peut être vue de façon complémentaire en Occitanie comme :

- une réponse privilégiée pour améliorer partout l'accessibilité aux avis médicaux, dans un objectif de réduction des inégalités d'accès aux soins spécialisés ;
- un appui au parcours de santé des usagers, permettant une meilleure qualité du suivi médical et participant à l'optimisation du coût global de ce parcours : programme territorial PÂSTEL, service régional DOMOPLAIES... ;
- un élément d'attractivité concernant l'exercice médical, dans un contexte démographique parfois très tendu au sein de nos territoires ;
- à travers la télésurveillance et le télé-suivi, un levier pour impliquer davantage les patients dans la prise en charge de leurs maladies chroniques (patients acteurs).

De manière générale, l'absence de rémunération des actes de télémédecine était jusqu'à présent un frein au développement des activités, mais les expérimentations ETAPES et maintenant les prochaines négociations conventionnelles prévues dans la LFSS 2018, sont deux éléments prometteurs pour le lever.

Au-delà de ces éléments généraux, le diagnostic a permis de relever :

- des projets bien ancrés (DOMOPLAIES, télé-Urgences, télé-AVC) dont la plus-value en terme de prise en charge des patients est reconnue et encourage la demande des professionnels d'un élargissement rapide de solutions encore trop limitées territorialement (extension DOMOPLAIES en Midi-Pyrénées, duplication de la démarche PÂSTEL partout en région...) ;
- une multiplicité de plates-formes techniques, qu'il va falloir rationaliser à travers le portefeuille projets du GIP e-Santé Occitanie ;
- la nécessité d'évaluer finement et rapidement notre capacité à coupler une organisation en centre de coordination telle que celle mise en place sur DOMOPLAIES (véritable accélérateur d'usages) et la mise en place des PTA au sein de chaque territoire.

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

AMÉLIORER L'ACCÈS TERRITORIAL AUX SOINS DANS LE CADRE DES PARCOURS EN DÉVELOPPANT L'USAGE DE LA TÉLÉMÉDECINE

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Les enjeux liés au développement de la télémédecine, pratique médicale à distance définie par le Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, sont multiples.

La télémédecine est :

- une solution vérifiée pour certaines filières, en particulier pour la prise en charge de l'AVC, en neurochirurgie ou dans les situations d'urgence (avis spécialisé auprès d'un centre de référence) ;
- une réponse pour renforcer l'accessibilité aux avis médicaux, dans un objectif de réduction des inégalités d'accès aux soins spécialisés ;
- un appui au parcours de santé des usagers dans les territoires et un appui aux bonnes pratiques professionnelles, permettant une meilleure qualité du suivi médical et participant à l'optimisation du coût global du parcours envisagé ;
- un élément d'attractivité concernant l'exercice médical, dans un contexte démographique parfois très tendu au sein de nos territoires ;
- une réponse au virage ambulatoire dans le cadre de la télésurveillance des maladies chroniques. Il s'agit d'éviter l'apparition de comorbidités et le recours aux hospitalisations, en améliorant la compliance aux traitements qu'ils soient ou non médicamenteux.

La télémédecine est une ouverture sur des collaborations interprofessionnelles, pluridisciplinaires et les pratiques avancées. Pour réussir son développement, elle nécessite de mettre en place de nouvelles façons de s'organiser. Poser la base d'un projet médical partagé entre acteurs d'un territoire / filière / parcours... et prévoir les modalités de son évolution dans le temps, sont les clés de réussite permettant d'envisager un développement.

La HAS a conclu **qu'aucune situation clinique ne peut être exclue a priori d'un recours à la téléconsultation ou à la télé-expertise**. Le recours à la télémédecine relève d'une décision partagée du patient et du professionnel médical qui va réaliser un acte de télémédecine. Ce dernier doit juger de la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en présentiel, en s'appuyant sur des critères d'éligibilité définis par la HAS.

Jusqu'à présent, le principal frein au développement de la télémédecine pour des patients pris en charge en mode ambulatoire était la non-rémunération des actes. Ce frein est en passe d'être levé par les négociations conventionnelles prévues par l'article 54 de la LFSS 2018 pour inscrire dans le droit commun la téléconsultation et la télé-expertise. Dans cette attente, le dispositif expérimental ETAPES définit des modalités de rémunération pour des actes de téléconsultation, télé-expertise et télésurveillance. Il est promu en région afin de préparer l'organisation des circuits administratifs de recueil des informations de facturation.

À côté de l'indispensable levier que constitue la rémunération des actes, il est tout aussi important de faciliter l'émergence et l'organisation des activités de télémédecine dans les territoires.

Pour cela l'ARS propose une « **Stratégie de développement de la télémédecine en Occitanie** », avec l'ambition d'ancrer la télémédecine comme une modalité complémentaire de la pratique « habituelle » de la médecine.



TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

AMÉLIORER L'ACCÈS TERRITORIAL AUX SOINS DANS LE CADRE DES PARCOURS EN DÉVELOPPANT L'USAGE DE LA TÉLÉMÉDECINE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

Cette stratégie de développement se base sur les logiques d'expérimentation déjà mises en place en région et vise à une généralisation, après évaluation des activités existantes, afin d'offrir à la population occitane une égalité devant les bénéfices apportés par la télémédecine en termes d'accès et de coordination des soins.

La stratégie de développement de la télémédecine en Occitanie est bâtie selon 3 axes :

- 1. Continuer à développer les projets de télémédecine régionaux de filières ou de parcours matures : urgences, AVC, téléneurochirurgie, DOMOPLAIES...**
- 2. Impulser des projets de télémédecine territoriaux** par un appui méthodologique et une aide à l'investissement. À cette fin, un « *Programme de déploiement territorial de la télémédecine* » est mis en place, dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins.

Ce programme contient 2 volets :

- les « Cadres d'Orientation Régionaux de la Télémédecine » : principes, priorités, cadre réglementaire, zonages territoriaux, outils régionaux, conditions d'accompagnement...
 - par **parcours prioritaires** identifiés dans le PRS 2018-2022
 - pour les patients atteints de **maladies chroniques**
- la « Déclinaison opérationnelle », constituée de projets territoriaux spécifiques à chaque cadre :
 - accompagnés/animés par le GIP e-santé Occitanie, en lien si possible avec les logiques PTA/GHT portées par le territoire concerné,
 - pilotés par l'Agence avec des financements dédiés.

Mise en œuvre du « Programme de déploiement territorial de la Télémédecine »

- La première déclinaison du programme de déploiement concerne le parcours prioritaire « Vieillesse », avec le cadre d'orientation régional PÂSTEL (Personnes Âgées Services Télémédecine), qui a été expérimenté sur deux territoires pilotes et qui sera étendu à toute l'Occitanie (cf. projet structurant 1.1).
 - Il s'agira également de développer la télémédecine sur d'autres spécialités et sur d'autres parcours prioritaires, en investissant particulièrement le champ des personnes atteintes d'un handicap, afin d'établir un guide de déploiement adapté à chaque parcours.
- 3. Développer, expérimenter et évaluer la télésurveillance médicale** ou le télésuivi à domicile de patients atteints de maladies chroniques ou en situation complexe. Les projets mis en œuvre sous cet axe stratégique s'inscriront si possible dans le cadre des expérimentations nationales ETAPES, prorogées pour 4 ans, notamment pour les filières médecine (insuffisance cardiaque, diabète, insuffisance respiratoire), insuffisance rénale et cardiologie interventionnelle.

D'autres filières ou parcours pourront développer des projets de télésurveillance ou de télésuivi dans le cadre d'expérimentations à impulser et évaluer régionalement.

Cette stratégie de développement de la télémédecine sera évolutive dans le temps afin de prendre en compte les évolutions réglementaires en cours, attendues ou qui pourraient intervenir.

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

AMÉLIORER L'ACCÈS TERRITORIAL AUX SOINS DANS LE CADRE DES PARCOURS EN DÉVELOPPANT L'USAGE DE LA TÉLÉMÉDECINE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Filières liées à l'Urgence
Parcours prioritaires
Patients atteints de maladies chroniques
Patients détenus

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'actes et de patients concernés par les projets régionaux matures, notamment DOMOPLAIES et les filières liées à l'Urgence.
- Nombre de Cadres d'Orientation Régionaux publiés par l'Agence.
- Nombre de projets territoriaux de télémédecine accompagnés par le GIP e-santé Occitanie sur la base de ces cadres d'orientation.
- Nombre de projets expérimentaux de télémédecine et de santé connectée identifiés en Occitanie et non rattachés à un cadre régional (lien avec l'observatoire ORIUS)

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

GÉNÉRALISER L'USAGE DE LA TÉLÉMÉDECINE POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Action 1 : Déployer sur chaque territoire le programme Personnes Âgées Services TELémédecine (PÂSTEL)

Le programme PÂSTEL vise à soutenir et à organiser le développement des usages de la télémédecine au service de la prise en charge des personnes âgées. Ce programme fait l'objet d'un guide méthodologique destiné aux acteurs territoriaux dans lequel sont précisés le cadre et les conditions nécessaires pour développer un projet de télémédecine qui puisse :

- optimiser les parcours de soins des personnes âgées et améliorer la coordination des professionnels ;
- conforter le maillage territorial.

Le programme PÂSTEL est en appui des travaux menés dans le parcours prioritaire Vieillesse.

Action 2 : Développer la télémédecine pour l'accès aux soins et le suivi des personnes en situation de handicap

Cette action consiste à développer et déployer la téléconsultation et la téléexpertise pour les personnes en situation de handicap selon la méthodologie de déploiement mise en œuvre dans le cadre du programme PÂSTEL.

Cette action est en lien avec les travaux menés dans le parcours prioritaire « Personnes en situation de handicap » .

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Action 1 : Pour chaque territoire Occitanie, dans le cadre du programme PÂSTEL :

- Élaboration d'une organisation de la prise en charge de la personne âgée par télémédecine, construite et partagée entre les acteurs et tenant compte des collaborations existantes sur le territoire ;
- Déploiement opérationnel de la démarche PÂSTEL avec montée en charge progressive des usages.

Action 2 : Le programme télémédecine pour les personnes en situation de handicap :

- Élaboration d'une organisation de la prise en charge des personnes en situation de handicap par télémédecine construite et partagée entre les acteurs d'un territoire pilote ;
- Déploiement opérationnel et suivi des usages sur le territoire pilote ;
- Déploiement sur de nouveaux territoires selon le cadre et la méthodologie définis à l'issue de la phase expérimentale.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs en charge de la mise en œuvre du projet :

- Acteurs du premier recours, médico-sociaux et sanitaires des territoires et professionnels des structures d'appui (PTA)
- GIP e-santé Occitanie

Dont partenaires institutionnels :

- Conseils départementaux
- CPAM
- CDOM
- URPS

POPULATION CONCERNÉE

Action 1 : Population âgée dépendante ou polyopathologique ;

Action 2 : ensemble de la population relevant du secteur du handicap, quel que soit l'âge et le type de handicap.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Action 1 : Ensemble des territoires Occitanie

Déploiement progressif régional par département ;

Action 2 : 1 département pilote (à définir) puis déploiement progressif.

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

GÉNÉRALISER L'USAGE DE LA TÉLÉMÉDECINE POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Projet fédérateur élaboré par les acteurs territoriaux,
- Processus de déploiement défini et ajusté selon les retours d'expérience des territoires pilotes,
- Accompagnement de proximité réalisé par le GIP e-santé Occitanie permettant le cadrage, le déploiement opérationnel, l'animation et le suivi du projet territorial,
- Plateforme régionale dédiée à l'activité de télémédecine.

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

- Crédits FIR alloués selon des critères d'éligibilité pour l'aide à l'installation matérielle des établissements et structures.
- FIR national dédié aux expérimentations ETAPES puis droit commun (article 54 LFSS 2018).
- Crédits CNR ONDAM pour l'aide à l'investissement des équipements télémédecine des EHPAD.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- PRS Parcours Vieillesse et Parcours Personnes en situation de Handicap
- Dispositif expérimental national ETAPES (arrêté du 28 avril 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2014, portant sur le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou télé-expertise)
- Article 54 LFSS 2018 : négociation conventionnelle pour une prise en charge des actes de téléconsultation et de télé-expertise dans le droit commun

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de départements déployés
- Nombre de structures et établissements participant au programme sur chaque département
- Suivi de l'activité télémédecine réalisée sur chaque département déployé (nombre de téléconsultations et de télé-expertises réalisées, nombre de patients pris en charge par télémédecine, nombre de transports évités, nombre d'hospitalisations programmées)

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

EXPÉRIMENTER, DÉVELOPPER, ET ÉVALUER LA TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE ET LE TÉLÉSUIVI DES PATIENTS À DOMICILE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.2

Ce projet est en lien avec les orientations de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie page 373

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Les objectifs du projet structurant sont :

1. informer les professionnels et diffuser les cahiers des charges des expérimentations nationales de la télésurveillance médicale pour des patients :
 - atteints d'insuffisance cardiaque, rénale, respiratoire (JO du 15/12/2016) ;
 - atteints de diabète type 1 ou type 2 (JO du 28/04/2017) ;
 - porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique (DAI et PM) inscrites à la liste des prestations et produits remboursables (LPPR) disposant d'une fonction de télésurveillance à distance (JO du 22/11/2017) ;
2. favoriser l'émergence de projets numériques innovants pour « Prévenir, dépister ou suivre » par appels à projets ;
3. faciliter la collecte de données issues des différentes expérimentations nationales (ETAPES...) ou des projets régionaux ;
4. organiser des équipes territoriales au sein du GIP e-santé Occitanie pour assurer la promotion et l'accompagnement des expérimentations nationales, en lien avec les projets de télémédecine portés par les GHT, les PTA, les programmes régionaux (PÂSTEL...).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Accompagner, suivre et évaluer les projets de télésurveillance
- Un accompagnement territorial par des chargés de mission installés au sein du GIP e-santé Occitanie
- Une participation aux travaux inter-régions d'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques organisationnelles de la télésurveillance médicale, en vue d'en généraliser le déploiement sur les territoires

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs en charge de la mise en œuvre :

- Acteurs du premier recours, médico-sociaux et sanitaires des territoires et professionnels des structures d'appui (PTA)
- GIP e-santé Occitanie
- LivingLab

Dont partenaires institutionnels :

- CPAM
- CDOM
- URPS
- Région

POPULATION CONCERNÉE

Patients atteints des pathologies ciblées dans les cahiers des charges nationaux
Patients atteints de pathologies ou dans des situations qui ne relèvent pas des cahiers des charges nationaux ETAPES

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

EXPÉRIMENTER, DÉVELOPPER, ET ÉVALUER LA TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE ET LE TÉLÉSUIVI DES PATIENTS À DOMICILE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.2

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Dispositif expérimental national ETAPES (arrêté du 28 avril 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2014, portant sur le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou télé-expertise) prolongé pour 4 ans (2018-2021) par l'article 54 de la LFSS 2018

- Comité de convergence filière santé numérique
- Living lab
- HAS, Sociétés savantes

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR national dédié aux expérimentations ETAPES
FIR régional

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS médecine
PRS insuffisance rénale
PRS cardiologie interventionnelle
PRS soins primaires
PRS parcours vieillissement
PRS prévention et promotion de la santé

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de professionnels ou établissements de santé participant aux expérimentations ETAPES
- Nombre de patients bénéficiant de la télésurveillance par filière
- Pourcentage d'hospitalisations évitées (ETAPES)
- Nombre d'actes de télésurveillance par filière

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

ACCOMPAGNER LE DÉPLOIEMENT ET DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES DÉTENUES

Ce projet est en lien avec les orientations concernant la santé des personnes détenues page 419

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La nécessité de recourir à des extractions pour amener le détenu en consultation spécialisée ou en hospitalisation est problématique et induit des retards de prise en charge préjudiciables.

Le développement de la télémédecine au sein des établissements pénitentiaires fait partie intégrante des alternatives aux extractions permettant d'améliorer le recours aux consultations spécialisées et de limiter les retards de prise en charge des problèmes de santé des détenus.

Ce projet structurant a pour objectif de :

- déployer le projet « Télémédecine santé des détenus » initié sur le territoire Ouest-Occitanie avec une attention particulière apportée à la santé bucco-dentaire,
- analyser les besoins et établir un état des lieux des usages en télémédecine au sein des établissements pénitentiaires sur le territoire Est-Occitanie en vue d'une généralisation du projet « Télémédecine santé des détenus ».

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Élaboration d'une organisation de la prise en charge des personnes détenues par télémédecine construite et partagée entre les acteurs
- Déploiement et montée en charge progressive des usages télémédecine, au sein des structures pénitentiaires

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs en charge de la mise en œuvre du projet :

- Professionnels des structures pénitentiaires
- Acteurs sanitaires territoriaux et régionaux
- GIP e-santé Occitanie

POPULATION CONCERNÉE

Population carcérale

TERRITOIRES CONCERNÉS

Territoire régional, par déploiement progressif du projet dans différents établissements pénitentiaires.

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

ACCOMPAGNER LE DÉPLOIEMENT ET DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES DÉTENUES

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.3

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Dispositif expérimental national ETAPES (arrêté du 28 avril 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2014, portant sur le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou télé-expertise)
- Article 54 LFSS 2018 : négociation conventionnelle pour une prise en charge des actes de téléconsultation et de télé-expertise dans le droit commun

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Crédits ministériels + FIR régional

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – Filière Santé des personnes détenues

INDICATEURS DE SUIVI

- Télémédecine :
- Nombre et pourcentage de structures pénitentiaires équipées et opérationnelles
 - Nombre de professionnels ou établissements de santé participant au projet
 - Nombre de consultations réalisées / nombre de consultations externes

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

AMÉLIORER LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS EN FAVORISANT LE PARTAGE ET L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 2

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Enjeux

Les outils numériques de partage, d'échanges et de diffusion d'informations sont aujourd'hui indispensables pour assurer la circulation des données nécessaires à la bonne coordination des prises en charge, à chaque étape du parcours des patients.

Les dernières innovations organisationnelles proposées par le cadre national :

- Plateformes Territoriale d'Appui (PTA),
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS),
- Équipes de Soins Primaires (ESP),
- Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT),
- ...

vont nécessiter un usage soutenu des outils numériques, avec un accompagnement important de ces dispositifs pour l'atteinte des cibles d'usage (instruction SNACs du 24 avril 2017).

En effet, toutes ces nouvelles organisations nécessitent un partage élargi et facilitant des données médicales, sociales et administratives de leurs patients, pour apporter leur pleine contribution à l'optimisation de notre système de santé régional.

Dans ce contexte, l'ARS a souhaité profiter de la période de construction du portefeuille des projets du groupement régional e-santé Occitanie pour étudier largement les besoins exprimés par les professionnels engagés dans ces projets d'innovation organisationnelle, au regard de l'évolution des normes et des standards d'interopérabilité du monde des SI en Santé.

Il en ressort l'idée forte de cette priorité opérationnelle, à savoir la construction de cas d'usages variés concernant l'échange et le partage de données sur la base **d'un seul socle d'urbanisation régional renouvelé : la plateforme d'intégration.**

Les services numériques déjà disponibles en région et contribuant à fluidifier le partage et les échanges d'informations entre les professionnels de santé continueront à être développés. Ils seront progressivement intégrés sur la plateforme régionale d'intégration, au sein d'un ensemble de services socles (référentiels...), défini dans la stratégie numérique « eParcours ».

On peut lister par exemple ces services existants en région :

- Le DMP nouvelle génération (actuellement en phase pilote de déploiement dans 9 départements français) ;
- La Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté) avec MEDIMAIL largement déployé sur l'Occitanie Ouest ;
- Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) ;
- Le PACS Régional et son portail de visualisation des images.

Au-delà de services d'urbanisation, qui n'ont pas vocation à être directement utilisés par des professionnels prenant en charge des patients, la stratégie eParcours a également identifié plusieurs services numériques indispensables pour améliorer la coordination.

Il s'agit de services numériques « métiers » à destination des dispositifs PTA, MAIA, CLIC, Réseaux...:

- dédiés à la gestion et à la coordination des parcours ;
- nécessaires au partage et à l'échange d'informations entre les professionnels de santé ;
- permettant la connaissance de l'offre de soins pour une meilleure orientation des patients.

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

AMÉLIORER LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS EN FAVORISANT LE PARTAGE ET L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 2

Le principe de mise en cohérence des dispositifs afin de permettre la circulation de l'information entre les acteurs des champs : sanitaire, médico-social et social qui interviennent dans le parcours du patient sera fortement promu. Dans ce cadre, la convergence des systèmes d'informations est une nécessité, comme la dynamique GHT le démontre.

Parmi les informations dont l'échange et le partage requièrent une attention particulière, **l'imagerie médicale** constitue un enjeu fort et spécifique en Occitanie. Les travaux engagés depuis quelques années en Midi-Pyrénées et étendus géographiquement depuis 2 ans au travers du projet SNRI (Services Numériques Régionaux en Imagerie) trouveront une réponse technique, appuyée par les services numériques socles de la plateforme régionale d'intégration.

Les structures sanitaires et médico-sociales seront accompagnées dans la mise en œuvre des pré-requis devant s'appliquer à leurs propres SI pour leur permettre de bénéficier des services de partage proposés par cette plateforme. Hôpital Numérique et le programme de convergence GHT des SIH (pour les établissements de santé publics) ayant déjà permis une forte montée en maturité sur le secteur sanitaire, l'effort d'accompagnement sera surtout porté sur le secteur médico-social.

Les professionnels libéraux seront également concernés, en coordination avec les démarches portées par les CPAM dans ce domaine (DMP, MSSanté).

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Toutes populations, mais notamment :

Usagers des établissements membres de GHT, patients en situation complexe suivis par les PTA ou leurs composantes, patients atteints de cancer...

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de territoires sur lesquels le bouquet de services SNAC est déployé / en cours de déploiement
- Nombre de points d'accès SNRI utilisés par les producteurs et consommateurs d'imagerie médicale
- Nombre d'identités patient partagées à travers le serveur de rapprochement présent sur la plateforme régionale d'intégration
- Nombre de documents indexés dans l'entrepôt présent sur la plateforme régionale d'intégration
- Nombre de services numériques configurés sur la plateforme régionale d'intégration (cas d'usage partage d'identité, cas d'usage accès aux documents de l'entrepôt, cas d'usage partage du ROR...)

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

DÉPLOYER SUR CHAQUE TERRITOIRE DES SERVICES NUMÉRIQUES D'APPUI À LA COORDINATION (SNAC)

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

Ce projet est en lien avec les orientations de la thématique « présence médicale et soignante, appui aux soins primaires dans les territoires » page 5

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Le projet Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNAC) consiste à concevoir, développer et déployer auprès des professionnels d'un territoire un bouquet de services numériques composé :

- d'outils numériques « socles » nécessaires au partage et à l'échange des données de santé, à l'orientation des professionnels vers les ressources d'un territoire ;
- de services numériques dédiés à la gestion du parcours et à sa coordination.

Ce projet nécessite l'élaboration d'une stratégie régionale « e-parcours » qui intègre les outils numériques cible à déployer et complémentaires aux services numériques existants.

Ce projet est en appui des travaux menés pour déployer des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) comme structures d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Un territoire pilote sera identifié, avant généralisation et mise en œuvre de la stratégie régionale e-parcours.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

1. Déploiement progressif des services numériques définis dans la stratégie régionale e-parcours sur le territoire pilote visant à :
 - améliorer la coordination des professionnels et la fluidification des parcours ;
 - favoriser l'interopérabilité des outils SI avec les logiciels métiers des professionnels (premier recours et professionnels sanitaires et médico-sociaux).
2. Généralisation et déploiement de la stratégie régionale e-parcours auprès des différentes PTA de la région.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- GIP e-Santé Occitanie
- Fédérations des Réseaux

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels des fonctions d'appui (PTA, MAIA, Réseaux, Coordination Territoriale d'Appui CTA...), professionnels du premier recours et des structures de santé, médico-sociales et sociales

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie, déploiement à l'échelle des zones couvertes par les PTA

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

DÉPLOYER SUR CHAQUE TERRITOIRE DES SERVICES NUMÉRIQUES D'APPUI À LA COORDINATION (SNAC)



PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Déploiement de PTA au sein de la région ;
- Déploiement d'une plateforme régionale dédiée à la coordination ;
- Accompagnement du GIP e-Santé Occitanie sur les aspects métiers et fonctionnels ;
- Accompagnement de proximité réalisé par des chargés d'accompagnement territoriaux de la Fédération des Réseaux pour la formation et l'accompagnement des professionnels dans l'usage des outils numériques.

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Crédits FIR alloués par la DGOS dans le cadre de son appel à projet SNAC.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- Programme national « Territoire de Soins Numériques » ;
- Appel à projet SNAC de la DGOS³.
- PRS : Présence médicale et soignante, appui aux soins primaires dans les territoires / Organiser et rendre opérationnels les dispositifs d'appui aux professionnels de santé confrontés à des cas complexes

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'utilisateurs des services numériques déployés ;
- Nombre de dossiers de coordination ouverts et utilisés.

³ DGOS : Direction générale de l'offre de soins du Ministère des Solidarités et de la Santé

**TRANSFORMATION
NUMÉRIQUE EN SANTÉ**
**AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DE LA FILIÈRE IMAGERIE
PORTÉE PAR LE NUMÉRIQUE : LES SERVICES NUMÉRIQUES
RÉGIONAUX EN IMAGERIE (SNRI)**
**PROJET
STRUCTURANT
N° 2.2**

Ce projet est en lien avec les orientations concernant les équipements matériels lourds page 402

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Dans le cadre des activités d'imagerie, les principaux enjeux organisationnels, médicaux, techniques et économiques peuvent trouver une réponse dans un projet global s'appuyant sur le déploiement de solutions numériques, la recherche et l'innovation.

Le projet « Services Numériques Régionaux en Imagerie » (SNRI), volet numérique de ce projet global, devra se doter de l'ambition d'outiller et d'accompagner les professionnels de l'imagerie dans l'appropriation de cette révolution numérique en constante évolution.

Ce projet SNRI est proposé dans l'objectif d'apporter des solutions techniques pour :

- faciliter la mise en œuvre des coopérations métier entre tous les acteurs de santé en sécurisant le cadre régional (partage d'examens, coordination du parcours, appui technique à la téléradiologie) ;
- faciliter la diffusion des éléments d'un dossier d'imagerie (clichés, comptes-rendus...) à l'ensemble des acteurs de la prise en charge coordonnée d'un patient et, à terme, au patient ;
- appuyer techniquement les activités de télémédecine nécessitant le transfert d'imagerie médicale entre requérant et requis ;
- permettre aux structures une économie financière et de moyens dans les projets de dématérialisation et d'archivage de l'imagerie médicale ;
- proposer des solutions d'interopérabilité régionales faciles à mettre en œuvre, pour assurer la communication entre les services producteurs et consommateurs d'imagerie médicale (structures de dépistage organisé des cancers, SSR, RCP, cliniciens, centres de références...);
- participer à la satisfaction des objectifs de pertinence ;
- répondre à des besoins de formation, de recherche, d'analyse et d'évolution des pratiques ;
- répondre à des exigences réglementaires.

Des services numériques régionaux ont été identifiés pour répondre à certains de ces enjeux :

1. à destination des producteurs d'imagerie : les services PACS (stockage et indexation interne), l'archivage neutre externe, la sauvegarde des données (copie de sécurité), le RIS (Radiology Information System) pour le suivi et le pilotage de l'activité, l'intégration avec le système d'information des établissements et en option le suivi de dosimétrie et la demande dématérialisée d'examen ;
2. l'échange sécurisé et le partage, pour :
 - les activités de télémédecine impliquant un transfert d'image (télé-radiologie, urgences neurovasculaires, télé-neurochirurgie),
 - la coordination des parcours et la continuité de la prise en charge (lors des transferts de malades, au sein des GHT...),
 - la gestion des antériorités, accès à l'imagerie dans le cadre des RCP ;
3. la diffusion des examens aux prescripteurs et aux patients ;
4. des solutions techniques et des prestations d'accompagnement adaptées à la mise en œuvre d'organisations qui auront été préalablement définies (ex : permanence des soins en établissement) ;

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE LA FILIÈRE IMAGERIE PORTÉE PAR LE NUMÉRIQUE : LES SERVICES NUMÉRIQUES RÉGIONAUX EN IMAGERIE (SNRI)

PROJET STRUCTURANT N° 2.2

Afin de bien recenser les besoins des acteurs (producteurs et consommateurs d'imagerie) régionaux, le déroulement du projet SNRI repose sur cinq phases principales :

1. pour les territoires de l'ex-région Languedoc-Roussillon : définir les besoins de mutualisation et le modèle économique ;
2. pour les territoires de l'ex-région Midi-Pyrénées : évaluer le PACS régional déjà en place, par une enquête d'intérêt auprès de l'ensemble des établissements ;
3. organiser la coopération des acteurs pour mutualiser les besoins du SNRI Occitanie : conditions organisationnelles, techniques et juridiques de la mutualisation, production d'un cahier des charges et d'un plan d'actions pour la formation et la communication ;
4. accompagner les acteurs : mise en place d'une instance de pilotage, communication pour l'appel d'offres, mise en place de la conduite du changement auprès des acteurs et suivi des différentes fonctionnalités du projet ;
5. prévoir les modalités d'évaluation du projet.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les résultats attendus :

1. Interconnexion de l'ensemble des producteurs d'image régionaux
2. Accès généralisé à l'historique patient
3. Sécurisation des données et de leur stockage
4. Production de données d'activité (par type d'examen, secteur anatomique, niveau d'urgence)
5. Intégration de l'imagerie pour les réunions de RCP
6. Suivi régional de la dosimétrie patient

ACTEURS REPÉRÉS

Comité de suivi :

- Pilote ARS,
- FHF, FHP, FEHAP, URPS ML, G4 radiologie, patients, GIP e-santé Occitanie

Comité opérationnel :

- Pilote : GIP e-santé Occitanie (missions : suivi du projet, coordination, organisation)
- 31 acteurs à parité LR-MP

POPULATION CONCERNÉE

Les producteurs d'imagerie régionaux
Les consommateurs d'imagerie (structures de gestion du dépistage organisé des cancers, les cliniciens, les patients...)

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE LA FILIÈRE IMAGERIE PORTÉE PAR LE NUMÉRIQUE : LES SERVICES NUMÉRIQUES RÉGIONAUX EN IMAGERIE (SNRI)

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.2

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Gouvernance en place qui fédère : fédérations des établissements de santé, URPS, radiologues, patients
- Travaux de la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES), qui seront menés sur la radiologie
- Production d'un cahier des charges national technico-fonctionnel portant sur la demande dématérialisée d'examen en imagerie, en lien avec les objectifs de pertinence
- Maitrise d'œuvre (GIP e-santé Occitanie)
- Modèle économique (à construire)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Le SNRI est financé par les bénéfices attendus de la mutualisation régionale des services et de la dématérialisation de l'imagerie + recours au FIR.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – Filière Équipement Matériel Lourd

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de producteurs d'imagerie utilisant le SNRI par service souscrit
- Pourcentage de RCP réalisées en utilisant SNRI pour préparer le dossier d'imagerie
- Pourcentage d'examens diffusés aux prescripteurs et aux patients
- Autres indicateurs à déterminer dans le cadre du projet

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

SOUTENIR LES USAGES DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ


PRIORITÉ OPÉRATIONNELLE
N° 3

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

La e-santé et la télémédecine portent nativement un fort potentiel de transformation du système de santé par la possibilité de mettre en place des organisations différentes et permettre l'amélioration de la prise en charge des patients et des pratiques professionnelles. Certaines innovations ont déjà fait leur preuve, d'autres méritent d'être consolidées par une évaluation et d'autres sont à expérimenter.

Avec l'ARS, de nombreux acteurs sont concernés par l'enjeu de transformation du système de santé : les usagers-citoyens, les financeurs, les collectivités territoriales dont la Région, les opérateurs de santé, les industriels du secteur, les laboratoires de recherche...

De nombreux appels à projets sont lancés sur le sujet numérique et santé sans que soient mises en commun les stratégies de chacun.

Dans l'objectif d'améliorer la coordination des actions réalisées par chaque acteur de cet écosystème complexe et pour faciliter l'innovation, les ARS ont reçu la mission de construire la convergence des politiques publiques de la filière e-santé.

Cette convergence se traduira par la mise en place d'un comité de convergence de la filière santé numérique, dont l'installation est prévue au premier semestre 2018, mais également par la mise en œuvre d'un mécanisme d'appels à projets. Ces appels à projets auront pour objectif de favoriser l'émergence de projets numériques au service :

- des patients,
- de nouvelles pratiques professionnelles,
- de l'amélioration de qualité de vie au travail des professionnels de santé.

Élaborer une stratégie numérique en santé nécessite d'en évaluer les usages et leur impact. Un Observatoire Régional des Innovations et des Usages numériques en Santé «ORIOUS» sera créé pour répondre à ce besoin d'évaluation et de pilotage de la stratégie numérique en santé régionale.

Concernant l'évaluation des services numériques, une attention particulière devra être portée sur leur impact en terme :

- d'amélioration de l'accès aux soins (inégalités géographiques voire numériques).
- de réduction des inégalités sociales de santé (gradient social).

Les résultats attendus sont :

- À partir des travaux menés dans le cadre de la plateforme régionale d'intégration portée par le GIP e-Santé Occitanie, décliner sous 3 ans un espace de partage pour l'innovation en santé (EPIS), interface proposée aux start-ups régionales pour urbaniser leurs projets d'innovation numérique.
- À partir de fin 2018 lancer annuellement des appels à projets régionaux pour stimuler l'innovation numérique, au service des priorités du PRS 2018-2022, en y associant l'Observatoire Régional de l'Innovation et des Usages numériques en Santé.
- Promouvoir les initiatives déjà identifiées en région, plus particulièrement lorsqu'elles participent, via le numérique, à l'amélioration de la relation soignant-soigné, pour les populations les plus vulnérables.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Acteurs de santé
 Patients
 Usagers-citoyens
 Collectivités territoriales

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

SOUTENIR LES USAGES DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de réunions du comité de convergence de la filière santé numérique en Occitanie
Nombre d'appels à projet lancés sur la thématique de l'innovation numérique
Nombre de projets accompagnés dans le cadre de ce dispositif
Nombre d'entreprises accompagnées par le GIP e-santé Occitanie sur l'usage de l'EPIS

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

AMÉLIORER LA VISIBILITÉ DES DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, PAR UN PORTAIL DÉDIÉ

Ce projet est en lien avec les orientations du parcours Personnes en situations de handicap page 187

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Dans la continuité des travaux engagés pour les personnes âgées qui ont abouti à la mise en place d'un portail web dédié, il est proposé d'élaborer un espace d'information à destination des personnes en situation de handicap et leurs familles, ainsi que des professionnels.

En lien avec les travaux engagés sur le répertoire opérationnel des ressources ROR (module médico-social) et le logiciel d'orientation ViaTrajectoire (module handicap) ce portail a pour objectif de :

- rendre visible l'offre et les dispositifs existants sur les territoires ;
- améliorer l'orientation des personnes en situation d'handicap.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Mise en ligne d'un portail dédié, accessible aux usagers en Facile à Lire et à Comprendre (FALC) ainsi qu'aux professionnels.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Établissements et services médico-sociaux,
- Établissements de santé,
- MDPH,
- Associations gestionnaires,
- Équipes Relais Handicaps Rares (ERHR),
- GIP e-Santé Occitanie

Dont partenaires institutionnels :

- Conseils Départementaux,
- Éducation nationale,
- DIRECCTE.

POPULATION CONCERNÉE

Ensemble de la population relevant du secteur du handicap, quel que soit l'âge ou le type de handicap

TERRITOIRES CONCERNÉS

Ensemble des territoires de la région Occitanie, articulé avec les déploiements du ROR et de ViaTrajectoire

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Déploiement de ViaTrajectoire
- Perspective du ROR médico-social
- Nouvelle nomenclature des établissements et services médico-sociaux (champ du handicap)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Financement FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- Portail national d'Information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches
- Plans nationaux (autisme, polyhandicap, handicap psychique)
- PRS – Parcours Personnes en situation de handicap
- Démarche RAPT (Réponse Accompagnée pour tous)

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de dispositifs d'accompagnement des personnes en situation de handicap renseignés dans le portail.

Nombre de connexion utilisateurs.

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

DÉVELOPPER LA SANTÉ CONNECTÉE ET LES APPLICATIONS INTERNET À DESTINATION DES USAGERS EN SANTÉ MENTALE

Ce projet est en lien avec les orientations du parcours santé mentale page 230

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Il s'agit de faire en sorte que les établissements de santé mentale soient plus présents sur internet et les réseaux sociaux par le biais d'applications à destination de leurs usagers.

Cela peut prendre la forme de forums de discussion, de « Hot line » permettant de maintenir le contact avec les usagers de la santé mentale et leur entourage.

Les applications ainsi développées pourront permettre des contacts interactifs entre et avec les malades, de dialoguer de façon régulière, de programmer des consultations et des actes médicaux, de réaliser un suivi des malades en lien si nécessaire avec des programmes de télé-médecine et des équipes mobiles d'intervention.

Le but est d'éviter les pertes de vue et les ruptures de suivi et de prise en charge en utilisant les moyens informatiques modernes sous une forme adaptée et ludique, en particulier à destination des personnes ayant des conduites suicidaires.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Mise en place par territoire d'au moins un projet permettant de maintenir le contact avec les malades suivis par un établissement en utilisant une application internet dédiée.
- Extension du projet Vigilans (prévention du suicide) pour une expérimentation de 3 ans en Occitanie.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Établissements de santé
- Psychiatres libéraux
- GIP e-santé Occitanie

POPULATION CONCERNÉE

Les patients suivis en ambulatoire par les établissements de santé participant au programme. Les personnes repérées comme étant à risque suicidaire.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Les bassins de population desservis par les établissements de santé concernés.

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Fédération régionale « Terapsy » (jeunes psychiatres), dont l'objet est de promouvoir la psychiatrie en informant la population sur le travail des psychiatres et sur les pathologies psychiatriques, promouvoir les outils de psychiatrie, mettre en contact des acteurs afin de créer un réseau d'expertise, mettre en place des projets d'aide et de soutien aux malades psychiques...

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Démarrage avec des crédits FIR e-santé.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Liens avec le ROR en Santé mentale des adolescents
PRS – Parcours Santé mentale et psychiatrie

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de projets mis en place.
Nombre de patients suivis par le dispositif VIGILANS en Occitanie.

POUR DES RISQUES SANITAIRES MIEUX MAÎTRISÉS ET DES COMPORTEMENTS PLUS FAVORABLES À LA SANTÉ

Protection des populations :

- Situation sanitaires exceptionnelles 69

- Santé environnementale 73

Prévention et promotion de la santé..... 78

PROTECTION DES POPULATIONS SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Les missions relatives à la veille et à la sécurité sanitaire constituent une responsabilité majeure des ARS, au regard notamment des attentes légitimes de protection exprimées par les populations.

Une **Situation Sanitaire Exceptionnelle** correspond à la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu, qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise.

L'ARS contribue à la préparation et à la gestion des situations de crise et à la mise en œuvre des plans de réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires, notamment en fournissant à l'État une expertise logistique et en mobilisant les moyens dont elle dispose. Elle contribue également aux retours d'expérience.

L'organisation du système de santé est un des premiers facteurs de résilience.

Une organisation bien conçue, performante et surtout évolutive peut notamment s'opposer directement à l'objectif du terrorisme par :

- la résistance des services à la désorganisation malgré l'agression ;
- le maintien de la qualité et de la sécurité des soins malgré l'afflux de victimes et l'effet de surprise.

Le dispositif ORSAN a pour objet la montée en puissance du système de santé, pour faire face aux Situations Sanitaires Exceptionnelles.

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Le cadre réglementaire est très riche et permet de bien structurer toute la démarche.

L'instruction DGS/DUS n°2014-153 du 15 mai 2014 : le dispositif ORSAN décrit le cadre général permettant de faire face à tous les types de situations susceptibles de mettre en tension le système de santé ou de perturber son fonctionnement habituel.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé

« Le projet régional de santé est constitué :

- d'un cadre d'orientation stratégique ;
- d'un schéma régional de santé établi pour 5 ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé [...] des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. [...]

Ces objectifs visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif ORSAN mentionné à l'article L3131-11 du CSP.[...] ».

Le décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 distingue d'une part, un schéma régional organisant, en fonction des risques identifiés, les modalités de coordination des différents acteurs, leurs missions et objectifs opérationnels et d'autre part, un programme annuel qui identifie les actions à mener par les acteurs pour maintenir ou développer leurs capacités de prise en charge : attribution de moyens opérationnels, formations des personnels, réalisations d'exercices ou d'entraînements.

PROTECTION DES POPULATIONS SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

La fiche technique n°2 de l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016 sur la territorialisation de la politique de santé précise les objectifs opérationnels visant à organiser la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles :

- la compensation des faiblesses capacitaires identifiées lors du diagnostic organisationnel de l'offre de soins ;
- la réorganisation de l'offre de soins en cas de rupture ;
- la gestion des flux de patients en cas de désorganisation.

Au-delà des textes, il existe effectivement un véritable continuum entre le COS, le SRS et le dispositif ORSAN.

ORSAN a pour objet la montée en puissance du système de santé pour faire face aux Situations Sanitaires Exceptionnelles et constitue à ce titre un dispositif de préparation.

Le SRS permet pour sa part de planifier l'organisation du système de santé dans son ensemble, dans un but de transversalité et de complémentarité entre les acteurs.

Le dispositif ORSAN s'inscrit en continuité du PRS.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

La nature des réponses aux situations sanitaires exceptionnelles est variable –dépend de la situation ou de la catastrophe survenue–, mais le principe auquel s'astreint l'ARS pour organiser les réponses passe toujours par les quatre étapes suivantes :

- Préparation
- Mise en place
- Gestion et coordination des moyens
- Retours d'expérience

Ces 4 étapes s'inscrivent dans une logique d'amélioration continue des réponses, ce qui détermine la priorité opérationnelle retenue par l'ARS :

« Rendre performante la politique régionale de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles »

PROTECTION DES POPULATIONS SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Il s'agit d'organiser la montée en puissance du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) au travers du dispositif ORSAN.

Les objectifs poursuivis sont :

- optimiser la prise en charge des patients lors d'évènements graves et/ou inhabituels,
- formuler des réponses progressives strictement adaptées aux besoins de la population et à l'ampleur de l'évènement,
- privilégier l'adaptation des parcours de soins utilisés en routine par les patients,
- garantir la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués dans l'évènement, par la mobilisation au plus juste des ressources.

Les principes d'élaboration sont :

- l'identification des faiblesses capacitaires,
- la réorganisation de l'offre de soins en cas de rupture capacitaire,
- la gestion des flux,
- la gestion des risques particuliers.

Cette démarche de planification de la réponse du système de santé aux SSE est menée en région, à partir d'une analyse de la situation et des risques majeurs en Occitanie, avec une réflexion prospective sur les leviers (prévention, information, compétences, organisation...) et les points d'amélioration.

Les principaux risques auxquels doit faire face la région Occitanie sont liés aux trois thèmes suivants.

- Les événements météorologiques (ex. : phénomènes cévenols) et les risques d'inondation :
 - la plupart des départements sont exposés à un risque d'inondation. Le département du Gard est le plus fréquemment touché avec un nombre de victimes significatif.
- Les risques industriels :
 - le risque d'accident industriel est prégnant notamment dans le département de Haute-Garonne, du Gard, du Tarn-et-Garonne et des Pyrénées-Orientales au regard du nombre d'établissements classés "SEVESO Seuil Haut".
- Les risques d'attentat.

PROTECTION DES POPULATIONS SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

RENDRE PERFORMANTE LA POLITIQUE RÉGIONALE DE RÉPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Le diagnostic réalisé a permis de repérer les fragilités du dispositif existant en Occitanie et il s'agit maintenant d'organiser la préparation du système de santé pour faire face à des situations exceptionnelles.

Les enjeux sont de trois ordres :

1. Compenser les faiblesses capacitaires préalablement identifiées.
2. Réorganiser l'offre de soins en cas de rupture.
3. Gérer les flux de patients en cas de désorganisation.

Pour y répondre, 3 domaines de réflexions ont été identifiés et ils seront déclinés à l'issue de la démarche de concertation avec les opérateurs en programmes d'actions.

Les actions de coordination des opérateurs

- Protocole de renfort inter SAMU
- Organisation des acteurs de soutien des SAMU
- Articulation des réponses établissement Public/établissement privé

L'organisation d'une filière de soins pédiatriques

La préparation des opérateurs de santé

- Le renouvellement des moyens tactiques
- La prévention de la rupture en approvisionnement de produits de santé
- La formation des professionnels de santé
- La systématisation des retours d'expérience

Par ailleurs, une détection précoce des signaux (cf. Stratégie Nationale de Santé « vigilance aux signaux faibles ») est complémentaire d'une bonne préparation du système de santé (avec des natures de réponses adaptées et évolutives), permettant une intervention rapide et efficace.

Les crises sanitaires récentes ont bien montré que le système de santé doit se préparer en permanence à des risques nouveaux et à en limiter les impacts.

TERRITOIRES CONCERNÉS

La région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

La population régionale
Les opérateurs de santé : Établissements de santé (urgences et chirurgie), Service de Santé des Armées, Transporteurs Sanitaires – Laboratoires – Imagerie – Établissement Français du Sang (EFS) – Professionnels de la Prise en Charge Médico-Psychologique

INDICATEURS DE SUIVI

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

La santé environnementale concerne chaque citoyen :

- en raison de l'impact sur la santé de l'exposition à des pollutions environnementales qui est plus ou moins bien connu ;
- du fait que chacun est acteur de sa propre santé et de celle des autres (concept de promotion de la santé) ;
- en tant que bénéficiaire dont le besoin d'un environnement favorable à la santé doit être pris en compte, en particulier par les collectivités territoriales et les autres acteurs de l'urbanisme et de l'aménagement du territoire.

Elle doit également être la préoccupation des porteurs des différentes politiques publiques, des acteurs relais, ainsi que des collectivités territoriales, ces dernières se situant en proximité directe des citoyens et pouvant agir localement sur les risques et les déterminants.

Pour réussir à renforcer l'appropriation par les citoyens et l'adhésion aux comportements favorables, tout en créant une culture commune des acteurs et des partenaires institutionnels, l'ARS ambitionne de développer significativement l'éducation et la promotion de la santé environnementale.

Au-delà d'une simple information, cette ambition a pour objectif d'inciter au changement de comportements. Pour ce faire, il est souvent nécessaire de dépasser le transfert d'informations et les messages injonctifs, à travers des projets éducatifs visant à rendre les publics acteurs de leur santé et de leur environnement.

Afin de réussir le changement attendu, l'ARS Occitanie poursuit son investissement dans la promotion de comportements favorables en santé environnementale. L'Agence s'appuie sur le réseau régional en éducation à la santé environnement, qui a vocation à animer tous les acteurs, pour diffuser une culture commune.

Par ailleurs, pour agir différemment, l'ARS Occitanie se lance dans des appels à projets, modalité jusqu'ici non mise en œuvre dans les deux ex régions.

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Le Plan National Santé Environnement (PNSE 3) proposait une centaine d'actions. Le Groupe Régional Santé Environnement d'Occitanie (qui regroupe les acteurs et les institutions) en a retenu un certain nombre dans le PRSE 3 signé en décembre 2017.

Quatre axes sont proposés dans le PRSE 3, dont l'un, transversal, est dédié au renforcement de l'appropriation de la santé environnementale par les citoyens.

En complément du PNSE, la Stratégie Nationale de Santé (SNS), affiche 4 grandes priorités, dont l'une insiste sur l'environnement « Mettre en place une politique de promotion de la santé incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie », avec une déclinaison spécifique « Promouvoir des conditions de vie et de travail favorables à la santé et maîtriser les **risques environnementaux** ».

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

En cohérence avec les priorités nationales et le PRSE3, la priorité opérationnelle retenue dans le cadre de ce PRS est :

Renforcer l'appropriation de la santé environnementale par les citoyens

Cette priorité se déclinera à l'aide d'une plateforme d'acteurs, avec la mise à disposition d'outils numériques et de journées de sensibilisation décloisonnées aux acteurs de l'éducation en santé et à ceux de l'éducation à l'environnement. La plateforme numérique fédérera les ressources et les compétences et permettra surtout de mieux couvrir les territoires et de cibler les populations, en particulier les publics défavorisés.

Des actions seront portées en direction des professionnels de santé, notamment ceux du premier recours en s'appuyant sur les structures d'exercice coordonné (MSP, centres de santé...), pour qu'ils s'approprient la santé environnementale comme un sujet porteur d'améliorations de la santé des patients.

Les établissements de santé et médico-sociaux sont aussi des relais importants et il leur sera proposé des outils, pour la prise en compte d'aspects en santé environnementale dans l'ensemble de leurs commandes, marchés et procédures.

Une illustration opérationnelle du lancement de cette démarche de fond concerne plusieurs campagnes de sensibilisation, dont :

- sensibilisation des habitants d'un secteur au « risque radon », qui s'appuie sur des mesures de radon dans des logements de personnes volontaires ;
- sensibilisation des professionnels de santé et des parents à la prévention des risques auditifs liés à l'écoute de la musique amplifiée chez les enfants et les jeunes de 0 à 18 ans ;
- former et sensibiliser au lien entre qualité de l'air intérieur et santé ;
- ...

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Le constat a été fait, tant au niveau national qu'au niveau régional, d'un manque d'appropriation par les citoyens des bons comportements et des bons gestes concrets, pour améliorer la qualité de vie de chacun, en particulier pour les facteurs environnement.

Forte de ce constat, l'ARS Occitanie privilégie une réponse pédagogique, pour susciter l'adhésion.

Il convient de mobiliser les associations qui travaillent dans le domaine de la santé, pour qu'elles intègrent les enjeux liés à l'environnement et, en parallèle, que les associations d'éducation à l'environnement et au développement durable prennent en compte les enjeux et les risques influant sur les déterminants de la santé des populations.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

RENFORCER L'APPROPRIATION DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE PAR LES CITOYENS

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Les sujets traités sont complexes, car l'exposition aux pollutions environnementales ainsi que l'impact sur la santé sont souvent mal connus et insuffisamment renseignés (risques dits « émergents », faibles doses, effets cocktail...); d'où la difficulté à définir des mesures préventives, voire curatives, proportionnées, à mettre en œuvre pour protéger la population.

Les expositions environnementales de la population sont différentes selon les contextes locaux. Une approche territoriale fine est donc nécessaire pour identifier les besoins du public et les acteurs à associer. La déclinaison territoriale et l'animation associée revêtent un sens particulier et une vraie nécessité pour atteindre l'objectif.

Afin de faire face à ces enjeux qui s'entremêlent (repérer, caractériser, puis agir), il s'agit de construire un socle méthodologique qui sera au service des autres axes du PRSE : outils pédagogiques, méthodes, approches originales, supports de communication...

Parmi les modes d'action retenus pour obtenir les résultats escomptés, l'information ou la communication vise à faire partager, transmettre quelque chose à quelqu'un sans nécessairement attendre de la personne concernée un comportement ou une compétence spécifique; la sensibilisation vise à rendre capable de réagir à « quelque chose » dont on a pris conscience; l'objectif recherché est souvent la modification ou l'adaptation d'un comportement ou d'une attitude face à une situation donnée; la formation plus classiquement correspond à donner un enseignement dans le but d'acquérir des compétences spécifiques supplémentaires. Quel que soit le mode d'action privilégié, il s'agit de véhiculer un message cohérent, que les différents publics cibles pourront s'approprier grâce à une **pédagogie adaptée**.

Cette priorité se décline au travers de l'ensemble du PRSE 3, tout particulièrement dans l'axe 1 « Renforcer l'appropriation de la santé environnementale pour les citoyens », mais se retrouve en transversalité dans les 3 autres axes, plus thématiques :

- promouvoir un urbanisme, un aménagement du territoire et des mobilités favorables à la santé;
- prévenir ou limiter les risques sanitaires : les milieux extérieurs;
- prévenir ou limiter les risques sanitaires : les espaces clos.

Les projets structurants concrets sont intégralement décrits dans le PRSE 3, sous forme d'actions et de mesures. À titre d'exemple, l'action sur le risque radon est abordée en tant que projet emblématique de la priorité décrite, notamment du fait de son lien fort avec le cancer, l'un des parcours prioritaires du PRS et qui fait l'objet d'une feuille de route régionale pour décliner le plan Cancer.

Le risque radon constitue à la fois un risque significatif⁴ et un vrai sujet régional (11 départements sur 13 concernés), qui peut s'appuyer sur les retours d'expérience, l'ingénierie développée et l'expertise acquise.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Ensemble du territoire régional, avec des ciblage qui varient selon les thématiques et leur portée (ex. : radon)

POPULATIONS CIBLÉES

Grand public, associations, professionnels de santé, collectivités locales et les enfants scolarisés (via un travail avec les rectorats).
Le public visé est fonction de la thématique abordée.

INDICATEURS DE SUIVI

Part de personnes ayant changé leurs pratiques en matière de Santé Environnement [baromètre]
Nombre de téléchargements de certains kits de communication (par thématique)

⁴ Le radon, 1^{ère} cause d'irradiation naturelle, est un facteur de risque reconnu du cancer du poumon. Après le tabac, le radon serait la seconde cause de décès annuels par cancer du poumon. Le radon représente une contribution importante de l'exposition de la population à la radioactivité naturelle; c'est un cancérigène certain pour l'homme, responsable de 5 à 12% des décès annuels par cancer du poumon.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

PROJET STRUCTURANT
N° 1.1

DÉPLOYER UNE CAMPAGNE DE MESURE DU RADON DANS L'HABITAT

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Le 3^{ème} plan national santé environnement encourage à sensibiliser le public à la présence potentielle de radon. L'ARS Occitanie, qui a déjà l'expérience de telles campagnes sur une partie du Lot, du Tarn et de la Lozère a décidé d'étendre cette campagne aux autres départements concernés.

Il s'agit de faire connaître le risque lié au radon aux populations des territoires les plus exposés et de proposer un accompagnement des particuliers pour la mise en œuvre de travaux visant à la réduction de l'exposition dans leur logement.

En partenariat avec la DREAL, il sera assuré en parallèle une meilleure information des professionnels du bâtiment sur les travaux de remédiation pour limiter l'exposition au radon.

L'information en direction des professionnels de santé, notamment des médecins libéraux, est prévue dans le cadre du PRSE 3.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Au moins 5% des communes concernées dans le département ayant proposé une mesure du radon.
- Au moins 10% de logements pour lesquels la concentration en radon est >300 Bq/m³ et qui ont bénéficié d'un diagnostic simple visant à une réduction de la concentration en radon.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS).
- Structures porteuses d'un espace information énergie.

Dont partenaires institutionnels :

- Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL).
- Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME).
- Experts : Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB), Centre d'étude et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA).

POPULATION CONCERNÉE

Population générale des communes à potentiel radon variant de moyen à élevé, selon la carte de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN).

TERRITOIRES CONCERNÉS

Cela concerne tous les départements de la région (en entier ou en partie), sauf le 82 et le 32.

Certains territoires seront ciblés en priorité : Lozère, Tarn, Aveyron, Gard et zone pyrénéenne.

Départements entiers : 12, 48.

Une partie des départements 46, 81, 30, 65, 09, 66, 34 et 11.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

DÉPLOYER UNE CAMPAGNE DE MESURE DU RADON DANS L'HABITAT

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Mise à disposition gratuite des kits de mesure par la Direction Générale de la santé du Ministère des Solidarités et de la Santé
- « Kit méthodologique » national pour la campagne de dépistage radon en cours de production par le CSTB
- Possible synergie avec les aides à la rénovation énergétique des bâtiments (l'amélioration de la ventilation induit une diminution du radon)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Demande de subvention à hauteur de 70 K€ / an pour la région, à répartir sur 5 à 8 structures porteuses d'un espace info énergie, pour accompagner les particuliers (diagnostics simples des logements > 300 Bq/m³)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Objectif du PNSE3
Objectif partagé avec la DREAL, inscrit dans le PRSE3 Occitanie

INDICATEURS DE SUIVI

Nb de concentrations mesurées / nb de dosimètres distribués par département
Nb de logements mesurés >300 Bq/m³
Nb de logements ayant bénéficié d'un diagnostic

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Une nouvelle impulsion de la politique de promotion de la santé en Occitanie

L'ARS Occitanie a mis en place depuis plus de 5 ans, divers programmes de prévention et promotion de la santé dans de nombreux domaines : prévention des addictions, alimentation et activité physique, prévention primaire et dépistage des cancers, santé mentale, promotion de la santé chez les jeunes, les personnes âgées, les personnes handicapées, santé sexuelle, maladies chroniques, éducation thérapeutique, risques infectieux (vaccination, lutte contre la tuberculose, infections sexuellement transmissibles), santé et précarité, santé et travail.

Ces programmes et actions ont été développés par des opérateurs et dispositifs de prévention, pouvant s'appuyer sur des dispositifs de formation et échanges de pratiques (IREPS, comités départementaux vaccination, groupes de travail inter structures...). Des travaux de mutualisation et d'harmonisation des pratiques ont été engagés (Centres de lutte anti tuberculeuse, centres de vaccination, centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic, structures de dépistage des cancers...) et produisent des résultats déjà visibles.

Il convient de poursuivre l'action sur ces axes de travail, tout en cherchant à s'appuyer sur des programmes innovants reposant sur des données probantes, et en agissant le plus en amont possible, dès la grossesse et le plus jeune âge, comme cela est développé en détail dans le parcours « santé des couples, mères, enfants et jeunes » du PRS.

La programmation des actions doit s'opérer en tenant compte des principaux milieux de vie ou de passage des populations concernées, de leur parcours de vie (en étudiant à chaque âge la faisabilité de types d'actions adaptées) tout en se basant sur le principe d'universalisme proportionné.

De façon complémentaire et combinée, l'ARS Occitanie s'attache à lier les différents niveaux de prévention (actions de prévention primaire, secondaire : repérage et dépistage, tertiaire : notamment éducation thérapeutique) avec la prise en charge.

Dans une perspective de promotion de la santé, proposant un environnement favorable pour la santé, rendant les Occitans acteurs de leur santé, la complémentarité avec les autres institutions doit être poursuivie, afin de rechercher au maximum une concertation et coordination des politiques publiques dans un sens favorable à la santé.

L'ARS souhaite par ailleurs s'appuyer sur les recommandations issues de la recherche interventionnelle, développer l'analyse de transférabilité des programmes/actions et l'évaluation des programmes en termes d'impact sur la santé et de réduction des inégalités sociales de santé, et favoriser le développement de nouvelles recherches interventionnelles. Pour y parvenir, l'ARS s'appuie sur des partenariats développés avec l'Université (Toulouse, Montpellier) et avec l'INSERM/IFERISS (Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société).

Ainsi, en cohérence avec la stratégie nationale de santé, l'ARS porte l'ambition de développer une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans les milieux de vie ou passage des personnes concernées et tout au long de la vie, impulsée le plus en amont possible. Le nouveau dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé qui sera effectif en 2018 s'inscrit dans cette démarche pour encourager la professionnalisation et la mobilisation des acteurs.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

La Stratégie Nationale de santé réaffirme le positionnement du champ de la prévention et promotion de la santé comme un pilier essentiel de la politique de santé et énonce notamment les priorités suivantes :

- développer une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux de vie et tout au long de la vie ;
- lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens ;
- garantir la qualité, la sécurité, et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population ;
- agir vers les enfants, adolescents et jeunes.

Dans ces priorités, on retrouve notamment les orientations suivantes :

- promouvoir les comportements favorables à la santé ;
- mobiliser les outils de prévention du système de santé ;
- transformer l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population ;
- soutenir la recherche et l'innovation ;
- réaffirmer la place des citoyens dans le système de santé ;

et, pour la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune :

- accompagner les parents dès la période prénatale ;
- améliorer le repérage et la prise en charge précoce des troubles et maladies de l'enfant ;
- développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et le développement des compétences psychosociales ;
- poursuivre l'adaptation de l'offre de soins aux spécificités des enfants et adolescents ;
- améliorer l'accompagnement et l'insertion sociale des enfants handicapés ;
- améliorer la santé des étudiants.

L'ARS Occitanie va mettre en œuvre des programmes et actions s'inscrivant dans chacune de ces priorités et orientations avec, comme dans la stratégie nationale, une priorité retenue sur la santé des enfants et des jeunes, en agissant dès la grossesse.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Au regard des constats régionaux, l'ARS Occitanie a mis en place depuis plus de 5 ans divers programmes.

Les principaux axes d'intervention, dans le nouveau PRS, vont bénéficier de la structuration qui a été mise en place par les anciens schémas régionaux de santé et de l'harmonisation engagée depuis la fusion des ex régions.

Ils vont se poursuivre, avec désormais une attention particulière sur les principes énoncés préalablement dans le cadre d'orientation stratégique du PRS :

- une cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé ;
- un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, en s'appuyant notamment sur les indicateurs de défavorisation pour intervenir prioritairement auprès des publics les plus concernés ;
- des actions ciblées dans les principaux milieux de vie ou de passage de ces publics ;
- des interventions de prévention le plus en amont possible des problèmes de santé et une recherche de complémentarité entre les différents niveaux de prévention et de prise en charge ;
- une recherche de cohérence interinstitutionnelle ;
- un recours aux programmes innovants qui ont fait la preuve de leur efficacité, grâce à la recherche interventionnelle en prévention et promotion de la santé ;
- une démarche globale basée sur l'évaluation des programmes et sur l'étude des conditions de leur implémentation et de leur transférabilité.

Afin d'illustrer les réponses apportées, un focus est réalisé sur cinq priorités opérationnelles couvrant le continuum des interventions possibles :

- renforcer la prévention et la promotion de la santé par des interventions adaptées ;
- agir sur les comportements addictifs, en modifiant l'approche préventive et de réduction des risques ;
- permettre aux personnes de prévenir ou de mieux vivre avec leur maladie chronique grâce à l'éducation thérapeutique ;
- développer une culture de prévention et de promotion de la santé dans les établissements pénitentiaires ;
- développer la médecine prédictive, préventive et personnalisée.

Par ailleurs, le sujet de la santé des enfants et des jeunes, avec une priorité sur les actions dès la grossesse et le plus jeune âge, est traité dans le parcours « santé des couples, mères, enfants et jeunes » ; le sujet de la santé et précarité est traité dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Les constats

Le développement de la prévention et promotion de la santé en Occitanie représente un enjeu primordial de santé publique.

Les taux de mortalité prématurée observés en soulignent l'importance. On note près de 9 000 décès par an avant l'âge de 65 ans (près de 6 000 hommes et 3 000 femmes).

Si une baisse de la mortalité prématurée est observée ces dernières années en Occitanie comme au niveau national (5^{ème} rang des régions les plus favorables), des disparités interdépartementales demeurent importantes (avec des taux importants notamment dans l'Aude, les Pyrénées-Orientales, le Gard).

De plus, cette baisse est moins marquée chez les femmes que chez les hommes (en Occitanie comme en métropole), notamment en raison de l'incidence du cancer du poumon qui reste élevée chez les femmes.

Notre attention est également portée vers l'importance du poids des maladies chroniques concernant 1,5 million de personnes dans la région. On note 136 800 nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD) en moyenne par an. 50% sont des admissions pour tumeur, pour diabète ou pour insuffisance cardiaque.

Ces maladies et les principales causes de mortalité prématurée trouvent majoritairement leur origine dans des comportements de santé et facteurs de risques acquis depuis de nombreuses années.

Il convient d'agir tôt et fortement sur les déterminants de la santé et principaux facteurs de risques en amont de la survenue des pathologies chroniques, mais aussi dans une perspective de prévention des prises de risque immédiat chez les plus jeunes, pour lesquels la première cause de mortalité reste les morts violentes (accidents de la voie publique et suicides).

Par ailleurs, les comportements néfastes en matière de santé (modes de vie, non recours aux actes de prévention...) sont fortement impactés par les inégalités sociales très marquées dans notre région. Le croisement entre la prévalence de certaines pathologies et les indicateurs de défavorisation sur la région fait apparaître une liaison entre ces problèmes de santé (obésité, carie dentaire, recours au dépistage..) et les difficultés sociales.

En ce sens, la prévention et promotion de la santé doivent avoir une place prioritaire dans la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ



RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR DES INTERVENTIONS ADAPTÉES

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Comme évoqué précédemment, l'action de l'Agence en matière de prévention primaire est multiple et tente d'infléchir les facteurs de risques comportementaux aux conséquences graves.

Trois thématiques font l'objet de projets au sein de cette priorité (les comportements addictifs font l'objet d'une priorité à part entière) :

- Optimiser l'offre de vaccination.
- Promouvoir l'éducation affective et sexuelle chez les jeunes.
- Prévenir l'obésité en école primaire et collège par la pratique de l'activité physique.

Optimiser l'offre de vaccination

La vaccination permet à chacun de se protéger individuellement de maladies infectieuses graves évitables, et de protéger son entourage, notamment les personnes les plus fragiles telles que les nourrissons, les femmes enceintes, les personnes malades ou immunodéprimées et les personnes âgées, que ce soit dans le domaine privé ou professionnel. Elle procure une protection individuelle et collective en renforçant l'immunité de groupe et limitant la transmission des pathologies.

Par ailleurs, en limitant la survenue d'infections déclenchant l'utilisation d'antibiotiques, la vaccination peut contribuer à réduire les risques d'antibiorésistance.

Aujourd'hui, l'Organisation Mondiale de la Santé fixe pour objectif que 95 % de la population soit vaccinée pour tous les vaccins recommandés ou obligatoires.

En Occitanie, la couverture vaccinale est, comme en France, globalement insuffisante. L'importante épidémie de rougeole en 2010-2011 en France est l'illustration des risques encourus et l'ex-région Midi-Pyrénées a fait partie des régions les plus touchées. En 2017, on observe à nouveau une recrudescence des cas de rougeole en Occitanie avec des cas groupés en collectivité, dans un contexte d'épidémie en France et en Europe.

Il convient d'assurer une promotion de l'ensemble de la vaccination sur notre région et de renforcer l'adhésion des professionnels et des publics spécifiques aux vaccinations recommandées dans un contexte de défiance et d'extension du nombre de vaccins obligatoires pour les enfants jusqu'à 18 mois.

Pour cela, les actions engagées sur les années antérieures vont être renforcées sur les points suivants :

- développement des comités départementaux de vaccination en Occitanie ;
- soutien aux pratiques des professionnels de ville et/ou de la petite enfance ;
- renforcement du rôle et du positionnement des centres de vaccination ;
- amélioration du suivi vaccinal : développement du carnet de vaccination électronique ;
- information et soutien aux pratiques professionnelles : développement des protocoles de coopération, expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens ;
- communication pour une meilleure acceptabilité de la vaccination vers les professionnels de santé et grand public.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 1

RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR DES INTERVENTIONS ADAPTÉES

Promouvoir la santé sexuelle

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ». (OMS)

Ce volet est composé de problématiques congruentes, cette priorité traduit la volonté de l'ARS de :

- dispenser une information et une éducation à la sexualité auprès des jeunes ;
- avoir une attention particulière pour les publics âgés ou en situation de handicap accueillis en institution ;
- éviter les grossesses non désirées et le recours à l'IVG ;
- réduire les violences sexuelles ;
- réduire la transmission des infections sexuellement transmissibles (IST).

Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées. Toutefois, on constate que les jeunes ont peu d'informations sur le fonctionnement de leur corps, connaissent peu ou mal les ressources à disposition sur les territoires.

L'information portée insistera sur le risque de grossesses non désirées. En effet, les taux de **grossesses et recours à l'IVG** pour les mineures, dans les établissements de santé, sont de 8,0 ‰ (7,4 ‰ en métropole) ; ce taux varie de 3,8‰ dans les Hautes-Pyrénées à 12,1 ‰ dans l'Aude. Le recours à l'IVG pour les femmes en âge de procréer (15,8 ‰ IVG pour les femmes de 15 à 49 ans), stable depuis 10 ans, est proche du recours national et concerne notamment les 20-24 ans.

L'offre régionale « pour IVG » est considérée comme satisfaisante, mais le recours peut s'avérer difficile sur certains territoires. Le développement de la modalité médicamenteuse réalisée en cabinet libéral ou en centre de santé reste à optimiser et doit permettre progressivement de pallier ces insuffisances. Toutefois, on constate que les prescripteurs proposent encore peu d'alternatives dans les moyens de contraception (proposition quasi-systématique de la contraception orale ou stérilet).

Enfin, les violences sexuelles déclarées, subies au moins une fois dans la vie, sont d'un impact significatif sur la santé sexuelle et mentale. Les atouchements concerneraient ainsi 11% de la population occitane (16% chez les femmes), dont 75% avant 16 ans, les rapports sexuels forcés ou tentatives de viol 13% (22% chez les femmes), dont 45% avant 18 ans.

En matière d'Infections sexuellement transmissibles (IST) (dont VIH et hépatites virales) :

- les jeunes (15 à 24 ans) constituent environ 40% des publics touchés en 2013-2014, en particulier les jeunes homos et bisexuels masculins (HSH) ; les femmes en population générale sont plus particulièrement concernées par les risques consécutifs aux infections à chlamydia et à papillomavirus humain (HPV) ;
- les niveaux de connaissances et de perception des enjeux associés aux IST chez les jeunes apparaissent centrés sur le VIH, sans pour autant se traduire par un recours massif à son dépistage (50% des 15-24 ans ne l'ont jamais effectué) ;
- en terme de comportements, l'usage insuffisant des moyens de protection lors des rapports avec des partenaires occasionnels, la forte progression de la consommation de produits psychoactifs lors d'activités sexuelles (« chemsex ») et la dématérialisation des modalités de rencontres sexuelles, éloignant les acteurs de prévention des publics vulnérables et/ou à risque de contamination, sont identifiés ;
- la forte augmentation des signalements de syphilis et gonococcies depuis 2009 reflète celle des prises de risques sexuels chez les HSH, dont l'exposition au VIH reste 200 fois plus importante que pour le reste de la population ;

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR DES INTERVENTIONS ADAPTÉES

- on estime qu'au moins 2 000 personnes en Occitanie sont porteuses du VIH sans le savoir, 6 000 d'une hépatite C chronique et environ 13 000 de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB), témoignant de la persistance d'une épidémie cachée, et faisant du dépistage le levier essentiel de la réduction des nouvelles contaminations ;
- certains groupes de populations nécessitent une vigilance particulière en raison de hauts niveaux de prévalence dans certains milieux (personnes détenues et usagères de drogues), de leur isolement et/ou de leurs difficultés de négociation de l'usage du préservatif (travailleurs du sexe, personnes transidentitaires).

Afin de permettre à toutes et tous, à tous les âges, de mener une vie sexuelle autonome, dans le respect mutuel, limitant les prises de risques, les **objectifs suivants ont été retenus** :

- garantir à tous les jeunes une éducation à la vie sexuelle et affective de qualité (cf. projet structurant 1.2) ;
- adapter les actions de santé sexuelle aux populations à besoins spécifiques (personnes handicapées, âgées, vivant avec des troubles psychiques...) ;
- réduire les risques de grossesses non désirées ;
- améliorer la couverture vaccinale des publics exposés au virus de l'hépatite B ;
- améliorer le recours au dépistage des IST en population générale (jeunes en priorité), rapprocher le dépistage combiné (VIH, VHB, VHC) et la prise en charge des publics les plus exposés et éloignés de l'offre de santé ;
- améliorer la capacité des publics à haut risque de contamination par le VIH à élaborer une stratégie personnelle de réduction des risques liés à la sexualité, en s'appuyant sur les outils de sa prévention combinée, au sein d'une offre globale d'accompagnement en santé sexuelle (sexologie, santé mentale, addictions) ;
- actualiser les connaissances et compétences des professionnels concernés par la santé sexuelle (cf. projet structurant 1.2), développer les liens avec les équipes du dispositif spécialisé en addictologie (accompagnement des CSAPA et CAARUD notamment), organiser la coordination régionale entre services experts de lutte contre les hépatites virales (SELHV) ;
- conforter la rapidité et la pluridisciplinarité de la prise en charge thérapeutique des personnes diagnostiquées porteuses du VIH, d'une hépatite B ou C, en luttant contre les inégalités d'accès au droit commun liées aux discriminations et au parcours de vie des personnes ;
- renforcer la coordination médicale, sociale et médico-sociale pour les patients en situation complexe et/ou vieillissants (handicap, hébergement...) ;
- décloisonner les acteurs institutionnels et associatifs au niveau régional et territorial, au sein d'une approche globale de santé sexuelle.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 1

RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR DES INTERVENTIONS ADAPTÉES

Ces objectifs s'appuient sur les orientations du plan Priorité Prévention et de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030, et viennent renforcer les actions initiées antérieurement par l'ARS sur ce sujet.

Par ailleurs, le **COREVIH Occitanie** a été missionné pour la réalisation d'un diagnostic régional IST-VIH mettant en évidence les besoins de santé des populations concernées (jeunes, publics spécifiques et personnes atteintes) ainsi que la qualité des réponses proposées par le système de santé (prévention, dépistage, soins, accompagnement médico-social). L'ARS s'appuiera sur les propositions issues de ce diagnostic pour définir, avec le COREVIH, les axes d'évolution de l'offre de services auprès des publics exposés et de développement de la coordination des acteurs (second semestre 2018).

Prévenir l'obésité

De nombreux travaux scientifiques ont mis en évidence le rôle de la nutrition, tant comme facteur de protection que comme facteur de risque, pour de nombreuses maladies chroniques. Le risque de développer de nombreuses maladies dont l'obésité, peut être réduit en suivant les recommandations nutritionnelles nationales. La nutrition est entendue ici au sens du Programme National Nutrition Santé (PNNS) à savoir, regroupant l'alimentation et l'activité physique.

La prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte s'est stabilisée entre 2006 et 2015. Elle reste à un niveau encore trop élevé, respectivement de 49% et 17% en France (BEH 062017). En Occitanie, les prévalences du surpoids et de l'obésité sont significativement plus faibles que dans le reste de la France pour les 15 à 75 ans, respectivement 28% et 11% (Baromètre Santé Occitanie 2016).

Les disparités selon le niveau d'éducation sont importantes, avec 45% de surcharge pondérale pour les moins diplômés versus 32% pour les niveaux baccalauréat ou plus. Six personnes sur dix (59.1%) ont un niveau d'activité physique élevé, plus fréquemment parmi les hommes et les plus jeunes (15-24 ans) (Baromètre Santé Occitanie 2016).

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR DES INTERVENTIONS ADAPTÉES

En Occitanie, le travail engagé les années antérieures, en phase avec les recommandations du Haut-Conseil de la Santé Publique, sera renforcé selon les objectifs suivants :

- **proposer des milieux favorables au développement d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière par la promotion des chartes actives PNNS, afin de faciliter les choix individuels favorables à la santé, via :**
 - le partenariat avec les institutions telles que l'Éducation Nationale, la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF), la DRJSCS (Plan Régional Sport Santé Bien-être), pour porter une politique concertée et articulée sur l'ensemble de la région auprès des différents acteurs ;
 - la charte collectivité active PNNS et l'appel à projets « collectivités actives PNNS » pour soutenir les initiatives locales et favoriser le déploiement d'actions sur les territoires de défavorisation sociale ;
 - les entreprises et leur engagement dans la charte « entreprise active PNNS ».
- **développer des programmes adaptés à chaque âge et population comme précisé ci-après :**

Chez les enfants et les jeunes :

L'enjeu est d'intervenir dès le plus jeune âge. Dès 2 ans, l'activité physique et la sédentarité sont déterminantes. Le temps passé à jouer en plein air et à regarder la télévision pendant la petite enfance est déjà prédictif du risque d'obésité ultérieur.

Les actions soutenues par l'Agence ciblent successivement :

- les nouveau-nés, en permettant aux futurs parents un choix éclairé sur les modes d'alimentation du nouveau-né ;
- les enfants, dans le cadre d'une démarche globale avec les familles, les équipes éducatives des écoles, les professionnels de la restauration scolaire et les collectivités ;
- les jeunes, à partir de programmes validés de type « Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité » (ICAPS) ;
- les jeunes des missions locales, pour des ateliers cuisines et séances d'activité physique afin de favoriser leur adhésion à s'inscrire dans une démarche santé ;
- les enfants en surpoids ou en obésité, en vue d'enrayer l'augmentation de l'indice de masse corporelle et prévenir une obésité à l'âge adulte via les réseaux spécialisés.

Chez les personnes en situation de précarité :

Les populations défavorisées sont davantage touchées par l'obésité. L'impact des messages de prévention est aussi moins important. Les personnes en situation de précarité ont plus de difficultés à adopter des comportements réduisant les risques. Un accompagnement peut leur permettre de concilier équilibre nutritionnel et petit budget.

Des actions sont menées avec la Direction régionale de l'agriculture et de l'alimentation pour améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire des familles en situation de précarité, dans le cadre notamment d'un appel à projets commun annuel ARS - DRAAF.

Les territoires choisis pour l'ensemble des programmes nutrition portent prioritairement sur des territoires marqués par une forte précarité.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR DES INTERVENTIONS ADAPTÉES

Prévention chez les personnes âgées

Les enjeux consistent à :

- préserver l'autonomie et maintenir la vie au domicile le plus longtemps possible :
 - incitation à la pratique d'activités physiques adaptées et sécurisées au domicile ;
 - amélioration de la qualité nutritionnelle de la restauration collective et du portage de repas à domicile ;
- prévenir et retarder les effets du vieillissement :
 - incitation à la pratique d'activités physiques par la mise en place de programmes adaptés en EHPAD ;
 - repérage et prévention de la dénutrition chez les personnes âgées fragiles vivant à domicile ou en EHPAD ;
 - santé bucco-dentaire en EHPAD et à domicile.

Chez les personnes en situation de handicap

L'application des recommandations du PNNS présente des difficultés particulières chez les personnes en situation de handicap, liées entre autres à la prise de poids due au handicap et/ou au traitement et à une pratique insuffisante d'activité physique.

Les actions soutenues portent sur la santé bucco-dentaire, la promotion d'une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique.

Chez les personnes ayant une pathologie chronique

La promotion d'une activité physique et d'une alimentation équilibrée est essentielle chez les patients atteints de pathologie chronique. Il s'agit d'un public prioritaire pour lequel un décret est paru le 30 décembre 2016, relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

L'ARS soutient les programmes mis en place par les collectivités actives PNNS et les programmes d'Éducation thérapeutique du patient.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

Secteurs « prioritaires » (CLS / Politique de la ville / territoires géographiquement isolés...)

Et pour l'obésité, prioritairement les territoires marqués par des indicateurs de défavorisation sociale élevés (classes 4 et 5)

POPULATIONS CIBLÉES

Vaccination : population cible par type de vaccins.

Santé sexuelle : les actions s'adressent à l'ensemble de la population ; mais compte tenu des besoins spécifiques de certains usagers, une approche populationnelle renforcée est nécessaire afin d'assurer le déploiement de mesures adaptées à ces publics.

Obésité : Enfants et jeunes
Personnes en situation de précarité
Personnes en situation de handicap
Personnes âgées
Personnes ayant une pathologie chronique

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR DES INTERVENTIONS ADAPTÉES

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 1

INDICATEURS DE SUIVI

Sous réserve de faisabilité

Taux régionaux de couverture vaccinale, dont

- vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C chez l'enfant âgé de 2 ans
- couverture vaccinale 2 doses de la vaccination contre la rougeole chez l'enfant âgé de 2 ans
- taux de couverture vaccinale chez les professionnels de santé

Nombre d'IVG/mineures-majeures/territoire/modalité

Nombre de contraceptions d'urgence délivrées

Taux de grossesse chez les mineures

Taux de couverture vaccinale hépatite B chez les publics exposés

Évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité, notamment chez les jeunes

Part des enfants en grande section maternelle dont l'indice de masse corporelle dépasse le seuil fixé pour la surcharge pondérale

Nombre de collectivités actives PNNS

Nombre d'entreprises actives PNNS

Degré de couverture des territoires de défavorisation sociale par les actions soutenues

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

OPTIMISER L'OFFRE DE VACCINATION EN OCCITANIE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Il convient d'assurer une promotion de l'ensemble de la vaccination sur notre région et de renforcer l'adhésion des professionnels et des publics spécifiques aux vaccinations recommandées. Ceci concerne notamment : les vaccinations des enfants de moins de 24 mois, ainsi que les vaccinations contre le papillomavirus (jeunes filles de 11 à 19 ans), l'hépatite B (personnes exposées après 16 ans), la coqueluche (rappel à 25 ans) et la grippe saisonnière (personnes vulnérables et de plus de 65 ans).

L'extension de l'offre de vaccination participe évidemment à cet objectif. L'optimisation de l'offre est prévue ainsi :

- renforcement du rôle et du positionnement des centres de vaccination, en tant que centre ressource d'information et de formation et de relais de la politique vaccinale et extension de l'offre publique et gratuite de vaccination sur les territoires (conventionnement par l'ARS des structures qui réalisent des vaccinations gratuites pour l'accès au remboursement des vaccins par l'Assurance Maladie comme les autres centres habilités (cf. Instruction DGS du 19 septembre 2016) ;
- soutien aux pratiques des professionnels de ville et/ou de la petite enfance : information, développement des techniques d'écoute et d'entretien (intervention brève, entretien motivationnel...), homogénéisation de l'offre de formation initiale et continue, développement des liens avec l'Assurance Maladie ;
- information et soutien aux pratiques professionnelles : développement des protocoles de coopération (ex. : protocole autorisé en Occitanie pour réalisation de la vaccination par les infirmiers diplômés d'état), participation régionale à l'expérimentation nationale de la vaccination antigrippale par les pharmaciens.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Majoration de l'adhésion des professionnels à la vaccination => amélioration de l'information et de la promotion de la vaccination par les professionnels de santé
- Augmentation du nombre de professionnels vaccinateurs et des structures proposant la vaccination gratuite
- Augmentation de la couverture vaccinale de la population et renforcement de la protection vaccinale des personnes à risque
- Renforcement de la protection vaccinale des professionnels de santé.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Médecins
- Pharmaciens
- Infirmiers
- Sages-femmes
- Structures conventionnées
- Centres de vaccination
- Services de PMI
- Médecine du travail
- Education Nationale
- Service de Santé des Armées

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels de santé

Public cible par vaccin : nouveau-nés, enfants, adolescents, personnes porteuses de maladies chroniques, femmes enceintes, personnes âgées de plus de 65 ans

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

OPTIMISER L'OFFRE DE VACCINATION EN OCCITANIE



LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Comités départementaux de vaccination
Diffusion du carnet de vaccination électronique (CVE)
Semaine européenne de la vaccination

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- PROPIAS (programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins) diffusé en 2015 et inscrit dans la durée,
- Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017,
- Plan de rénovation de la politique vaccinale 2016 (en lien avec la concertation citoyenne).

INDICATEURS DE SUIVI

- Sous réserve de disponibilité
- Nombre et types de professionnels impliqués dans la vaccination,
 - Nombre de pharmaciens inclus dans l'expérimentation
 - Nombre et types de conventions,
 - Nombre d'adhérents au carnet de vaccination électronique
 - Taux de participation des MSP
 - Données d'activité des centres de vaccination

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PROMOUVOIR L'ÉDUCATION AFFECTIVE ET SEXUELLE CHEZ LES JEUNES EN OCCITANIE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.2

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène (article L312-16 du code de l'éducation). Dans les faits, les élèves bénéficient d'au moins un programme d'interventions durant leur scolarité tel que prévu dans la loi et l'on constate que les jeunes ont peu d'informations sur le fonctionnement de leur corps, connaissent peu ou mal les ressources à disposition sur les territoires, les accès de « droit » et ont des références en matière de vie affective et sexuelle « sexistes » souvent empreints de violences, voire puisant dans la pornographie.

Pour pallier ces manques, ce projet consiste à déployer un programme régional d'éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS) et à structurer une offre régionale de sensibilisation dans le champ de la santé sexuelle afin de renforcer l'aptitude des professionnels concernés à aborder cette thématique.

1. Programme régional « EVAS » combinant des actions pour les enfants, les jeunes scolarisés et les jeunes en situation de vulnérabilité (PJJ/insertion/EMS/primomigrants...) :

- établissements scolaires de la maternelle au lycée dont lycée professionnel
- centre de Formation d'Apprentis / Lycées agricoles
- structures d'accueil, d'écoute et d'orientation (PAEJ/MDA)
- structures d'insertion → centre de formation pour jeunes adultes/missions locales
- jeunes sous-main de justice
- centres d'hébergement / centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) / Foyers jeunes travailleurs

Ces interventions sont assurées dans le cadre de la scolarité, soit par les professionnels de l'Éducation Nationale, soit par des professionnels extérieurs possédant les compétences ad hoc sur le sujet. Elles visent avant tout à développer les compétences nécessaires pour installer une santé sexuelle épanouie et sécuritaire et à proposer les outils et ressources à disposition sur les volets prévention et dépistage.

Dans le cadre des autres structures d'accueil, les interventions sont animées par les professionnels extérieurs, en soulignant toutefois l'importance d'apporter aux professionnels de ces structures des éléments et des outils leur permettant de proposer une réponse de première intention sur le sujet.

2. Structuration et déploiement d'une offre régionale de sensibilisation / formation dans le champ de la santé sexuelle afin de renforcer les connaissances et l'aptitude des professionnels concernés de la région à aborder cette thématique :

- Sessions courtes de sensibilisation (1^{ère} approche du sujet → ½ journée) afin d'initier une réflexion sur les représentations associées à la sexualité et aux besoins des publics et donner des pistes d'amélioration pour la prise en compte des problématiques associées.
- Sessions courtes de formation (2 jours maximum) afin de renouveler les connaissances scientifiques, psychosociales et juridiques des professionnels et proposer des outils pédagogiques et techniques d'application.
- 3 sujets prioritaires à investir
 - les techniques d'entretien (intervention brève, entretien motivationnel)
 - la réduction des risques sexuels (grossesses, violences, maladies infectieuses)
 - la promotion des dépistages IST/VIH (publics prioritaires, modalités, lieux-ressources)

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Augmentation du nombre d'enfants et des jeunes bénéficiant des actions d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle et amélioration de leurs connaissances et comportements.

Augmentation du nombre de professionnels sensibilisés et formés.

Référencement d'un « vivier » de professionnels formés en capacité de développer des projets de structures et favoriser l'appui des pairs sur le sujet.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PROMOUVOIR L'ÉDUCATION AFFECTIVE ET SEXUELLE CHEZ LES JEUNES EN OCCITANIE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.2

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Éducation nationale
- Collectivités territoriales
- Associations intervenant en EVAS auprès des enfants et jeunes
- Professionnels de la périnatalité
- COREVIH
- Professionnels intervenant auprès des jeunes

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Stratégie nationale en santé sexuelle
Plan régional IVG
Convention cadre avec l'Éducation nationale

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – Parcours Santé des couples, mères, enfants et jeunes
Plan régional IVG

POPULATION CONCERNÉE

Les enfants et les jeunes, en particulier en établissement scolaire et milieu universitaire

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de personnes bénéficiaires/par public,
- Comportements de santé (ORS, baromètre santé, HBSC⁵),
- Nombre et motifs d'appels à l'antenne téléphonique régionale,
- Nombre et profil des professionnels bénéficiaires des sessions de sensibilisation/formation.
- Taux de professionnels déclarant un meilleur niveau de connaissances et l'acquisition de nouvelles compétences à l'issue des sessions.
- Taux de professionnels déclarant une meilleure qualité de prise en charge en santé sexuelle à l'issue des sessions.

⁵ HBSC : Health Behaviour in School-Aged Children

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRÉVENIR L'OBÉSITÉ EN ÉCOLE PRIMAIRE ET COLLÈGE PAR LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.3

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'enjeu est d'intervenir dès le plus jeune âge. Le maintien et l'optimisation de l'état de santé des enfants sont directement liés à la qualité et la quantité de leur alimentation ainsi qu'à leur niveau d'activités physiques.

Ce projet touche au cercle de vie de l'enfant : école, accueil périscolaire, ville, famille ce qui permet d'agir sur les comportements des enfants et qui peut induire des habitudes nouvelles. Il reprend ainsi les préconisations de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) concernant les projets de type **ICAPS** (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) à destination des collégiens.

La démarche « Icaps », **validée par l'Organisation Mondiale de la Santé**, repose sur le modèle dit « socio-écologique » qui prend en compte l'individu dans son milieu de vie et demande l'implication de partenaires, qui agissent sur trois niveaux, selon :

- le jeune (ses connaissances, ses attitudes, ses représentations, ses motivations concernant la pratique sportive) ;
- son support social (entourage familial, enseignants, animateurs qui peuvent valoriser l'activité physique et encourager le jeune dans ce domaine) ;
- son environnement structurel et organisationnel, qui recouvre les notions de disponibilité, d'accessibilité et les conditions matérielles et institutionnelles (dégager du temps à l'école ou en dehors de l'école pour l'exercice physique au quotidien, faciliter un mode de transport actif et l'accès aux infrastructures sportives, etc.).

Les objectifs poursuivis sont :

- promouvoir la pratique d'activité physique comme facteur de santé et lutter contre la sédentarité ;
- associer le territoire de vie de l'enfant et son environnement social ;
- accompagner le territoire pour une autonomie de fonctionnement par la prise en considération des questions liées à l'activité physique et la sédentarité ;
- permettre à l'enfant de devenir acteur de santé via un projet qui se veut être aussi ludique ;
- favoriser un mode de vie actif.

Le projet prévoit différentes natures d'actions complémentaires :

- **Création du réseau (au sens informel) et partage de compétences**
 - identifier, solliciter, impliquer et fédérer les acteurs locaux (les écoles, les communes, les associations sportives et l'ensemble des partenaires) ;
 - partage d'une culture commune et montée en compétence des réseaux porteurs et accompagnateurs du projet.
- **Sensibilisations en milieu scolaire**
 - informer et sensibiliser les élèves sur les bienfaits de la pratique d'activités physiques, les risques liés à la sédentarité ;
 - initier une réflexion sur les déplacements actifs et leurs bienfaits sur l'organisme et l'environnement
- **Organisation d'un challenge / d'un défi**
 - inciter les élèves à favoriser les déplacements actifs et les activités physiques en général ;
 - initier une réflexion individuelle sur ses propres habitudes de vie concernant la pratique d'activités physiques ;
 - activités physiques sur chaque territoire.
- **Un ou plusieurs évènements organisés par la collectivité et/ou au niveau de l'Académie**
 - impliquer les acteurs locaux sur la thématique de la promotion de l'activité physique et lutte contre la sédentarité ;
 - communiquer sur l'intérêt de la pratique régulière d'activités physiques.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRÉVENIR L'OBÉSITÉ EN ÉCOLE PRIMAIRE ET COLLÈGE PAR LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.3

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Poursuite des dynamiques sur les territoires
Appropriation d'une culture « activité physique » sur ces territoires
Impact sur les territoires de défavorisation sociale

ACTEURS REPÉRÉS

Associations locales (sportives...)
Collectivités
Établissements scolaires
Ligue de l'enseignement
Epidaure, Institut du Cancer de Montpellier
DRJSCS
Rectorat

POPULATION CONCERNÉE

Élèves d'écoles primaires et collèges

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Partenariat avec l'Éducation Nationale

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan Régional Sport Santé bien-être

INDICATEURS DE SUIVI

Sous réserve de disponibilité :
– Nombre de bénéficiaires
– Poursuite des dynamiques à 1 an de l'intervention

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ



AGIR SUR LES COMPORTEMENTS ADDICTIFS, EN MODIFIANT L'APPROCHE PRÉVENTIVE ET DE RÉDUCTION DES RISQUES

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Au regard de la prévalence et de la hausse des consommations à risques en Occitanie, les professionnels soulignent l'importance des actions de prévention, dès le plus jeune âge, afin d'éviter l'entrée dans les addictions et de réduire ainsi la morbidité et la mortalité prématurée évitable.

La réduction des risques et des dommages, prévue par la loi de modernisation de notre système de santé, est une autre priorité qu'il convient de poursuivre afin de diminuer les risques sanitaires, psychiques et sociaux et d'éviter l'aggravation des dommages liés aux usages de drogues.

Les actions innovantes mises en avant par les professionnels sont modélisables et ont fait l'objet d'une évaluation. Elles permettront de susciter un élan collectif autour d'enjeux partagés et d'actions co-élaborées afin d'améliorer les connaissances du public sur ces usages et de réduire les consommations à risques.

Les projets mis en avant dans ce PRS II portent sur :

- la prévention du tabagisme chez les personnes en difficultés sociales ;
- le développement des actions de prévention des comportements addictifs dans les territoires, en s'appuyant sur les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ;
- l'amélioration de la prévention et la réduction des risques en milieu festif.

Le choix d'un focus sur le tabac tient d'une part au fait qu'il s'agit de la première cause de mortalité évitable ; d'autre part, cela ne s'oppose pas à la poursuite des actions sur les autres sujets (alcool, autres substances psychoactives...). Le développement des compétences psychosociales reste le principe fédérateur.

Réduction du tabagisme

En France, on compte plus de 13 millions de fumeurs et le tabac continue à tuer chaque année 73 000 personnes (pour 66 000, 10 ans auparavant). C'est la première cause de mortalité évitable dans notre pays. Les décès sont dus pour moitié au cancer broncho-pulmonaire (3 200 décès annuels en Occitanie).

Le tabagisme passif tue aussi : selon l'OMS, plus de 40% des enfants ont au moins l'un de leurs deux parents qui fume. Dans le monde, le tabagisme passif provoque plus de 600 000 décès prématurés chaque année.

En Occitanie, près de 1 300 000 habitants fument tous les jours. Cela concerne 30,4% des 15-75 ans dans la région, soit davantage que la moyenne nationale (28,1% en France en 2014).

Dans la région, ce tabagisme quotidien est une préoccupation de santé publique encore plus forte chez les plus jeunes : 37% des jeunes de 17 ans fument tous les jours pour 32% au niveau national (Source : Enquête ESCAPAD 2014). L'adolescence constitue, pour la quasi-totalité des fumeurs actifs, la période d'entrée dans le tabagisme : la dépendance au tabac s'installe très rapidement, souvent moins d'un an après l'initiation, et elle sera d'autant plus forte que l'initiation est précoce.

Le tabac est encore trop banalisé. Alors qu'il s'agit de la substance la plus largement consommée par les jeunes, il est encore trop souvent considéré comme un problème secondaire.

En accord avec les objectifs du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014- 2019, la réduction de la prévalence du tabagisme chez les jeunes en Occitanie est une priorité.

Ce programme décliné dans chaque région en programme régional tend à atteindre les objectifs suivants :

- en 2019, le nombre de fumeurs doit avoir baissé de 10% par rapport à 2014
- en 2024, moins de 20% de fumeurs dans la population générale de 15 ans et plus
- dans moins de 20 ans, que les enfants qui naissent aujourd'hui soient la première génération d'adultes non-fumeurs (moins de 5% de fumeurs).

L'atteinte de ces objectifs nécessite une meilleure coordination des acteurs de la prévention, de l'accompagnement et de la prise en charge, et l'impulsion d'une dynamique régionale de lutte contre le tabac.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ



AGIR SUR LES COMPORTEMENTS ADDICTIFS, EN MODIFIANT L'APPROCHE PRÉVENTIVE ET DE RÉDUCTION DES RISQUES

Pour ce faire, les axes d'actions déjà engagés sur les années antérieures vont être renforcés sur les points suivants :

- Développer la prévention du tabagisme chez les jeunes
L'ARS Occitanie s'appuie sur un réseau d'acteurs associatifs qui interviennent en milieu scolaire (collèges et lycées) afin de retarder les premières consommations par des actions de sensibilisation, d'information et de développement des compétences psychosociales. Un programme de prévention par les pairs est déployé dans plusieurs collèges et les lycées de la région.
Des programmes d'intervention précoce permettent également de sensibiliser les élèves et apprentis des lycées professionnels et centres de formation d'apprentis (CFA) aux conduites à risque avec intervention des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). Ces programmes ont prouvé leur efficacité et il convient de les déployer davantage. Les programmes « unplugged » et pairs à pairs (P2P) sont notamment identifiés.
- Développer les coopérations entre tabacologues et professionnels de la périnatalité
Agir auprès des femmes durant la grossesse est un des axes prioritaires de lutte contre le tabac : travaux en lien avec les réseaux de périnatalité, actions de sensibilisation des personnels de la périnatalité afin de favoriser le repérage des femmes enceintes ayant des pratiques addictives et permettre une orientation vers une prise en charge adaptée (lien avec le parcours « santé des couples, mères, enfants et jeunes »).
- Structurer un réseau de professionnels du premier recours, du médico-social et du sanitaire
Les actions reposent également sur un maillage territorial étoffé de structures médico-sociales, composé des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui portent 28 Consultations Jeunes Consommateurs. L'ARS favorise l'aide au sevrage tabagique grâce au financement des Traitements de Substitution Nicotinique (TSN).
L'ARS œuvre également à la structuration de l'offre de repérage et d'aide au sevrage tabagique au sein d'établissements de santé, et plus particulièrement des Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et des consultations hospitalières d'addictologie.
- Systématiser le développement de programmes de prévention inter établissements scolaires mettant en lien plusieurs degrés d'établissements (maternelle au lycée) sur un même territoire avec formation des intervenants, diffusion d'outils validés...
- Piloter au niveau régional le dispositif national #MoisSansTabac et coordonner avec ses deux ambassadeurs régionaux (EPIDAURE et IREPS Occitanie) les actions réalisées sur le territoire
La dynamique créée avec les partenaires et les acteurs de terrain durant cet événement doit être pérennisée toute l'année et permettre de continuer à mobiliser tous les acteurs en définissant une stratégie commune.
- Innover en prévention : s'appuyer sur le nouveau « dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé » et les acteurs régionaux de l'addiction pour développer les échanges de pratique et la diffusion de connaissances sur les méthodes et actions innovantes et probantes.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

AGIR SUR LES COMPORTEMENTS ADDICTIFS, EN MODIFIANT L'APPROCHE PRÉVENTIVE ET DE RÉDUCTION DES RISQUES

TERRITOIRES CONCERNÉS

Territoire régional

Action priorisée sur les zones géographiques à indicateur de défavorisation élevé

POPULATIONS CIBLÉES

Femmes enceintes, jeunes scolarisés, étudiants, jeunes à la recherche d'un emploi ou en apprentissage, jeunes en errance du centre-ville et des quartiers sensibles, personnes en situation de précarité, personnes en situation de handicap, personnes sous main de justice, milieux professionnels, grand public

INDICATEURS DE SUIVI

Prévalence du tabagisme en population (15-75 ans) et spécifiquement à 17 ans

Évolution de la prévalence de l'alcoolisme

Évolution du pourcentage de consommateurs de drogues

Nombre d'acteurs de première ligne formés ou sensibilisés à l'Intervention Précoce et/ou au conseil de la réduction des risques et des dommages

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRÉVENIR ET REDUIRE LE TABAGISME CHEZ LES PERSONNES EN DIFFICULTÉ SOCIALE

PROJET STRUCTURANT
N° 2.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Déploiement de programmes et actions basés sur un référentiel issu de données probantes sur les zones en difficulté sociale (classes 4 et 5 des indicateurs de défavorisation). Ces données seront identifiées par le nouveau dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé en lien avec les professionnels de l'addictologie et de la prévention du cancer.

Ces actions seront engagées notamment en lien avec l'Éducation nationale, vers les jeunes. Les actions régionales vers les adultes de type marketing social (« mois sans tabac »), feront l'objet d'une attention particulière sur ces territoires selon le principe d'universalisme proportionné.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Diminution de la prévalence du tabagisme chez les jeunes et adultes

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Éducation Nationale
- Partenaires « mois sans tabac »
- Dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé
- Professionnels et structures d'addictologie
- Structures de prévention du cancer (Epidaure, Ligue contre le cancer...)
- Agence nationale de santé publique/Santé publique France

POPULATION CONCERNÉE

Personnes en difficulté sociale

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Événement national mois sans tabac

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – Parcours « Santé des couples, mères, enfants et jeunes »

- Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 : priorité de prévention;
- Plan national de réduction du tabagisme, intégré au Plan Cancer.

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de jeunes sensibilisés
Nombre de professionnels formés

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.2

DÉVELOPPER LES ACTIONS DE PRÉVENTION DES COMPORTEMENTS ADDICTIFS DANS LES TERRITOIRES, EN S'APPUYANT SUR LES CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 fait de la prévention des addictions une mission obligatoire portée par les CSAPA. En positionnant les CSAPA comme acteurs principaux de la prévention et en s'appuyant sur leur maillage territorial, nous proposerons une offre de prévention s'inscrivant dans la durée et la proximité, portée par des professionnels qualifiés et dont les connaissances sont régulièrement actualisées. Par ailleurs, les missions d'un CSAPA, au croisement de l'intervention précoce, de la réduction des risques et des dommages, du soin et de l'insertion, permettent une articulation avec les autres acteurs du territoire et la mise en place d'un programme d'intervention coordonné. Les CSAPA portent, par ailleurs, 28 consultations jeunes consommateurs (CJC) sur la région afin d'accueillir de jeunes en questionnement sur leur consommation, ainsi que leur entourage. Le périmètre d'intervention de ces nouvelles missions devra être étudié en lien avec la Fédération Addiction.

L'ARS a pour ambition de renforcer les 39 CSAPA d'Occitanie en moyens humains afin de déployer des actions de prévention au plus près des usagers. Par ailleurs, un plan de communication ciblant les professionnels pouvant être amenés à repérer et orienter des personnes ayant des conduites addictives sera mis en œuvre afin de faire mieux connaître les nouvelles missions de ces structures.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Rendre l'offre de prévention lisible et accessible à tous.
À partir d'un diagnostic territorial partagé par les financeurs et les acteurs, fédérer les ressources en recentrant la mission de prévention des addictions autour de ce dispositif.
Obtenir une couverture territoriale complète à 5 ans (CSAPA et antennes).

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Fédération addiction
- CSAPA

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels des 39 CSAPA
Fédérations
Associations

TERRITOIRES CONCERNÉS

Territoire régional

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Renforcement des compétences et des moyens humains dédiés à la prévention dans chaque CSAPA
Plan de formation régional
Annuaire régional

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Redéploiement de crédits FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de CSAPA et antennes par département
Nombre de professionnels formés
Nombre d'effectifs dédiés
Nombre de bénéficiaires et d'actions réalisées

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ



PROJET
STRUCTURANT
N° 2.3

AMÉLIORER LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU FESTIF

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'objectif est de mieux prendre en compte les stratégies d'action innovantes et de développer des programmes « d'aller vers » les publics cibles. Pour ce faire, il convient d'étendre et renforcer les actions déjà menées, qui témoignent d'un véritable savoir-faire régional, en priorisant l'objectif suivant :

Développer les programmes d'actions par les pairs

Ce projet vise à prévenir et/ou réduire les consommations de substances psychoactives et leurs risques associés à travers une approche menée par des pairs (jeunes vers les jeunes).

Ces programmes seront priorisés en milieu festif (dans une perspective de diminution des risques immédiats). Des actions sont déjà initiées sur quelques villes d'Occitanie (principalement Toulouse, Montpellier). Ce projet vise à les diffuser et systématiser sur les grands événements festifs touchant les jeunes en Occitanie.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Réduire les risques liés aux consommations

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet : Acteurs associatifs (notamment dispositif « fêtons plus risquons moins »), fédérations, IREPS, Éducation Nationale, Préfecture, professionnels de santé, structures médico-sociales.

Dispositif régional de soutien à la politique et interventions de prévention et promotion de la santé.

POPULATION CONCERNÉE

Grand public
Jeunes

TERRITOIRES CONCERNÉS

Territoire régional (villes et lieux concernés par les principaux événements festifs de la région)

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Label bien être en milieu festif, Avenir santé...

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR – CNR médico-sociaux

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan santé et bien-être des jeunes
Plan cancer
Éducation thérapeutique du Patient

INDICATEURS DE SUIVI

Mise en place d'au moins un programme par département
Nombre de bénéficiaires et d'actions réalisées
Enquête de satisfaction
Évolution des comportements
Données d'accidentologie lors des événements

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 3

PERMETTRE AUX PERSONNES DE PRÉVENIR OU DE « MIEUX VIVRE AVEC » LEUR(S) MALADIE(S) CHRONIQUE(S) GRÂCE À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

L'enjeu est de renforcer la capacité des usagers à être acteurs de leur santé, par l'amélioration de l'accès à l'Éducation Thérapeutique du Patient, et plus largement de l'accès à l'Éducation pour la santé.

L'éducation thérapeutique des patients (ETP), vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique et à être acteur de leur santé. Elle permet une meilleure adhésion au traitement et au suivi de la maladie chronique par le patient, dans le cadre d'une alliance thérapeutique avec les soignants.

Des patients intervenants ou patients experts peuvent être partenaires des professionnels de santé.

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, 19 millions de personnes en France étaient atteintes d'une maladie chronique en 2012, soit environ 37% des plus de 15 ans. En 2015, 10,1 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie en France bénéficient du dispositif des ALD, soit 16,6% des assurés. Leur nombre est important et ne cesse de croître suite au vieillissement de la population et aux progrès thérapeutiques. L'infection par le VIH fait en outre partie des ALD.

En Occitanie, on estime que environ 1,3 million de personnes vivent au quotidien avec une maladie chronique. Or, en 2016, seules 34 144 personnes porteuses de maladie chronique ont suivi un programme d'ETP.

L'enjeu de la prise en charge des maladies chroniques est primordial dans notre région, du fait du vieillissement de la population, de son attractivité et d'un contexte social fragile.

Il devient essentiel de permettre au plus grand nombre d'usagers porteurs de maladies chroniques, l'acquisition ou le renforcement de compétences d'auto soins et de compétences psychosociales afin de mieux vivre et de bien vieillir avec leur pathologie.

On constate également la méconnaissance et la très faible participation des publics vulnérables aux programmes d'ETP, notamment les publics les plus précaires.

La stratégie nationale de santé propose de :

- développer des actions de prévention et d'éducation à la santé adaptées aux besoins des personnes en perte d'autonomie et des personnes handicapées, tout au long de la vie et dans tous les lieux de vie, en s'appuyant notamment sur l'émulation par les pairs ;
- adopter une approche transversale de la politique de santé mentale alliant la promotion de la santé mentale et du bien-être, la prévention des troubles mentaux, l'accès aux soins et à la prise en charge, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement médico-social et social du handicap psychique.

Ceci fait écho à trois des parcours prioritaires portés par le PRS (vieillesse, handicap et santé mentale) et à certains des projets associés.

La stratégie nationale de santé soutient également l'innovation qui consiste à :

- proposer aux patients une offre complète d'éducation pour la santé en ligne ainsi que des services numériques personnalisés d'éducation thérapeutique ;
- favoriser l'autonomie et la participation des usagers par des démarches innovantes d'accompagnement et d'éducation pour la santé (démarches de renforcement des capacités (« empowerment ») et d'éducation thérapeutique, mobilisation des technologies e-santé, démarches de type patient/usager « expert », médiateur de santé pair, accompagnement de l'observance).

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 3

PERMETTRE AUX PERSONNES DE PRÉVENIR OU DE « MIEUX VIVRE AVEC » LEUR(S) MALADIE(S) CHRONIQUE(S) GRÂCE À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

En Occitanie, les actions développées sont :

Développer l'offre et la participation aux programmes d'ETP

- Étendre la formation à l'ETP des professionnels de santé en l'incluant dans la formation initiale et continue, en particulier dans le diplôme d'études supérieures de Médecine Générale.
- Adapter les modalités de financements des programmes autorisés afin d'augmenter l'adhésion des professionnels et structures, notamment pour l'ETP de proximité.
- Communiquer vers les professionnels de santé notamment de premier recours, les coordonnateurs de programme (pour optimiser l'adhésion des patients les plus nécessiteux).
- Communiquer vers les usagers sur l'offre complète des programmes d'ETP, mise en ligne via le site : <http://www.mon-etp.fr/c/mon-etp/> créé en région Occitanie.

Créer des unités transversales d'ETP (UTEPT) permettant le déploiement de programmes spécifiques à certaines affections sur l'ensemble de la région :

- UTEPT accompagnant le déploiement des programmes ETP Cancer : « chimiothérapie orale à domicile ». (Cf. Parcours cancer)
- UTEPT accompagnant le déploiement d'un programme ETP de pré-suppléance en IRC sur l'ensemble de la région.
- UTEPT obésité ou unité de parcours éducatif obésité UPEO permettant de coordonner et d'accompagner le parcours éducatif des patients obèses de la région.
- UTEPT des CHU porteuses de projets pour éviter les ruptures dans les parcours éducatifs de soins des adolescents porteurs de pathologies chroniques.

Un besoin a été repéré de façon prioritaire pour favoriser l'ETP chez les adolescents diabétiques. Un second projet structurant a été choisi et concerne l'implication des patients atteints d'insuffisance rénale non dialysés.

Par ailleurs des projets pilotes sont en cours de mise en œuvre, notamment en direction des personnes vulnérables, et pourront faire l'objet de déploiements régionaux en fonction des résultats évalués :

- expérimentation d'autonomie en santé (« empowerment ») ;
- expérimentation de médiation en santé pour les maladies chroniques ;
- expérimentation de programmes d'éducation en santé de patients vulnérables atteints de maladies chroniques.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

Territoires pour les projets pilotes (Montpellier, Toulouse)

POPULATIONS CIBLÉES

Usagers porteurs de maladies chroniques et leur entourage avec un focus particulier sur les adolescents et les publics en précarité

Maladies ciblées comme prioritaires :
Obésité, diabète, affections cardiovasculaires, insuffisance respiratoire, cancer, insuffisance rénale chronique

INDICATEURS DE SUIVI

Taux de recours à l'hospitalisation pour diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire...

Nombre annuel de programmes d'ETP autorisés et nombre annuel de patients bénéficiaires

Nombre de patients en précarité ayant suivi ces programmes (score Epices)

Nombre et type d'UTEPT avec actions menées et public touché

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

ACCOMPAGNER LES ADOLESCENTS DIABÉTIQUES DANS LE SUIVI DE LEUR TRAITEMENT

PROJET
STRUCTURANT
N° 3.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'objectif est d'optimiser le suivi de la maladie chronique des adolescents en incluant les parents dans le processus, pour éviter une rupture lors du passage en suivi adulte, pour éviter les risques de patients perdus de vue, et les complications inhérentes. Ce projet est centré sur le diabète.

De manière opérationnelle, il est conçu en deux temps :

- confier aux UTEP la mise en œuvre et la description des parcours ETP des enfants-ados-adultes pour le diabète,
- et organiser la trajectoire ETP enfants-ados-adultes, en lien avec l'ensemble des acteurs.

Ces programmes pourront s'inscrire en complément de la mise en place sur la région de dispositifs pilotes sur la transition de prise en charge (plateforme, protocoles...).

Les outils utilisés seront de type : télémédecine, e-santé, voire audio conférence ETP à distance, site internet...

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Programmes d'ETP pour adolescents co construits par les équipes pédiatriques des CHU avec l'ensemble des acteurs du suivi adulte (soit les équipes des CHU adultes pour les maladies chroniques le nécessitant, soit des équipes de centre hospitalier, soit des équipes de premiers recours). Proposition de programmes d'ETP de suivi de leur maladie chronique pour ces adolescents, avec la possibilité de participer à des ateliers à distance, en utilisant les nouveaux moyens de communication télémédecine ou e-santé afin de s'adapter à la mobilité pour certaines séquences d'acquisition de connaissances.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- UTEP CHU
- Établissements de santé
- Professionnels de premier recours développant des programmes d'ETP en fonction du besoin de l'adolescent.

POPULATION CONCERNÉE

Enfants d'Occitanie porteurs de diabète à début pédiatrique

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Communication particulière de ces dispositifs sur Mon-ETP.fr et via l'ensemble des professionnels, des associations de patients.

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR (ETP)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan régional de développement de l'ETP PRS - Parcours « santé des couples, des mères, des enfants et des couples »

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre et taux d'adolescents concernés suivis à un an, deux ans et cinq ans.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

FAVORISER L'IMPLICATION DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE RÉNALE, NON DIALYSÉS, EN LEUR PROPOSANT UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Ce projet est en lien avec les orientations de l'activité de soins traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale page 379

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

« Agir sur le parcours en amont de la phase de suppléance » :

Mettre en place un programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints d'insuffisance rénale, dès le diagnostic de la maladie, mettant en place les actions suivantes :

- intégrer dans l'éducation thérapeutique l'auto-surveillance du poids, de la pression artérielle ;
- l'adaptation du mode de vie (activité physique, alimentation) et des mesures de néphroprotection ;
- informer le patient de l'intérêt de se présenter à la pharmacie avec ses résultats d'analyse biologique pour permettre au pharmacien de remplir son rôle de conseil ;
- convenir d'objectifs partagés : diététique, activité physique, sevrage tabagique ;
- prévoir l'intervention de diététicien ;
- lorsque nécessaire, impliquer le psychologue, le tabacologue...

(cf. référentiel HAS Guide du parcours de soins du patient IRC, février 2012)

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Ralentir l'aggravation de la maladie rénale/retarder l'entrée en suppléance

Améliorer la qualité de vie du patient

Proposer une offre utile au plus grand nombre d'usagers concernés, le plus en proximité et s'appuyant sur un modèle régional.

ACTEURS REPÉRÉS

Médecins généralistes
Néphrologues
Infirmier IDE
Maisons de santé pluri professionnelles
Laboratoires
Pharmaciens

POPULATION CONCERNÉE

Tous les patients atteints d'IRC avant le stade de suppléance

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Programme régional organisé autour d'une Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Financement d'un coordonnateur de projet au sein d'UTEP

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – Filière Insuffisance rénale chronique

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de patients ciblés bénéficiant du programme d'ETP
- Âge à l'entrée en suppléance (en distinguant si possible les patients en attente de greffe)

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ



DÉVELOPPER UNE CULTURE DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

La loi du 18 janvier 1994 a transféré la prise en charge sanitaire des détenus au Ministère de la santé. Il s'agit d'une prise en charge globale, préventive et curative. La prévention primaire et secondaire, a souvent été le parent pauvre, autant par manque de moyens que par manque de culture préventive, au sein des établissements pénitentiaires. Un effort doit être fait en partenariat avec les associations spécialisées pour établir un projet de prévention cohérent à destination des personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires de la région. Cet effort pourra être formalisé par l'inscription systématique d'un point prévention lors des comités de coordination santé-justice et par la création au sein de chaque établissement d'un comité de pilotage de promotion de la santé.

Il s'agit tout d'abord de mieux connaître l'état de santé de la population carcérale afin de mettre en place des programmes de prévention et de promotion de la santé adaptés à cette population. Un renforcement des dépistages lors de la consultation d'entrée devra être proposé et cette offre de dépistage devra être renouvelée à intervalle régulier au cours de la détention.

Le principal résultat attendu autour de cette priorité est l'amélioration de l'hygiène de vie des détenus.

Les projets structurants associés à cette priorité opérationnelle visent à :

- Inciter les personnes détenues à renforcer leur hygiène de vie par les activités physiques et sportives
- Développer le dépistage bucco-dentaire par télé-dentisterie, ce projet est décrit au sein du thème transversal « Transformation numérique en santé – Accompagner le déploiement et développer la télémédecine pour favoriser l'accès aux soins des personnes détenues »

TERRITOIRES CONCERNÉS

Couverture régionale

POPULATIONS CIBLÉES

Population carcérale

INDICATEURS DE SUIVI

Prévalence des pathologies cardio vasculaires (sous réserve de la mise en place de l'observatoire de la santé des détenus)

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

INCITER LES PERSONNES DÉTENUES À RENFORCER LEUR HYGIÈNE DE VIE PAR LES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

Ce projet est en lien avec les orientations concernant la santé des personnes détenues page 419

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La population carcérale, en maison d'arrêt ou en centre de détention, est très sédentaire alors que les deux grands groupes de population carcérale y ont un intérêt certain :

- en maison d'arrêt : une population jeune avec des addictions et des sur-risques cardiovasculaires
- en centre de détention : une population plus âgée avec des pathologies somatiques, voire des antécédents cardiovasculaires.

L'éducation thérapeutique ou bien la promotion de la santé par l'activité physique peut bénéficier à tous, quel que soit l'âge. La diffusion de ce type d'activité est favorisée par une bonne acceptabilité, l'activité physique (muscultation) étant une activité très prisée en prison, à laquelle on peut facilement associer des messages relatifs à la nutrition et à l'hygiène personnelle.

La stratégie santé des personnes placées sous main de justice prévoit également le déploiement d'actions en faveur de la réduction des risques liés aux médicaments psychotropes. Il semble toutefois plus facile, car plus acceptable pour les personnes, de démarrer par l'exercice physique et de poursuivre par d'autres domaines offrant moins de plaisir immédiat.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Amélioration de l'hygiène de vie des détenus participants au programme

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Établissements pénitenciers

POPULATION CONCERNÉE

La population carcérale

TERRITOIRES CONCERNÉS

Ensemble de la région

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Appel à projets commun ARS / service de l'Administration pénitentiaire de promotion et d'éducation pour la santé

Programme de prévention « Bouger pour s'en sortir » de la Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR (65 000 €)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Stratégie santé des personnes placées sous main de justice - Groupe de travail national « Promotion de la santé »

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de programmes et d'interventions mis en œuvre

Nombre de personnes bénéficiaires

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 5

DÉVELOPPER LA MÉDECINE PRÉDICTIVE, PRÉVENTIVE ET PERSONNALISÉE

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

La médecine prédictive, préventive et personnalisée, et même jusqu'à participative en associant concrètement l'utilisateur (d'où le terme de médecine des 4 P), répond aux attentes actuelles des citoyens. Elle répond également à la nécessité d'une médecine anticipative, capable d'interpréter des caractéristiques ou des signaux propres à un individu. Les professionnels de santé sont les premiers concernés par ces changements, qui vont impacter de plus en plus leur exercice, et expriment parfois des craintes justifiées à propos de cette « révolution » dans l'approche de la médecine.

Il sera possible de décrire la susceptibilité d'un patient à telle maladie (prédiction) et à tel traitement (personnalisation), et donc de prendre des mesures non seulement préventives mais également correctives (notamment au niveau moléculaire), et de conseiller un style de vie adapté (participation). Cette évolution est essentiellement justifiée par la prépondérance des maladies chroniques, source majeure de coût des systèmes de santé, et par les progrès de la génétique et de la biologie moléculaire et cellulaire.

Elle ne s'attache pas seulement à une médecine centrée sur l'individu, mais affirme la nécessité conjointe d'une « santé insérée », c'est-à-dire de la transformation progressive de l'environnement dans un sens plus sain (par exemple, dans les domaines de la nutrition, de l'habitat, des transports). On pourra se référer à l'axe 2 du Programme Régional Santé Environnement 3 « Promouvoir un urbanisme, un aménagement du territoire et des mobilités favorables à la santé ».

Le cas des **maladies rares** et des handicaps potentiellement associés appelle une attention particulière, en s'appuyant sur les apports actuels de la génétique et les évolutions en cours et à venir sur cette discipline centrale.

Une maladie est dite rare quand elle affecte moins d'une personne sur 2 000. Plus de 80 % des maladies rares sont des maladies génétiques.

Plus de 6 000 maladies rares sont reconnues en Europe. Paradoxalement, les maladies rares sont fréquentes ; elles concernent une personne sur 20 en France, soit 3 millions de patients. En Occitanie, 3 % de la population ont une maladie génétique rare.

Les syndromes malformatifs et déficiences intellectuelles constituent 50 % des maladies rares, et touchent des sujets jeunes. L'étiologie génétique a une part très importante (jusqu'à 70 %) dans la déficience intellectuelle. La problématique centrale du parcours des patients atteints de maladies rares et de leurs familles est celle de **l'errance diagnostique**.

La durée moyenne de l'errance diagnostique est de 4 ans ; elle peut aller jusqu'à 8 ans et impacte plus lourdement les enfants jusqu'à 18 ans et les femmes. L'errance diagnostique concerne la personne malade mais également ses apparentés.

Il convient également d'éviter des zones de rupture de soins, qui constituent une errance dans le parcours de soins post-diagnostic, et ont des répercussions délétères pour le patient et ses proches.

La réalisation de cette priorité permet de mettre en place au plus tôt et le plus rapidement possible les prises en charge adaptées qui permettront d'anticiper ou d'amortir les effets délétères de la maladie. Elle peut permettre éventuellement une intégration éducative et sociale. Elle permet à l'entourage et aux aidants d'identifier les partenaires compétents pour intervenir sur le parcours de soins de leur enfant ou de leur proche.

La priorité se décline à trois niveaux du parcours de soins :

- **l'orientation jusqu'à la structure en capacité d'établir le diagnostic** : information et formations des professionnels du premier recours : pédiatres, médecins scolaires, orthophonistes, sages-femmes, et surtout médecins généralistes – Communication à destination des maisons de santé, des plateformes territoriales d'appui (PTA). Positionnement de médecins référents en génétique – Valorisation des consultations longues et de coordination – Interface avec le médecin régulateur du réseau Maladies Rares
- Interface/ articulation avec les centres de référence et de compétences ;

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

DÉVELOPPER LA MÉDECINE PRÉDICTIVE, PRÉVENTIVE ET PERSONNALISÉE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 5

– **l’obtention d’un diagnostic précis de qualité** : permet de prévoir la trajectoire pathologique du patient et d’organiser les prises en charge nécessaires à chaque étape de cette trajectoire : suivi médical/consultations spécialistes – prise en charge médicamenteuse (voir médicaments de thérapie innovante), psychologique, scolaire, sociétale.

Moyens en compétences professionnelles, moyens technologiques et organisationnels. Valoriser l’adéquation de la relation clinico-biologique – promouvoir le travail en exomes dans le domaine des déficiences intellectuelles – Faire le lien entre le post-natal et l’anté-natal – S’attacher à la mise en place effective des téléconsultations, déjà inscrite dans le cadre du SROS 1.

– **une prise en charge post-diagnostic adaptée à la trajectoire prévisible du patient** : positionnement de tous les partenaires professionnels utiles sur le parcours du patient. Conforter/soutenir les actions du réseau Maladies rares.

TERRITOIRES CONCERNÉS

La région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Patients atteints de maladies rares d’origine génétique.

INDICATEURS DE SUIVI

– Délai d’obtention d’un diagnostic de maladie rare (source : réseau maladies rares)

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

FACILITER L'ORIENTATION ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES RARES EN SITUATION D'ERRANCE DIAGNOSTIQUE

Ce projet est en lien avec les orientations de l'activité d'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales page 413

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Les 3 plateformes de génomique de la région (CHU de Montpellier, CHU de Nîmes, CHU de Toulouse) explorent actuellement 4 850 dossiers de maladies rares par an dans leurs domaines d'expertise. Une fédération inter-établissements hospitalo-universitaire Montpellier-Nîmes a été constituée et porte sur la génétique médicale, la médecine moléculaire et génomique.

Les centres de référence Maladies rares et centres de compétence Maladies rares de la région Occitanie couvrent la majorité des thématiques des filières maladies rares « génétiques » nationales. Il existe de plus dans la région un réseau de santé Maladies Rares.

L'errance diagnostique est la problématique centrale des patients affectés d'une maladie rare d'origine génétique et de leurs familles. La durée de l'errance diagnostique peut aller de 4 à 8 ans, elle impacte très fortement les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans et les femmes. Elle a pour conséquences délétères une absence de prise en charge ou des prises en charge inadaptées, au mieux inutiles, voire dangereuses pour les patients. Pour réduire l'errance diagnostique, il faut en premier lieu orienter le patient vers la structure qui sera en capacité de diagnostiquer la maladie, **avoir les moyens de faire un diagnostic précis de qualité**, afin d'offrir une prise en charge adaptée en ayant connaissance de la trajectoire prévisible de la maladie du patient.

Les actions à mener prioritairement sont les suivantes :

- mettre en œuvre des actions de formation/information/communication à destination des professionnels du premier recours, des maisons de santé, des plateformes territoriales d'appui (PTA) et positionner des médecins référents en génétique en ville et / ou dans ces structures spécifiques ;
- soutenir une organisation mutualisée entre les trois CHU à l'exemple de la fédération hospitalo-universitaire CHU de Montpellier/CHU de Nîmes ;
- s'assurer de la mise à niveau permanente des technologies, en nombre et en performance : séquençage haut débit, automates de préparation des bibliothèques ;
- structurer le réseau Maladies Rares Occitanie (importance du médecin régulateur).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Réduire le nombre de patients en situation d'errance diagnostique
- Réduire le délai d'obtention d'un diagnostic
- Réduire les zones de rupture des soins après le diagnostic

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

PROJET
STRUCTURANT
N° 5.1

FACILITER L'ORIENTATION ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES RARES EN SITUATION D'ERRANCE DIAGNOSTIQUE

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Services et laboratoires de génétique moléculaire
- Centres de référence et de compétence
- Professionnels du 1^{er} recours : pédiatres, médecins scolaires, orthophonistes, sages-femmes, et surtout médecins généralistes
- Médecins référents en génétique

Dont partenaires institutionnels :

- Réseau Alliance Maladies Rares
- Réseau Maladies Rares méditerranée
- Ministère de la Santé/Agence Régionale de Santé
- Associations de malades

POPULATION CONCERNÉE

Patients atteints d'une maladie rare d'origine génétique en région Occitanie (4 850 dossiers de maladies rares traités en Occitanie).

TERRITOIRES CONCERNÉS

Territoire régional Occitanie, voire inter-régional

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Plateformes territoriales d'appui (PTA)
- Effectifs et compétences professionnelles adaptés : généticiens moléculaires, bio-informaticiens, conseillers en génétique
- Recommandations officielles : travail en exomes, travail sur panels de gènes.
- Réseau Maladies Rares Occitanie
- Téléconsultations

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Financements ARS, plan Maladies rares.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan National Maladies rares

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de professionnels formés dans chaque catégorie et de médecins référents en génétique
- Nombre d'actions de formation, information, communication
- Moyens technologiques adaptés : séquenceurs haut débit, automates de préparation des librairies
- Compétences professionnelles dédiées et organisation pertinente favorable aux mutualisations : généticiens moléculaires, bio-informaticiens, conseillers en génétique.

POUR UNE RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ RENOUVELÉE AUTOUR DE SOINS DE QUALITÉ

Place et droits des usagers	112
Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice	121
Qualité - sécurité	138
Pertinence.....	148

PLACE ET DROITS DES USAGERS

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'ambition de ce thème fait écho à la Stratégie nationale de santé :

« Réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et les associer à la gouvernance du système de santé »

(Axe IV de la stratégie nationale de santé, 2°) a)- Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017) ... ainsi qu'à deux points particuliers du cadre d'orientation stratégique du PRS : « Accompagner la personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé » et « Prendre soin de ceux qui soignent ».

Au cours des premiers PRS, le respect du droit des usagers a progressé entre autres, par la formation des **représentants des usagers**⁶ et leur implication dans les instances. De nouveaux textes récents, tels la loi Claeys-Leonetti et celle de modernisation du système de santé, ouvrent de nouveaux droits qu'il conviendra d'accompagner tant auprès des usagers que des professionnels.

L'engagement des usagers-patients à tous les niveaux du système de santé est un levier essentiel pour l'amélioration du système de santé, mais aussi pour l'amélioration de la qualité des prises en charge et donc de la santé de la population.

Une implication toujours plus importante des **représentants des usagers** dans toutes les instances est attendue et sera favorisée, y compris dans les structures d'exercice coordonné et dans la dimension qualité et sécurité des soins.

Une implication d'autres patients sera amplement impulsée et accompagnée par l'ARS, celle des **patients-partenaires**⁷. En l'absence d'appellation consensuelle, dans les documents du PRS sera utilisé ce terme de patients-partenaires, qui recouvre les dimensions de patient expert / ressource / parcours / pair / accompagnant / formateur.

Ces patients-partenaires ayant reçu une formation adéquate et motivés pour apporter leur expérience, leur savoir dans le quotidien avec la maladie, pourront être d'un apport important, en particulier dans la formation des professionnels et dans l'accompagnement d'autres patients (compagnonnage, pairs).

Soutenir l'engagement des **patients-partenaires**, permettra de contribuer à la qualité du partenariat soignant soigné, lequel concerne chaque patient et les soignants qui le prennent en charge.

L'accompagnement d'un patient-partenaire peut favoriser une plus grande connaissance et une meilleure compréhension des enjeux par les patients.

En effet, ces implications favorisent entre les soignants et les soignés un partage des valeurs qui concourent à la confiance, essentielle à la qualité et à la sécurité des soins pour les patients, mais aussi à la qualité de vie au travail des soignants.

L'essor de la culture de la **décision partagée** entre les professionnels et les patients, en ce qui concerne le parcours de santé de chaque patient, et aussi avec les représentants des usagers en ce qui concerne les politiques de santé, pourra ainsi être soutenu, comme cela est promu par la Stratégie Nationale de Santé.

Chacun selon son rôle (représentation ou « expertise ») contribuera à l'efficacité de la politique de santé, en étant directement associé à sa construction au niveau des programmes et des projets.

⁶ Le représentant des usagers est le porteur de la parole des usagers dans les commissions et instances dans lesquelles il a été mandaté tant dans les établissements de santé que dans les instances régionales telles les conférences régionales de la santé et de l'autonomie où il contribue à l'élaboration des politiques de santé. Il agit principalement pour garantir le respect et la promotion des droits des malades et usagers du système de santé, et contribuer à l'amélioration qualitative du système de santé.

⁷ A défaut de définition réglementaire, selon le modèle de Montréal, les patients partenaires sont des patients qui par une formation spécifique, sont en mesure de partager avec les professionnels comme avec les autres patients, leurs savoirs expérientiels de la maladie, afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et à la co- construction de programmes de santé. Ces patients apparaissent dans la stratégie nationale de santé sous la terminologie de patient usager expert, médiateur de santé pair, accompagnant de l'observance.

PLACE ET DROITS DES USAGERS

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Une nouvelle évolution des droits des usagers est apportée par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement :

- la liberté d'aller et venir est érigée au rang de droit fondamental (L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles) ;
- la loi étend au secteur social et médico-social le dispositif de la personne de confiance (Art. L. 311-5-1 du CASF).

L'inscription du projet de soins des personnes souffrant d'une maladie chronique et des personnes handicapées dans leur projet de vie est réaffirmée par l'article 92 de la loi de Modernisation du Système de Santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016), impliquant la participation de la personne à l'élaboration du parcours de santé la concernant.

Cette loi met aussi en place le droit à l'oubli (Article 190 de la loi de Modernisation du Système de Santé).

« Refus de l'obstination déraisonnable, procédure collégiale définie par voie réglementaire, sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, directives anticipées, personne de confiance » sont les mots clés de l'évolution du droit des patients concernant la fin de vie de la loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016.

La participation de la personne à l'élaboration du parcours de santé la concernant sera soutenue en région par des actions en direction des usagers et des actions en direction des soignants, dans l'objectif d'obtenir pour les uns un respect renforcé de leurs droits et leur qualité de vie, pour les autres une meilleure qualité de vie au travail.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

– Promouvoir un partenariat soignant-soigné de qualité, pour permettre à l'utilisateur d'être acteur de sa santé

Le partenariat de soins est une coopération entre le patient et ses proches et les intervenants de la santé, dans un objectif de réalisation du projet de vie du patient.

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Notre connaissance des patients partenaires dans la région et de leur implication dans les formations des professionnels de santé, ainsi que dans les programmes et actions d'Éducation Thérapeutique et les accompagnements de patients, est à ce jour parcellaire et donc insuffisante. Il est nécessaire de l'affiner dans un état des lieux afin de définir les actions à développer et promouvoir pour avoir demain dans la région un réseau de patients partenaires auquel patients, comme acteurs du système de santé et partenaires institutionnels puissent faire appel.

PLACE ET DROITS DES USAGERS

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

PROMOUVOIR UN PARTENARIAT SOIGNANT-SOIGNÉ DE QUALITÉ POUR PERMETTRE À L'USAGER D'ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Une nouvelle étape de l'amélioration de la qualité des soins est, après avoir remis le patient au cœur des organisations, de lui donner les moyens de co-construire son parcours de santé en l'incitant à participer aux décisions qui le concernent et à interagir en synergie avec les soignants. Cela implique une évolution de positionnement non seulement des usagers, avec un engagement plus fort de connaissance et de compréhension, mais aussi des professionnels de santé pour intégrer dans leur pratique quotidienne ce partenariat soignant-soigné, gage de qualité.

L'implication et l'intégration des **patients partenaires** est actuellement en plein essor dans notre pays, avec une disparité importante entre les régions et des expérimentations en cours dans certains territoires (expérimentation patients ressource parcours cancer- Ligue nationale contre le cancer). Si ce modèle, venu du Canada, est prometteur d'un plus grand respect du droit de l'utilisateur à être informé et à participer aux décisions le concernant à toutes les étapes de son parcours de santé, il reste encore à modéliser l'application de ce concept de patient-partenaire sur notre territoire.

Une attention particulière sera portée à ce que ces projets soient aussi déclinés auprès de populations ayant généralement un accès plus difficile au système de santé afin de ne pas aggraver les inégalités de santé déjà fortes dans notre région.

Définition de la priorité : Développer un partenariat soignant-soigné visant à donner aux patients qui le souhaitent les outils pour comprendre et agir en acteurs conscients. Faire progresser la place du savoir expérientiel des patients dans les formations des professionnels de santé et dans les organisations de soins afin de sensibiliser les professionnels aux droits et à l'expérience des patients, sans préjudice de l'action portée par les représentants d'usagers.

Les projets structurant associés sont :

- Engager tous les professionnels de santé dans le partenariat soignant-soigné
- Préparer le patient insuffisant rénal à la suppléance en l'associant au choix de la modalité de suppléance
- Accroître la connaissance et la compréhension des usagers concernant les prises en charge qui leur sont proposées
- Impliquer plus étroitement des patients partenaires au sein de notre système de santé.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Patients vivant avec une maladie chronique dans un premier temps, puis soins courants
Professionnels et futurs professionnels de santé

INDICATEURS DE SUIVI

Taux d'établissements de la région en classe A ou B en e-satis (score de satisfaction \geq à 74)

Et ultérieurement, sous réserve de restitution par région ou établissement :

- Indicateur de satisfaction des patients hospitalisés E-satis :
"Avez-vous (vous ou vos proches) pu participer aux décisions concernant vos soins et vos traitements ?"
- Indicateur Handifaction : "Avez-vous eu les réponses à vos questions ?"

PLACE ET DROITS DES USAGERS

ENGAGER TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LE PARTENARIAT SOIGNANT-SOIGNÉ

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'implication des patients partenaires tant dans les programmes de formations initiale et continue des professionnels de santé que leur intégration dans des équipes soignantes, favorise l'acculturation des soignants au partenariat soignant-soigné :

Ce projet se décompose en quatre phases principales :

- réaliser un état des lieux régional de la participation des patients partenaires au sein des dispositifs de formation tant initiale que continue des professionnels de santé :
 - témoignage ;
 - participation à l'élaboration et à la réalisation d'actions de formation ;
 - participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes de simulation en santé ;
- réaliser un état des lieux régional des initiatives de coopération entre soignants et patients contribuant à faire du patient un partenaire à part entière telles que :
 - intégration de patients partenaires dans les équipes de soins, afin d'accompagner des patients ;
 - participation à la création et à la diffusion d'outils en direction des patients ;
- définir avec les associations d'usagers et les professionnels les axes prioritaires de développement de l'implication des patients-partenaires dans les formations des professionnels notamment dans certains programmes de simulation en santé⁸ ;
- engager une réflexion afin de préciser les modalités pratiques de mise en œuvre de cette implication.

Pour capitaliser à partir d'une expérimentation territoriale dans le champ de l'insuffisance rénale chronique et l'étendre aux autres territoires et éventuellement la modéliser pour d'autres pathologies chroniques, le projet structurant « **Préparer le patient insuffisant rénal à la suppléance, en l'associant au choix de la modalité de suppléance** » décrit ci-après sera mis en œuvre.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Meilleur respect des droits des usagers
Meilleure qualité des soins
Meilleure utilisation du système de santé

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Patients partenaires
- Professionnels et futurs professionnels de santé

Dont partenaires institutionnels :

- Université/ instituts de formation
- Organismes de formation

POPULATION CONCERNÉE

Patients partenaires
Professionnels et futurs professionnels de santé

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

⁸ La simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus des situations cliniques ou des prises de décisions par un professionnel ou une équipe de professionnels (définition HAS). Au-delà de l'entraînement aux gestes techniques, à la mise en œuvre de procédures et au raisonnement clinique, elle permet la gestion des comportements et la gestion des risques.

PLACE ET DROITS DES USAGERS

ENGAGER TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LE PARTENARIAT SOIGNANT-SOIGNÉ



LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de programmes de formation des professionnels de santé associant des usagers, des patients partenaires

Nombre patients partenaires impliqués dans des actions en direction des patients et/ou des professionnels de santé

PLACE ET DROITS DES USAGERS

PRÉPARER LE PATIENT INSUFFISANT RÉNAL À LA SUPPLÉANCE EN L'ASSOCIANT AU CHOIX DE LA MODALITÉ DE SUPPLÉANCE

Ce projet est en lien avec les orientations de l'activité de soins traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale page 379

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Préparer le traitement de suppléance, lorsqu'un traitement de suppléance est envisagé :

- annoncer l'évolution vers le stade de suppléance et les conséquences thérapeutiques ;
- amener le patient (sa famille ou son entourage) à un choix éclairé de sa décision de modalité de traitement ;
- si indication, évoquer la possibilité de transplantation à partir de donneur vivant, inscrire le patient sur la liste de transplantation après avoir réalisé le bilan pré transplantation, préparer l'abord pour dialyse.

Les actions à mener prioritairement sont les suivantes :

- harmonisation du contenu de l'information donnée au patient sur la base d'un cahier des charges régional ;
- délivrance individuelle de l'information par une infirmière extérieure à l'équipe soignante du patient : une procédure d'organisation territoriale de la dispensation de l'information au patient sera élaborée ;
- séances d'information collective (néphrologue, infirmière, assistante sociale, usagers) : intervention d'une personne extérieure au suivi du patient (infirmière ou autre) formée.

(cf. référentiel HAS - Guide du parcours de soins du patient IRC, février 2012)

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Patient acteur de sa maladie :
L'amélioration de l'information rendue au patient doit lui permettre de devenir acteur de sa maladie en disposant d'un maximum d'éléments sur les modalités de traitement possibles afin d'exprimer un choix libre et éclairé sur la modalité retenue.
Choix du mode de suppléance fixé par le néphrologue en lien avec le patient.
- Renforcer l'égalité d'accès aux soins sur la région Occitanie.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Équipes soignantes en néphrologie
- Infirmières formées,
- Assistantes sociales...
- Associations des usagers

POPULATION CONCERNÉE

Toute personne dont ayant un diagnostic de maladie rénale, quel que soit son état de santé général (âge, comorbidités...) et le stade de la maladie.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

PLACE ET DROITS DES USAGERS

PRÉPARER LE PATIENT INSUFFISANT RÉNAL À LA SUPPLÉANCE EN L'ASSOCIANT AU CHOIX DE LA MODALITÉ DE SUPPLÉANCE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1-1

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Cahier des charges fixé pour le contenu de l'information afin d'harmoniser sur l'ensemble de la région Occitanie,
- Procédure d'organisation territoriale de la dispensation de l'information au patient
- Intervention d'une personne extérieure au suivi du patient (IDE ou autre) formée

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Dans le cadre d'une expérimentation sur l'amélioration du parcours du patient IRC, un projet démarre en 2018 sur le territoire du Gard, qui pourra être reproduit dans les autres départements. Un financement pourra être demandé pour la formation des infirmiers qui vont délivrer l'information.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Amélioration des pratiques sécurité des patients

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de personnes inscrites en liste d'attente d'accès à la greffe
- Part respective des patients dialysés à j90 en centre et hors centre

PLACE ET DROITS DES USAGERS

ACCROÎTRE LA CONNAISSANCE ET LA COMPRÉHENSION DES USAGERS CONCERNANT LES PRISES EN CHARGE QUI LEUR SONT PROPOSÉES

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.2

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Les principales phases de ce projet sont :

- favoriser l'évolution de positionnement des usagers avec un engagement plus fort de connaissance et de compréhension, en facilitant la diffusion d'outils existants, par exemple site internet :
<https://www.vivre-avec-mon-diabete.fr/>
ou « oser parler avec son médecin », outil disponible sur le site de la HAS :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/brochure_patient_vd_071113.pdf
ou à co- construire par des campagnes d'appropriation ;
- repérer avec un groupe de travail formé d'usagers les outils déjà existants et directement utilisables ;
- faire le bilan de l'utilisation du quizz mis à disposition des établissements et des associations lors de la Semaine Sécurité des Patients 2017 pour, à partir des points forts et des points faibles, envisager de créer d'autres outils de même type, avec pour objectif de rendre les usagers aptes à comprendre et agir en ce qui concerne leur propre santé en acteurs conscients et en partenaires des intervenants de la santé ;
- impulser des campagnes d'appropriation de ces outils au plus près des usagers, sans oublier les populations ayant généralement un accès plus difficile au système de santé ou celles moins rompues à l'utilisation des outils informatiques, avec les associations d'usagers et les professionnels.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Amélioration de la qualité des informations données aux usagers
Meilleur respect des droits des usagers
Meilleure utilisation du système de santé

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Patients partenaires
- Professionnels de santé
- Associations d'usagers

Dont partenaires institutionnels :

- Université/ instituts de formation

POPULATION CONCERNÉE

Population régionale

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS - Parcours « Personnes en situation de handicap »

Priorité « Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap »

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre d'outils développés en partenariat usagers-soignants

Nombre de campagnes d'appropriation

PLACE ET DROITS DES USAGERS

IMPLIQUER PLUS ÉTROITEMENT LES PATIENTS PARTENAIRES AU SEIN DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ


 PROJET
 STRUCTURANT
 N° **1.3**

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

- Modéliser les implications possibles du « Patient partenaire » dans le système de santé en France après avoir clarifié le concept à partir de l'état des lieux régional enrichi des freins et leviers auprès des professionnels de santé et des patients en soutenant un travail de recherche de niveau doctorat en science de l'éducation.
- Construire un réseau régional de patients partenaires auquel patients, comme acteurs du système de santé et partenaires institutionnels, puissent faire appel.
- Définir avec les associations d'usagers et les professionnels les axes prioritaires de développement de l'implication des patients-partenaires dans le champ des projets d'amélioration de la qualité (planification de programmes, offre et évaluation de soins et services), celui des politiques de santé (développement, implantation, évaluation) et celui de la recherche.
- Faire émerger de nouvelles vocations de patients partenaires.
- Envisager les modalités pratiques de la professionnalisation des patients partenaires.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Meilleur respect des droits des usagers
 Meilleure qualité des soins
 Meilleure utilisation du système de santé

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Patients partenaires
- Professionnels de santé
- Associations d'usagers

Dont partenaires institutionnels :

- Universités
- Conseils régionaux et départementaux

POPULATION CONCERNÉE

Population régionale
 Professionnels de santé

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS- Parcours cancer. Projet « Optimiser la prise en charge des patients traités au domicile (thérapies orales) »

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de nouveaux patients partenaires formés
 Nombre de nouveaux patients partenaires impliqués dans des actions en direction des patients et/ou des professionnels de santé

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Le Projet Régional de Santé doit prendre en considération l'accompagnement aux changements des professionnels de santé travaillant au sein des établissements sanitaires, médico-sociaux et en secteur libéral, pour répondre aux besoins avérés de ces professionnels, dans un contexte de fortes évolutions et de transformation de notre système de santé.

La Stratégie Nationale de Santé insiste particulièrement sur cet enjeu, considérant que les professionnels font justement fonctionner le système au quotidien :

« *L'actualisation régulière de leurs compétences, via une politique de formation initiale et continue adaptée aux nouvelles caractéristiques de l'activité, des prises en charge et des techniques, ainsi qu'un accompagnement étroit des questions liées à l'évolution des organisations, à la conduite du changement et à la qualité de vie au travail, sont indispensables.* »

Les changements, nombreux et impactants, doivent être anticipés et accompagnés afin que les missions dévolues aux professionnels soignants et non soignants soient exercées dans un environnement le moins fragilisé possible.

Pour relever ce défi, l'Agence a d'ores et déjà entamé une réflexion globale pour « prendre soin de ceux qui nous soignent » qui a permis d'identifier 4 axes pour lesquels les moyens humains ou financiers de l'Agence vont être mobilisés.

1. Aider et promouvoir les mesures et actions permettant d'améliorer localement les conditions de travail :

L'amélioration des conditions de travail, de la santé et la sécurité au travail représente un enjeu essentiel de la politique des ressources humaines et du dialogue social dans les établissements.

L'ARS Occitanie soutient activement, depuis de nombreuses années, le développement des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), levier important pour accompagner les structures dans le développement d'une culture de prévention, ainsi que dans la promotion des réorganisations du travail de nature à améliorer les rythmes de travail et la qualité de vie au travail (QVT).

2. Favoriser les expérimentations permettant d'améliorer la qualité de vie au travail :

La qualité de vie au travail regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail et la performance globale des établissements. Elle se traduit par un sentiment individuel et collectif de bien-être au travail, qui résulte des conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci.

La clé de voûte réside dans le pouvoir d'agir : elle place le travail, son organisation, sa transformation au centre, à la fois du dialogue professionnel au sein des services, et du dialogue social au sein des instances représentatives du personnel. Redonner le temps pour pouvoir échanger et agir sur les conditions d'exercice favorise l'engagement des personnes. Cela repose sur des mécanismes renouvelés de responsabilisation, d'autonomie et de prise de décisions.

L'ARS depuis 2016, travaille en collaboration avec l'ARACT (Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) au travers de « CLUSTERS » qui permettent d'expérimenter la mise en œuvre d'actions ayant pour objectif d'améliorer la qualité de vie au travail. Trois CLUSTERS ont été déployés. La capitalisation de ces expérimentations est un des objectifs de l'année 2018.

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

3. Faciliter l'accès aux services de santé au travail (SST) :

Afin de répondre aux difficultés rencontrées dans les services de santé au travail, notamment pour les personnels de la Fonction Publique Hospitalière, un modèle territorial d'organisation est en cours de développement. La baisse de la démographie des médecins du travail, associée à des situations de travail qui impactent la santé des personnels demande à revoir les fonctionnements.

4. Promouvoir le bien-être au travail :

L'ARS s'inscrit dans une démarche de soutien de dispositifs assurant l'amélioration du bien-être au travail des professionnels de santé. Les outils utilisés peuvent se traduire par :

- la mise en place et le fonctionnement d'une plateforme d'écoute et d'orientation ;
- des consultations physiques et des prises en charges spécifiques dans des unités dédiées ;
- l'organisation de réunions pour présenter et partager les dernières expériences et actions engagées en faveur de la protection des professionnels ;
- la coordination d'études ;
- la structuration de formations des professionnels de santé sur des actions de détection et de prévention.

L'ARS va mettre en place un groupe régional de réflexion sur les conditions de travail des professionnels de santé, qui aura pour mission de travailler sur ces 4 axes et de consolider la politique de l'Agence.

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

La prise en compte des besoins des professionnels de santé constitue l'un des leviers opérationnels identifiés dans de la stratégie nationale de santé 2018-2022, dans l'optique d'une amélioration de la qualité des prises en charge. Ce levier est décliné en deux axes principaux : l'actualisation régulière des compétences des professionnels d'une part, et l'accompagnement de questions clés liées à la pratique professionnelle et aux conditions de travail d'autre part.

La santé et le bien-être des professionnels de santé sont en effet identifiés comme des prérequis majeurs pour assurer la qualité et la soutenabilité du système de santé, car en plus de leur dimension personnelle, ils ont un impact sur la qualité du service rendu par les professionnels. Ainsi, la stratégie nationale de santé identifie un certain nombre d'objectifs liés à la qualité de vie au travail, tels que l'amélioration de l'environnement et des conditions de travail au quotidien.

La nécessité de faire progresser les compétences des professionnels de santé, et ce, tout au long de leur parcours professionnel, est également soulignée. Cela passe principalement par un renforcement de la formation et des dispositifs de développement professionnels.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les priorités opérationnelles retenues traduisent trois approches complémentaires.

La première concerne la volonté de « Prendre soins de nos soignants » et la seconde met elle-même en exergue deux nécessités additionnelles, à savoir les formations clé nécessaires pour s'adapter à l'évolution actuelle des modes de pratiques et l'augmentation de la qualité et la pertinence des prises en charge, en tirant le bénéfice des changements observés ou prévisibles.

- Priorité opérationnelle n°1 : « Prendre soins de nos soignants »
- Priorité opérationnelle n°2 : « Faire de la formation un levier pour la qualité, l'organisation et la pertinence des prises en charges »
- Priorité opérationnelle n°3 : « Accompagner l'évolution des compétences pour les prises en charge spécifiques »

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Selon les deux études récentes du cabinet de conseil Stethos « *Souffrances des professionnels de santé* » (2015) et « *Attentes des professionnels de santé en cas de souffrance psychologique* » (2016) :

- 50% des soignants sont ou ont été concernés par le burnout ;
- 14% par des conduites addictives ;
- 80% souhaitent être pris en charge dans un centre qui leur soit spécifique, de préférence éloigné de leur lieu d'exercice ;
- 75% des soignants demanderaient de l'aide en cas de souffrance ;
- 50% ne sauraient à qui s'adresser ;
- leurs attentes : des consultations physiques et une orientation simple, si nécessaire vers des structures dédiées.

Les résultats de ces études démontrent l'importance de mettre à la disposition des professionnels de santé une structure d'écoute, d'orientation et de soutien, ainsi que des lieux d'accueil spécifiques pour prévenir et prendre en charge les situations de stress, de souffrance, d'épuisement au travail.

Par ailleurs, l'offre de soins doit constamment évoluer, dans une optique d'amélioration continue de la qualité et du service rendu. Les données nouvelles issues de la recherche et de l'expérience clinique, les nouveaux modes d'exercice ou encore l'évolution des attentes et des profils des usagers sont autant de variables qui rendent nécessaire l'actualisation des compétences des professionnels de santé.

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

PRENDRE SOINS DE NOS SOIGNANTS



DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Les enjeux de cette priorité sont l'amélioration des conditions de travail et du bien-être au travail par le développement d'une culture de prévention des risques professionnels relatifs aux risques psycho-sociaux (RPS), aux troubles musculo-squelettiques (TMS) et par la lutte contre les atteintes aux personnes et aux biens en milieu de soins.

Cette priorité doit se concrétiser par la mise en place et le développement de dispositifs « plébiscités » par les professionnels eux-mêmes (numéros d'écoute, consultations physiques et orientation simple, si nécessaire, vers des structures dédiées) ainsi que par des actions définies par les établissements de santé (notamment dans le cadre des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail négociés avec les instances de représentation du personnel).

Le projet structurant associé à cette priorité est :
Soutenir les dispositifs (externes) d'appui et de suivi des professionnels de santé

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Tous professionnels de santé, quel que soit le secteur d'exercice

INDICATEURS DE SUIVI

Indicateurs du bilan social, évolution du taux d'absentéisme notamment, au sein des établissements (sous réserve de disponibilité)

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE



PROJET STRUCTURANT
N° 1.1

SOUTENIR LES DISPOSITIFS D'APPUI ET DE SUIVI DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Pour améliorer les conditions de travail et le bien-être professionnel, il conviendra de mettre en place des dispositifs complémentaires.

D'une part, il s'agit de recenser et promouvoir les dispositifs d'écoute existants ou en projet au sein de la région (les plateformes d'écoute téléphoniques).

Ces plateformes doivent permettre d'aider et d'accompagner les médecins et soignants en demande d'appui et de leur proposer, si nécessaire, des consultations dédiées, un suivi personnalisé et une prise en charge spécifique dans des unités dédiées.

D'autre part, il s'agit de promouvoir des actions d'amélioration des conditions et du bien-être au travail (prévention des risques psycho-sociaux, des troubles musculo-squelettiques et gestion de la violence et de l'agressivité pour les personnels en milieu de soins) :

1. réaliser un état des lieux en vue de diminuer la présence de facteurs déterminants de Risques Psycho-Sociaux par la mise en œuvre d'un plan d'action adapté (groupe de parole, affiches, formation gestion du stress...);
2. acquérir des équipements adaptés (rails au plafond, verticalisateurs...), aménager les postes de travail, développer la formation à la prévention des troubles musculo-squelettiques ;
3. prévenir et gérer la violence et l'agressivité pour les personnels en milieu de soins par des actions de formation, de sensibilisation (affiches, plaquettes...) et d'aménagements éventuels des locaux (réorganisation des circuits d'accueil, séparation des flux personnels/patients...) ainsi que par des mesures de prise en charge et d'accompagnement des professionnels après un acte violent (ex : cellule de debriefing suite à une situation traumatique).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Une plateforme d'écoute connue et reconnue par la profession, maillage territorial d'unités dédiées (cible : une par GHT).
- Amélioration des conditions de travail dans les établissements de santé, diminution des accidents de travail et de l'absentéisme.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Secteur associatif pour les plates formes d'écoute notamment

– Etablissements sanitaires

Dont partenaires institutionnels :

- CNOM
- URPS, fédérations...
- Assurance Maladie (CARSAT)

POPULATION CONCERNÉE

Tous professionnels de santé, quel que soit le secteur d'exercice

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

SOUTENIR LES DISPOSITIFS D'APPUI ET DE SUIVI DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Observatoire national pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR Promotion de la santé, Prévention des maladies...,
FIR CLACT

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Stratégie nationale de santé
Cluster QVT au sein des établissements

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'appels à la plateforme d'écoute
- Nombre de nouveaux appelants par an
- Nombre de professionnels de santé suivis par an
- Nombre d'accidents du travail, d'arrêts de travail

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 2

FAIRE DE LA FORMATION UN LEVIER POUR LA QUALITÉ, L'ORGANISATION ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGES

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

L'amélioration du système de santé passe nécessairement par une **adaptation** de la formation des professionnels, en y intégrant une sensibilisation et une compréhension du vécu du **patient**.

Cette évolution du contenu et des modalités de formation, mise en œuvre lors de la formation initiale mais également dans le cadre de la formation continue, doit permettre d'adapter et de faire évoluer les pratiques, afin d'assurer une prise en charge de qualité et appropriée aux besoins des usagers.

Il s'agit également de suivre les évolutions concernant les conditions d'exercice, les métiers et le fonctionnement global du système de santé.

Les priorités fixées par la Stratégie Nationale de Santé, telles que le virage de la prévention, la transversalité des parcours ou le renforcement de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, doivent se refléter dans toute nouvelle formation et en déterminer les enjeux.

Trois axes prioritaires ont été ciblés dans le cadre de cette priorité opérationnelle :

- En ce qui concerne la santé mentale, en premier lieu, les pratiques de psychiatrie ont sensiblement évolué au fil de la dernière décennie. La complexité des prises en charge nécessite de développer une approche plus pragmatique, dépassant les clivages des différentes écoles de pensée. De nouvelles approches permettent ainsi de mieux appréhender les situations complexes, telles que le « case management ». Cette approche sera favorisée pour les nouveaux projets de prise en charge de populations en situation complexe.
- Par ailleurs, le fonctionnement de l'offre de premier recours évolue. Le développement de modes d'exercice coordonnés, en particulier au sein de maisons de santé pluri-professionnelles, constitue un levier essentiel de la modernisation et du renforcement des soins de ville. Il s'agit, dans ce contexte, d'assurer la pérennité et de renforcer la plus-value de ce mode d'exercice, par le biais de la fonction de coordination.
- Un travail sur la pertinence des pratiques doit également être mené pour assurer la qualité des prises en charge et limiter les dépenses évitables. Les professionnels de santé restent peu formés à l'analyse de leurs pratiques professionnelles et à leur amélioration au regard des données récentes issues de la recherche, de l'expérience clinique, et répondant aux besoins et au libre choix du patient. La mise en place de programmes de pertinence, notamment dans le cadre d'un exercice coordonné pluri professionnel des acteurs de santé, représente un levier important de l'amélioration du parcours de soins.

Les projets structurants associés à cette priorité opérationnelle sont les suivants :

- Promouvoir le case management et l'approche multi-institutionnelle en santé mentale
- Professionnaliser la mission de coordination au sein des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP)
- Mobiliser les acteurs des formations initiales et les acteurs des formations continues DPC pour la mise en place de programmes éducatifs relatifs à la pertinence

TERRITOIRES CONCERNÉS

Toutes les zones de la région

POPULATIONS CIBLÉES

- Professionnels de santé
- Responsables des enseignements et du Développement Professionnel Continu (DPC) dans la région.

INDICATEURS DE SUIVI

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

PROMOUVOIR LE CASE MANAGEMENT ET L'APPROCHE MULTI-INSTITUTIONNELLE EN SANTÉ MENTALE

Ce projet est en lien avec les orientations du parcours santé mentale page 230

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Les différentes méthodes de suivi et de prise en charge issues du « case management » ont déjà montré leur réelle efficacité auprès des malades atteints de pathologies psychiatriques dans divers pays. Il s'agira désormais de professionnaliser les acteurs de santé par la formation à cette méthodologie en s'inspirant du dispositif MAIA et des gestionnaires de cas, déjà reconnu et largement déployé en France. L'ARS inscrira cette condition de formation et de compétence pour les nouveaux projets de dispositifs intégrés et de gestion de cas complexes.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Mise en place d'un programme de formation systématique au case management pour les nouvelles actions financées par l'Agence, notamment pour les créations de dispositifs intégrés (adolescents complexes, Réinsertion et réhabilitation psychosociale...).
Développement de la méthodologie de case management pour les situations complexes.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Établissements de santé
- Établissements médico sociaux

Dont partenaires institutionnels :

- Conseil départemental
- Direction départementale de la cohésion sociale
- Protection Judiciaire de la Jeunesse
- Éducation nationale

POPULATION CONCERNÉE

Acteurs de santé œuvrant dans le champ de la santé mentale

TERRITOIRES CONCERNÉS

Infra territorial pour les nouvelles actions financées par l'ARS

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Leviers mobilisables pour faciliter la mise en place du projet :

Diplôme universitaire au case management, méthodologie des MAIA transférable

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

DAF PSY (crédits spécifiques)
Crédits Formation

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Rapport Laforcade

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre d'acteurs de santé formés au case management
Nombre de projets avec une méthodologie de case management

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

PROJET STRUCTURANT
N° 2.2

PROFESSIONNALISER LA MISSION DE COORDINATION AU SEIN DES MAISONS DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES (MSP)

Ce projet est en lien avec les orientations de la thématique « Présence médicale et soignante, appui aux soins primaires dans les territoires » page 5

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'objectif de ce projet est de promouvoir la présence de coordonnateurs dans les MSP ouvertes.

Les actions de formation porteront ainsi sur les professionnels suivants :

- Formation-information des nouveaux coordonnateurs.
- Formation-action des coordonnateurs déjà en activité dans les MSP ouvertes, notamment par le déploiement de la formation EHESP et HAS.

Ces formations doivent apporter les compétences spécifiques nécessaires à l'organisation et à la coordination des équipes (gestion, organisation, gestion des conflits...) dans un objectif d'amélioration des conditions d'exercice et par effet indirect, d'amélioration des pratiques.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Avoir des coordonnateurs ayant bénéficié de formations dans toutes les MSP ouvertes de la région Occitanie.
Avoir réalisé un bilan qualitatif de ces formations.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- MSP
- FORMS

Dont partenaires institutionnels :

- EHESP
- HAS
- URPS

POPULATION CONCERNÉE

Prioritairement les coordonnateurs déjà en activité (formation-action).

TERRITOIRES CONCERNÉS

L'ensemble de la région Occitanie.

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Constitution de deux équipes de formateurs relais pour la région.

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Fonds d'Intervention Régional de l'ARS

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Programmes HAS et EHESP.

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre et pourcentage de MSP dont les coordonnateurs ont participé aux formations.
Analyse qualitative des formations.

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.3

MOBILISER LES ACTEURS DES FORMATIONS INITIALES ET CONTINUES POUR LA MISE EN PLACE DE PROGRAMMES ÉDUCATIFS RELATIFS À LA PERTINENCE

Ce projet est en lien avec les orientations de la thématique « pertinence » page 148

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Il s'agit en premier lieu de mettre en place, avec les responsables des enseignements en formation initiale, des modules portant sur l'apprentissage des modes de raisonnement évitant le recours aux actes et procédures de faible apport pour la santé et à risque d'effets indésirables. Cette action pédagogique a pour objectif une amélioration des comportements des professionnels lors de leurs décisions diagnostiques et thérapeutiques, dans leur pratique effective.

Ce projet vise également la diffusion de la culture de la pertinence aux professionnels n'ayant pu en bénéficier en formation initiale, et à diffuser pour mise en pratique, les priorités d'action retenues dans le plan régional d'amélioration de la pertinence. Le caractère pluri-professionnel de ces formations doit être recherché et encouragé.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Assurer une offre de formation initiale à la pertinence pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales de la région, afin de développer une culture commune, conforme aux référentiels nationaux, permettant la mise en œuvre d'une démarche et de programmes de pertinence portés par les professionnels avec l'appui de l'ARS. Ces formations doivent permettre la mise en œuvre de programme de pertinence de parcours de soins coordonnés pluri-professionnels.
- Promouvoir dans le cadre du parcours triennal de développement professionnel continu (DPC) une offre de formation à la pertinence accessible pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales de la région, afin de développer une culture commune, conforme aux référentiels nationaux, permettant la mise en œuvre d'une démarche et de programmes de pertinence portés par les professionnels avec l'appui de l'ARS.

ACTEURS REPÉRÉS

- Facultés de médecine, de pharmacie et d'odontologie
- Ecoles et Instituts de formation des professions médicales et paramédicales
- Responsables pédagogiques
- Acteurs de la formation continue des professions médicales et paramédicales de la région, reconnus par l'Agence nationale du DPC. En particulier, formation continue des généralistes et des infirmières, piliers de la prise en charge à domicile

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels médicaux et paramédicaux en formation initiale
Professionnels médicaux et paramédicaux en formation continue

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

MOBILISER LES ACTEURS DES FORMATIONS INITIALES ET CONTINUES POUR LA MISE EN PLACE DE PROGRAMMES ÉDUCATIFS RELATIFS À LA PERTINENCE



LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Surveillance et observation de la santé, mesures d'aide à l'installation des professionnels, systèmes d'information, télémédecine et e-santé, etc.

Travaux communs avec les structures et les responsables pédagogiques des enseignements à développer

Travaux de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre et nature des enseignements mis en place en formation initiale

Nombre et nature des DPC prenant en compte un volet pertinence

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES COMPÉTENCES POUR LES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

L'amélioration du système de santé passe nécessairement par une actualisation régulière des compétences des professionnels de santé, qui doivent progresser tout au long de la vie professionnelle.

Cette actualisation, réalisée lors de la formation initiale mais également dans le cadre de la formation continue, doit permettre d'adapter et de faire évoluer les pratiques, afin d'assurer une prise en charge de qualité et adaptée aux besoins des usagers. Il s'agit également de suivre les évolutions concernant les conditions d'exercice, les métiers et le fonctionnement global du système de santé.

C'est d'autant plus nécessaire pour des prises en charge appelant des compétences spécialisées, caractérisées par une évolution constante des connaissances, des approches et des techniques.

L'accompagnement doit aussi permettre de développer une culture professionnelle partagée entre les différentes professions, en allant si nécessaire jusqu'à une formation interinstitutionnelle.

Deux axes prioritaires ont été ciblés dans le cadre de cette priorité opérationnelle :

- Le système de santé doit être en mesure de prendre en charge rapidement les publics à risque ou particulièrement vulnérables. Les jeunes enfants peuvent présenter des risques de fragilité pouvant entraîner la survenue de troubles du développement et des problèmes de santé, notamment lorsque leur parents évoluent dans un contexte difficile. Les professionnels de santé concernés doivent être en mesure de repérer ces risques et de proposer des soins pour favoriser le développement de l'enfant et améliorer les compétences parentales.
- Les situations d'addiction doivent être mieux accompagnées, en fédérant les compétences et en garantissant une lisibilité des acteurs et des dispositifs, à tous les stades de la prise en charge. Les moyens, aussi bien en termes d'enseignement que de recherche, doivent être mieux structurés et valorisés, pour une prise en charge de qualité et reconnue.

Les projets structurants associés à cette priorité opérationnelle sont les suivants :

- Former les professionnels de santé concernés aux soins de développement de l'enfant
- Développer des actions de formation des professionnels en s'appuyant sur un pôle régional de formation et de recherche en addictologie

TERRITOIRES CONCERNÉS

Toute la région

POPULATIONS CIBLÉES

En fonction des thématiques/publics et des ressources spécialisées mobilisées

INDICATEURS DE SUIVI

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS AUX SOINS DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Ce projet est en lien avec les orientations du parcours santé des couples, des mères, des enfants et des jeunes
page 256

PROJET
STRUCTURANT
N° 3.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Le projet consiste à développer les compétences des professionnels de santé des maternités et services de néonatalogie en déployant sur la région la formation aux soins de développement (SD) de l'enfant.

Les soins de développement (SD) sont un ensemble de stratégies environnementales et comportementales dont l'objectif est de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né, notamment s'il est né prématurément. En pratique, on distingue :

- **les SD génériques**, techniques pouvant être utilisées pour tous les nouveau-nés et par tous les soignants à l'issue d'une formation courte de type cognitive (durée 48-72 heures) destinée aux professionnels des établissements de type 1 ;
- **les SD individualisés**, basés sur une lecture de la réponse comportementale du nouveau-né. Le Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment program (NIDCAP) est le programme de SD individualisés le plus structuré. Il nécessite une formation approfondie des soignants : formation FINE (Family & Infant Neuro-development Education) (durée 12 semaines) destinée aux services de néonatalogie de type 2 et formation à l'observation NIDCAP (durée 2 ans) destinée aux services de néonatalogie de type 3 ;
- **les soins centrés sur la famille** : transformant les familles en partenaires actifs plutôt qu'en visiteurs. Ce type de soins nécessite une formation approfondie théorique-pratique et l'intervention d'équipes pluri-professionnelles, notamment dans le domaine psychologique et social (mêmes formations que ci-dessus).

Les audits de pratique d'un service sont disponibles dans le cadre des formations susvisées. D'autres formats de formation sont disponibles.

Des études spécifiques ont démontré les bénéfices procurés par ces soins concernant :

- le développement de l'enfant : amélioration des fonctions respiratoires et digestives, du développement mental, des performances cognitives et psychomotrices et de la croissance du nourrisson ;
- le fonctionnement familial : amélioration de la parentalité, de l'attachement mère-bébé, de la satisfaction parentale ;
- l'efficacité : amélioration de la qualité des soins cliniques, réduction de la durée d'hospitalisation et des coûts hospitaliers.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Obtenir un maillage de professionnels formés aux SD sur le territoire Occitanie qui permettra une prise en charge spécialisée optimale, quel que soit le lieu d'hospitalisation de l'enfant, en faisant monter en compétences spécifiques les professionnels concernés.

Objectifs cible :

En niveau 3 : que 10 à 20% du personnel médico-soignant ait suivi une formation approfondie type NIDCAP, 30% une formation approfondie « allégée » type FINE, et tous les autres une formation courte ;

En niveau 2 : que 30% du personnel médico-soignant ait suivi une formation approfondie « allégée » type FINE, et tous les autres une formation courte ;

En niveau 1 : que 100% du personnel médico-soignant ait au moins suivi une formation courte et 1 à 2 référents une formation approfondie « allégée » type FINE.

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS AUX SOINS DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT



ACTEURS REPÉRÉS

Montpellier : GEN (Groupe d'Etudes en Néonatalogie)
Toulouse : centre de formation NIDCAP CHU de Toulouse, Université de Toulouse III

POPULATION CONCERNÉE

Tous les nouveau-nés hospitalisés notamment les nouveau-nés prématurés et/ou vulnérables du fait de leur histoire périnatale

TERRITOIRES CONCERNÉS

La région

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Levier financier : Puéricultrice certifiée NIDCAP en niveau 3
- Levier CPOM : Objectif de formation SD à inscrire dans CPOM des établissements de type 3/2 et 1

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR et plans de formation des établissements :
L'allocation de 0,5 ETP de puéricultrice, (certifiée NIDCAP), est indispensable dans les 4 unités de type 3 de l'Occitanie pour assurer une formation continue ainsi qu'une guidance pratique de l'équipe et pour veiller à la supervision et à la réalisation quotidienne de ces observations chez les nouveau-nés les plus vulnérables.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS - Parcours santé des couples, des mères, des enfants et des jeunes

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de professionnels formés / type de formation / par type de maternité/par département
Nombre de professionnels de type 3 formés à Nidcap

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

PROJET
STRUCTURANT
N° 3.2

DÉVELOPPER DES ACTIONS DE FORMATION DES PROFESSIONNELS EN S'APPUYANT SUR UN PÔLE RÉGIONAL DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN ADDICTOLOGIE

Ce projet est en lien avec les orientations concernant les personnes en situation d'addiction page 424

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Ce projet consiste à fédérer les compétences et les moyens de recherche et d'enseignement dans le domaine de l'addictologie en Occitanie et à favoriser la lisibilité de cette spécialité.

Compte tenu des files actives régionales très importantes, de la motivation des intervenants et de leur nombre, un pôle régional permettrait à la région Occitanie de s'affirmer comme une région phare de la recherche en addictologie en lien avec les cliniciens.

Cela se justifie d'autant plus que l'épidémiologie régionale est préoccupante avec des prévalences de consommations très élevées par rapport au niveau national, en particulier pour l'alcool.

Un accord a été rapidement trouvé entre les 3 services d'addictologie de CHU afin de travailler à la mise en place de ce projet.

D'autres acteurs pourraient si nécessaire être inclus lors du lancement des travaux (ex. : les associations médicales de formation continue postuniversitaires...).

Ce pôle ressource régional aura également pour mission d'élaborer, sous la présidence d'un PU-PH, un programme pluriannuel de formations, en mettant l'accent sur les formations croisées et la diffusion des différents travaux de recherche menés. Des journées d'échange de pratiques permettront le développement d'une culture professionnelle commune.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Faire émerger une recherche régionale en addictologie dont le niveau de qualité lui permette d'acquérir une lisibilité française et européenne.
- Améliorer la santé individuelle des patients, la santé collective de la population, fluidifier les parcours de soin et donc, in fine, améliorer le ratio coût/efficacité pour les soins addictologiques de la région.
- Permettre aux professionnels de mieux se connaître et de sortir du cloisonnement.
- Mettre en place un programme régional annuel de formations institutionnalisés.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- CHU Montpellier, CHU Nîmes, CHU Toulouse
- PU PH
- Fédération addiction

POPULATION CONCERNÉE

CHU, CHG, Universités, équipes de recherche, professionnels de santé (CSAPA, CAARUD, CJC, CH, cliniques...), associations, réseaux, URPS (médecins, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes), fédérations

TERRITOIRES CONCERNÉS

Territoire régional

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE

DÉVELOPPER DES ACTIONS DE FORMATION DES PROFESSIONNELS EN S'APPUYANT SUR UN PÔLE RÉGIONAL DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN ADDICTOLOGIE

PROJET
STRUCTURANT
N° 3.2

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Création d'un poste d'Attaché ou Ingénieur de recherche clinique
Annuaire des acteurs de l'addictologie
Soutien à l'élaboration du plan régional de formation et des journées d'échanges

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Redéploiement de crédits FIR
Mise à disposition par le CHU de Nîmes de bureaux et recherche de co-financements
CNR médico-sociaux - plans de formation établissements de santé

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Risques et vigilances
PRS – Filière addiction

INDICATEURS DE SUIVI

Formalisation de partenariats
Productions du pôle régional
Nombre de professionnels formés

QUALITÉ – SÉCURITÉ

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé (Axe III de la Stratégie Nationale de Santé – Décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017)

En ville, en établissement de santé ou en structure médico-sociale, la sécurité des patients est une absolue nécessité pour tous les usagers et la qualité des parcours de soins un enjeu incontournable.

La diffusion de la culture qualité/sécurité a progressé ces 5 dernières années, soutenue par des initiatives en provenance des professionnels, une meilleure implication des représentants d'usagers formés dans les différentes instances tant régionales que locales et en établissement ainsi que par des programmes d'appui financés par l'ARS.

Au cours des 5 prochaines années du PRS 2, cette culture devra encore continuer à progresser et se répandre et s'adapter aux mutations des modes de prises en charge qui sont marqués par une évolution continue et rapide des technologies.

Pour ce faire, l'ARS ambitionne de promouvoir une culture commune marquée par des comportements individuels et organisationnels qui cherchent continuellement à améliorer la qualité des prises en charges en santé et à réduire les dommages aux patients.

La structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA), dont le programme d'action contribuera à harmoniser cette culture dans les différents secteurs et à accompagner sur le sujet l'ensemble des acteurs en santé, sera mise en place afin de répondre à ces objectifs.

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Au sein de la loi de modernisation n°2016-41 du 26 janvier 2016, les objectifs opérationnels du Schéma Régional de santé (Art. L. 1434-2.) portent notamment sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médicosociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Un renforcement des outils de coordination du parcours du patient est mis en place : la lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient devient réglementaire (décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016) et le partage des informations entre professionnels du secteur médico-social ou social ou établissements ou services des secteurs social et médico-social, est encadré par les dispositions des articles L1110-4 et suivants.

L'article R. 1413-74 issu du décret n° 2016-1606, expose que, dans le cadre des missions mentionnées au e du 2° de l'article L. 1431-2, les agences régionales de santé organisent l'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients en mettant en place des Structures Régionales d'Appui. Ce même décret assoit la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins, il est complété par le décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

L'instruction DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients est venue compléter ces décrets.

QUALITÉ – SÉCURITÉ

L'instruction DGS/VSS1/PP1/PP4/EA1/SG/DGOS/PF2/78 du 3 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaires a réformé les vigilances sanitaires et la prise en charge des événements indésirables graves. L'ARS décline ces dispositifs en tenant compte des spécificités régionales exprimées par les professionnels de santé. À cet effet, le Réseau Régional des Vigilances et d'Appui (RREVA) compte 4 groupes de travail sur : les facteurs humains et organisationnels, la promotion de la déclaration, l'identitovigilance, et les multi vigilances/cas complexes.

L'arrêté du 19 décembre 2017 fixe le cahier des charges des Structures Régionales d'Appui.

En région Occitanie, ces orientations nationales feront l'objet d'un accompagnement afin que les professionnels puissent se les approprier et les mettre en œuvre, pour une meilleure qualité des soins et une plus grande sécurité des patients.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

- Accroître la qualité des informations lors des partages / échanges entre les professionnels de santé et avec le patient
- Poursuivre l'inscription de la culture qualité/sécurité dans l'action quotidienne des professionnels de la région

QUALITÉ – SÉCURITÉ

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge sont deux attentes légitimes des usagers du système de santé.

D'importantes évolutions ont été initiées pour une meilleure sécurité des soins, et même s'il est constaté une progression des signalements depuis les 5 dernières années, le nombre d'évènements indésirables graves signalés demeure plus faible que les données de référence.

La région Occitanie n'échappe pas à ce constat national, mais des leviers spécifiques sont mobilisables afin de poursuivre l'investissement des professionnels de la région.

Dans un contexte marqué par l'évolution récente des obligations faites aux professionnels, l'évolution des outils et l'évolution de la relation soignant soigné, la promotion du signalement des évènements indésirables et la mise en place d'analyse des risques doivent être appropriées par l'ensemble des professionnels. Une attention particulière devra ainsi être apportée à la formation et l'information des professionnels.

L'appropriation d'une culture qualité/sécurité devra être accompagnée au niveau institutionnel afin de poursuivre le déploiement des logiques d'organisations apprenantes, ainsi que l'organisation d'un fonctionnement décloisonné permettant des interactions entre la gestion des risques associés aux soins et celle des différents autres risques.

Beaucoup de professionnels ressentent aujourd'hui un certain isolement devant l'ensemble des engagements qui leur sont demandés dans le domaine de la qualité et de la sécurité et des difficultés pour les mettre en œuvre.

Il s'agit donc d'organiser l'appui et l'accompagnement des professionnels de santé dans le champ de la qualité et de la sécurité en mettant à leur disposition une structure régionale d'accompagnement et de partage-mutualisation :

- appui par des professionnels experts ;
- promotion des bonnes pratiques professionnelles en particulier via l'évaluation des pratiques professionnelles, le retour d'expérience et la comparaison.

Une attention particulière sera portée sur le déploiement d'un nouvel outil réglementaire contribuant fortement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité du patient lorsqu'il quitte un secteur de prise en charge pour en intégrer un autre : la lettre de liaison.

Les patients-usagers seront aussi accompagnés pour devenir des partenaires des acteurs de santé et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, comme cela est développé dans la partie Place et droits des usagers du PRS.

Bien que n'étant pas une vigilance réglementaire, l'identitovigilance est une des problématiques majeures de la prise en charge des patients. La dynamique de parcours et l'impact des GHT renouvellent cette problématique déjà complexe et justifient d'en faire une priorité renforcée pour la sécurité des patients. L'implication des professionnels et la sensibilisation des patients est plus que nécessaire afin de les rendre acteurs de cette dynamique.

QUALITÉ – SÉCURITÉ

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES INFORMATIONS LORS DES PARTAGES ET ÉCHANGES ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET AVEC LE PATIENT

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Une insuffisance de communication entre les professionnels figure souvent parmi les causes des événements indésirables associés aux soins, comme dans les motifs de réclamation ou d'insatisfaction des usagers.

Une information de qualité donnée au patient permet son implication dans les processus de décision le concernant et donc une meilleure adhésion et un meilleur résultat des soins.

La loi de modernisation de notre système de santé est venue préciser les modalités de transmission de l'information lors des entrées et sorties d'hospitalisation et le décret 2016-995 du 20 juillet 2016 a précisé les éléments qui doivent figurer dans les **lettres de liaison**.

Le patient, considéré et se considérant comme partenaire des professionnels qui le prennent en soin, a un rôle important à jouer pour améliorer qualité et sécurité des soins.

Les évolutions de ces dernières années permettent aux patients de retrouver actuellement leur domicile plus rapidement qu'antérieurement ou d'être totalement pris en charge à domicile. La qualité de l'information entre les professionnels qui les prennent en soins tout au long de leur parcours est donc primordiale et permet de contribuer à l'amélioration de la coordination de la prise en charge du patient.

Projet structurant : Soutenir les professionnels de santé dans le déploiement des lettres de liaison réglementaires

Il s'agit d'impulser le déploiement de la lettre de liaison (à l'entrée et à la sortie), au sein des établissements sanitaires et médico sociaux, comme en ambulatoire. Un appui ciblé facilitera l'appropriation de cet outil par les professionnels.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région

POPULATIONS CIBLÉES

Population hospitalisée qui pourra éventuellement dans un premier temps être limitée à certains types de séjours.

INDICATEURS DE SUIVI

Taux d'événements indésirables ou de réclamations en lien avec des insuffisances de communication/information

Taux d'établissements de la région en classe A ou B en e-satis » (score de satisfaction \geq à 74)

Et ultérieurement, sous réserve de restitution par région ou établissement : indicateur de prise en charge e-satis

**QUALITÉ –
SÉCURITÉ**

 PROJET
STRUCTURANT
N° **1.1**
**SOUTENIR LE DÉPLOIEMENT DES LETTRES DE LIAISON
RÈGLEMENTAIRES**
DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La lettre de liaison qu'elle soit donnée au patient lorsque le médecin l'adresse en hospitalisation ou le jour de sa sortie d'hospitalisation (Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016) est un fort vecteur d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Sa généralisation sera favorisée par :

- la constitution de groupes pluriprofessionnels volontaires (Établissements de santé, Établissements médico sociaux, soins primaires) ;
- l'appui à l'écriture d'un document cadre respectant les termes du décret et répondant pour chaque professionnel à ses besoins particuliers de communication/information sur le parcours du patient ;
- la mise en commun des productions et harmonisation pour mise à disposition d'un document régional ;
- dans le même temps, l'accompagnement des MSP dans l'élaboration de la procédure « modalités de transmission du volet de synthèse médicale ».

L'association des usagers à ce travail de mise en œuvre opérationnelle du décret n° 2016-995 est incontournable, la lettre de liaison devant être remise au patient.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Meilleure coordination et qualité de la sortie d'hospitalisation

Limitations des réhospitalisations à court terme (nouvel indicateur déployé nationalement : taux de réhospitalisations dans un délai de 1 à 7 jours en MCO)

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Structure Régionale d'Appui
- Professionnels d'établissements sanitaires et médico sociaux
- Professionnels des soins primaires dont Professionnels de MSP
- Usagers

POPULATION CONCERNÉE

Population hospitalisée

Population prise en charge dans les MSP

TERRITOIRES CONCERNÉS

Établissements, GHT et professionnels des soins primaires dans leur zone d'influence

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

IFAQ pour les établissements sanitaires

Accord Cadre Interprofessionnel pour les MSP

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – Thème transversal Place et droits des usagers : promouvoir un partenariat soignant-soigné de qualité pour permettre à l'utilisateur d'être acteur de sa santé

INDICATEURS DE SUIVI

Valeur régionale de l'indicateur IPAQSS lettre de liaison
Taux de MSP ayant mis en place une procédure « modalités de transmission du volet médical »

POUR SUIVRE L'INSCRIPTION DE LA CULTURE QUALITÉ/SÉCURITÉ DANS L'ACTION QUOTIDIENNE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Notre système de santé s'adapte en permanence pour répondre aux besoins des patients porteurs d'une maladie chronique toujours plus nombreux.

La poly-pathologie d'une part importante d'entre eux explique en partie la complexité du parcours nécessaire à une bonne prise en charge.

Les évolutions de la médecine sont multiples et contribuent aussi à la complexité du système et à une obsolescence plus rapide des connaissances.

Les hospitalisations seront de plus en plus courtes (virage ambulatoire et développement d'alternatives à l'hospitalisation) et techniques et les professionnels des soins primaires seront de plus en plus sollicités de par le souhait légitime des patients d'être soignés au plus près de leur lieu de vie et ceci dans un contexte de démographie médicale inégale selon les zones de la région.

Les risques dans les parcours de soins vont donc aller croissant et particulièrement aux articulations des différents secteurs d'offre de soins. Les nouvelles techniques de prises en charge (e-santé notamment) modifient considérablement la prise en charge.

Elles rendent d'autant plus prégnante la nécessité d'une culture de qualité/sécurité partagée au quotidien entre les professionnels.

Améliorer la sécurité des prises en charges est une attente légitime des usagers du système de santé alors que la fréquence des événements indésirables associés aux soins reste élevée et un tiers de ces événements serait évitable.

Le manque de compétence technique des professionnels est rarement la cause de ces événements. Ils sont le plus souvent liés à des défauts d'organisation, de coordination, de vérification ou de communication.

Afin de faire face à ces enjeux il s'agit :

- de développer la culture de l'évaluation et de l'amélioration continue de la qualité ;
- d'agir sur les facteurs humains et organisationnels pour développer la perception globale de la sécurité ;
- d'augmenter la fréquence du signalement des événements indésirables graves y compris les presqu'accident (erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient, erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient et erreurs qui pourraient nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet) ;
- de promouvoir les réponses non punitives à l'erreur.

Projet structurant n°1: Doter la région d'une Structure Régionale d'Appui fortement engagée dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité

Projet structurant n°2 : Sécuriser l'identification du patient (identitovigilance)

QUALITÉ – SÉCURITÉ



POUR SUIVRE L'INSCRIPTION DE LA CULTURE QUALITÉ/SÉCURITÉ DANS L'ACTION QUOTIDIENNE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

TERRITOIRES CONCERNÉS

Toute structure et professionnel de santé de la région

POPULATIONS CIBLÉES

- Toute la population
- Tous les professionnels de santé du secteur des soins primaires
- Pour les institutions, sont concernés tous les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Néanmoins il convient de retenir une dimension individuelle et collective.

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'évènements indésirables graves (EIG) déclarés ayant fait l'objet d'une analyse des causes profondes de qualité et/ou d'un plan d'action
- Volume des évènements signalés (le signalement n'étant pas obligatoire hormis pour les EIG, cet indicateur traduit la propension des professionnels à entrer dans la démarche)
 - par les professionnels de ville
 - par les professionnels exerçant en établissements sanitaires et médico-sociaux

QUALITÉ – SÉCURITÉ

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

DOTER LA RÉGION D'UNE STRUCTURE RÉGIONALE D'APPUI FORTEMENT ENGAGÉE DANS L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Fédérer les compétences de la région en qualité et gestion des risques dans la SRA pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins par le soutien méthodologique des professionnels de santé dans leurs démarches d'amélioration de leurs pratiques :

- co construire une Structure régionale d'appui pour et avec les professionnels de la région ainsi que les représentants des usagers du système de santé : concertation régionale, constitution d'un comité de préfiguration, définition des axes prioritaires de travail à partir d'une enquête de besoins ;
- envisager d'intégrer la pertinence dans le champ de la SRA, en lien avec l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) ;
- contractualiser dès 2018 pour engager le programme d'actions de la SRA en direction :
 - de l'ensemble des professionnels concernés pour l'amélioration de la qualité et en particulier celle des parcours de soins ;
 - des équipes de soins primaires, en débutant par les professionnels des structures d'exercice coordonné, afin de favoriser le repérage et l'identification d'événements indésirables, de soutenir et développer l'analyse des causes et des retours d'expérience pour ces événements indésirables, de permettre leur traçabilité dans les systèmes d'information ;
 - des professionnels de santé les moins engagés dans la promotion du signalement et dans la gestion positive de l'erreur.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Meilleure qualité des soins
- Mise en place de barrières efficaces pour prévenir les événements indésirables
- Mise en place d'une dynamique continue de l'amélioration de la qualité et de la sécurité
- Réduction des hospitalisations pour événements indésirables graves
- Meilleure qualité de vie des patients, meilleure qualité de vie au travail des soignants
- SRA connue des professionnels de santé de toute la région et dont le bilan d'activité permet d'évaluer les actions mises en œuvre
- Meilleure exhaustivité et réactivité des signalements : inciter à déclarer afin d'implémenter des partages d'expériences
- Meilleure qualité des contenus de déclaration : des déclarations de qualité pour améliorer le système
- Développement des démarches d'amélioration continue où les erreurs conduisent à des changements dont l'efficacité est elle-même évaluée
- Déploiement des « organisations apprenantes »
- Développement des logiques de réponse non punitive à l'erreur dans l'ensemble des établissements sanitaires et médico sociaux de la région
- Sensibilisation et implication d'équipes de professionnels libéraux dans la gestion des risques

QUALITÉ – SÉCURITÉ

DOTER LA RÉGION D'UNE STRUCTURE RÉGIONALE D'APPUI FORTEMENT ENGAGÉE DANS L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Professionnels de la gestion des risques
- Établissements sanitaires et médico-sociaux
- Professionnels de santé libéraux, Professionnels de l'équipe de soins
- Usagers

Dont partenaires institutionnels :

- Structures régionales d'appui et de vigilances
- Agences nationales, HAS
- Associations représentant les usagers

POPULATION CONCERNÉE

Toute la population

Population marquée par des contraintes et des modes de fonctionnement hétérogènes nécessitant une adaptation de nos attentes aux exigences particulières du secteur dans lequel elle évolue.

Équipes de soins primaires qui s'impliquent dans la démarche.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région

L'ensemble des secteurs de prise en charge

Dispositif expérimental en cours dans trois MSP de la région (Hérault et Pyrénées-Orientales) avec Apperqual.

- Déploiement dans le Tarn et le Gers.
- Puis diffusion sur les territoires des CPTS des professionnels correspondant.

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Concertation large avec les professionnels de la région pour la création de la structure régionale d'appui
- Campagne de communication grand public et ciblées (MG, vigilants...)
- Missions d'appui et expertise notamment par les structures régionales de vigilance et d'appui
- Mobilisation autour de projets structurants (semaines nationales, colloques, journées)
- Portail des signalements
- Charte de non punitivité, dont la trame a été posée par l'instruction du 3 mars 2017
- Développement de méthodes d'appui : visites de risques, e learning
- Coordonnateurs des MSP
- Études Prisme et Esprit

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR
ACI

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

INDICATEURS DE SUIVI

- Part des professionnels accompagnés par la SRA (à partir du bilan d'activité de la structure)
- Taux d'événements indésirables graves déclarés ayant fait l'objet d'une analyse des causes profondes de qualité et/ou d'un plan d'action
- Nb d'actions de communication
- Nb de missions d'appui
- Nombre de retours d'expérience en soins primaires
- Nombre de Revues de Morbi Mortalité (RMM) effectuées en soins primaires

QUALITÉ – SÉCURITÉ

SÉCURISER L'IDENTIFICATION DU PATIENT

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.2

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'identitovigilance est une des problématiques majeures de la prise en charge des patients. Une mauvaise identification des patients peut être une cause d'événement indésirable grave (EIG). Par ailleurs, elle est identifiée comme pratique exigible prioritaire du manuel de certification des établissements de santé (ES) version 2010.

L'organisation des parcours de prise en charge peut accroître les risques en matière de sécurité sanitaire. Il s'agit à toutes les étapes de la prise en charge de prévenir l'erreur d'identité du patient.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Rédiger la charte d'identitovigilance (à 1 an) et la déployer, notamment via les GHT (à 5 ans)
- Mettre en place une Cellule d'identitovigilance régionale qui intégrera le RREVA
- Déployer un dispositif technique régional de partage de l'identité patient (base régionale, MPI (MatchMerge Patient Identification)...), sur lequel les établissements respectant la charte pourront s'appuyer.

ACTEURS REPÉRÉS

- DIM des établissements sièges de GHT puis les autres ES
- ES, laboratoires de biologie médicale
- Tous les professionnels de santé (URPS puis ordres)
- ESMS
- Usagers et Associations représentant les usagers

Dont partenaires institutionnels :

- Structures régionales de vigilances et d'appui
- RREVA, HAS
- GIP e-santé Occitanie (Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-santé)

POPULATION CONCERNÉE

Toute personne dès lors qu'elle devient usager du système de santé

TERRITOIRES CONCERNÉS

L'ensemble de l'Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- GHT
- Thématique force de la certification
- Appui et mobilisation du RREVA

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

- MIG
- FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- PNSP
- Certification HAS
- PRS – Thème transversal transformation numérique en santé : imagerie (SNRI), SNAC, MSS-R...

INDICATEURS DE SUIVI

- Taux d'EIG lié à une mauvaise identification du patient
- Indicateurs de suivi au niveau GHT : taux de doublons, taux de collision, taux de modification d'identité
- Nombre de structures ayant mis en place une identitovigilance
- Nombre de systèmes d'information hospitaliers connectés au référentiel régional de partage des identités

PERTINENCE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Les actions d'amélioration de la pertinence ont pour objectif de garantir à l'ensemble de la population un accès à des soins alliant qualité et efficacité, compatible avec l'objectif national des dépenses d'assurance maladie fixé par les pouvoirs publics :

- en réduisant les inadéquations ou en limitant les hospitalisations évitables (pertinence des séjours, pertinence des parcours de soins) ;
- en optimisant les modes de prise en charge - hospitalisation complète, hospitalisation partielle, de jour, l'HAD, soins ambulatoires, soins externes - (pertinence des modes de prises en charge en priorisant le virage ambulatoire) ;
- en promouvant une approche globale, décloisonnée, équilibrée de l'offre des soins délivrés aussi bien en établissement de santé, qu'en médecine ambulatoire (en maison ou en centre de santé, en cabinet libéral...);
- en participant à l'amélioration des pratiques (pertinence des actes diagnostiques, thérapeutiques et de l'utilisation des produits de santé).

L'ambition de l'Agence Régionale de Santé est de développer la culture de la pertinence au sein des établissements sanitaires et médicosociaux publics ou privés, chez les professionnels libéraux, et chez les usagers qui doivent être pleinement acteurs du système de soins, en particulier ceux porteurs de maladies chroniques.

Ceci en promouvant, dans les domaines repérés comme prioritaires dans le projet régional de santé, la construction de parcours corrigeant les manques, les insuffisances ou les excès de soins (inutiles ou générateurs de risques pour les patients). Il s'agit aussi de lutter contre l'organisation cloisonnée de notre système de santé.

Les changements dans le comportement des acteurs, professionnels ou patients y compris leur entourage, permettront de renforcer la confiance dans le système de santé, en comblant l'écart de compétences entre les experts et les « profanes ».

Pour réaliser cette ambition forte, l'ARS envisage de solliciter directement les professionnels pour les amener à bien s'approprier la culture de la pertinence et pour faire émerger des démarches probantes d'amélioration de la pertinence, basées sur des retours d'expérience du terrain et une évaluation partagée par les professionnels eux-mêmes.

Un premier constat, positif, est la prise de conscience, par tous les acteurs, de l'enjeu que l'amélioration de la pertinence des soins représente pour la pérennité de notre système de santé. Cet enjeu est de « continuer à garantir les meilleurs soins, en préservant les grands équilibres économiques, face aux défis de la médecine de demain » (rapport Sénat sur la Pertinence du 20 juillet 2017).

PERTINENCE

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Depuis 2011, la Direction Générale de l'Offre de Soins a lancé des travaux visant à améliorer la pertinence des soins délivrés.

Le guide méthodologique adressé fin 2012 aux ARS pour la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la pertinence a promu une méthodologie rigoureuse s'appuyant au plan national sur des référentiels reconnus, sur des analyses de taux de recours, et au plan régional sur la construction avec les professionnels de santé de programmes dans les domaines reconnus comme prioritaires.

La mise en place d'une instance régionale d'amélioration de la pertinence (IRAPS) et l'affichage des priorités régionales dans le plan régional d'amélioration de la pertinence (PAPRAPS) sont des leviers favorisant la mobilisation des professionnels et des établissements dans la région.

A partir des acquis et des programmes déjà construits avec les professionnels de santé, la contractualisation en cours (nouveaux contrats CAQES) assure des perspectives concrètes de développement de la culture de la pertinence.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

- Développer la culture de la pertinence (avec l'accent mis sur l'activité d'imagerie)
- Consolider le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins (CAQES) comme levier d'amélioration de la pertinence

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Enseignement de la pertinence :

- La formation des professionnels de santé aux enjeux de la pertinence est faible ou inexistante ;
- ceci est un frein important au développement de programmes de pertinence qui nécessitent une forte implication de leur part ;
- il faut pouvoir proposer cette formation aux futurs professionnels de santé en formation initiale, mais aussi aux professionnels en cours d'exercice.

Mobilisation des acteurs pour la pertinence des parcours :

La mise en œuvre effective de parcours de soins pertinents nécessite que l'ARS garantisse, par l'utilisation d'une méthodologie rigoureuse, une organisation des travaux et une démarche efficaces, favorisant :

- un exercice coordonné pluri professionnel : le travail en équipe pluridisciplinaire ;
- un meilleur accès aux soins ;
- une implication des patients.

En prérequis, l'ARS devra développer une capacité de création, de mise à disposition et d'exploitation d'outils numériques au service des professionnels et, éventuellement des patients engagés dans ces parcours.

PERTINENCE

DÉVELOPPER LA CULTURE DE LA PERTINENCE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 1

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

La Stratégie Nationale de Santé rappelle que le système de santé doit sans cesse améliorer le niveau de qualité des services et des produits de santé proposés à la population. Il doit aussi garantir la pertinence des pratiques, afin d'améliorer la qualité du service et de limiter les dépenses évitables.

Cette attente nécessite que la culture de la pertinence soit largement diffusée, tant auprès des professionnels de santé que des usagers du système de santé, par le biais de la formation (initiale et continue), mais également en rendant plus accessibles et appropriées les recommandations de bonnes pratiques.

La balance bénéfiques / risques doit devenir une préoccupation à intégrer dans toutes les décisions partagées (cf. « *partenariat soignant-soigné* » entre les professionnels et les usagers).

Pour que les professionnels et les usagers s'emparent de cette culture, les initiatives voire les innovations issues du terrain sont promues.

Il s'agit de faire confiance aux acteurs, pour que les pratiques professionnelles évoluent, dans une démarche continue d'analyse de ces pratiques et de mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Les résultats attendus sont de deux ordres :

- susciter l'adhésion des professionnels, directement associés à la construction des programmes et des actions d'amélioration de la pertinence ;
- repérer des démarches probantes d'amélioration, qui peuvent être évaluées et généralisées.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Territoires de la région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Les professionnels de santé
Les usagers

INDICATEURS DE SUIVI

- Evolution des taux de recours ou du nombre d'actes faisant l'objet d'un programme de sensibilisation à la pertinence.
Estimation des dépenses évitées.
[actes à cibler]

PERTINENCE

MOBILISER LES PROFESSIONNELS, LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES USAGERS POUR DÉVELOPPER LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

- Soutenir et mobiliser les initiatives des professionnels et des établissements sanitaires et médicosociaux :
 - En proposant, au moyen d'un appel à projet des financements facilitant la mise en œuvre de programmes pertinents et innovants.
 - En couvrant l'ensemble des champs sanitaires hospitaliers, ambulatoires et médicosociaux, sans exclusion de thèmes a priori.
 - En prenant en compte la qualité des propositions en terme de réduction des risques, d'amélioration de la prise en charge et de la relation patient praticiens.
- Faire évoluer le modèle financier vers l'incitation à la qualité et la pertinence des soins (tarification au parcours ou à l'épisode de soins). L'objectif à terme sera de mettre en place un mécanisme de réinvestissement des économies réalisées, bénéficiant aux équipes impliquées dans les programmes.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Réduire la proportion d'actes délétères, de dépenses injustifiées et d'effets indésirables.
- Améliorer la santé des usagers.
- Développer la culture de la qualité et de la pertinence. Multiplier le nombre de professionnels et d'établissements impliqués dans l'amélioration des pratiques en pertinence médicale.
- Soutenir les évolutions organisationnelles des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux susceptibles de renforcer la coordination des pratiques et la continuité des prises en charge.
- Développer l'amélioration continue des pratiques professionnelles, selon les recommandations de bonnes pratiques via des « groupes qualité » ou au travers d'outils numériques (aide à la décision, à la prescription).
- Développer l'information par les professionnels de santé des usagers, en particulier pour la discussion de la balance bénéfice risque des prescriptions ou des actes.
- Mettre en place un cadre juridique structurant les dispositifs expérimentaux loco-régionaux.
- Evaluer, sécuriser, et favoriser la recherche notamment médico-économique sur les organisations innovantes.

ACTEURS REPÉRÉS

- Etablissements de santé
 - Etablissements médicosociaux
 - Professionnels de santé
- Dont partenaires institutionnels :
- Instance régionale d'amélioration de la pertinence
 - Structure régionale d'appui

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels de santé de la région et gestionnaires intervenant dans la qualité

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

PERTINENCE

MOBILISER LES PROFESSIONNELS, LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES USAGERS POUR DÉVELOPPER LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE



PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Accompagnement des équipes sur le plan méthodologique (SRA) et pour la mise à disposition d'outils numériques (aide à la prescription et à la décision).
Constructions de projets s'appuyant sur des référentiels de bonnes pratiques reconnus.
Financement des projets retenus.

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Fond d'intervention régional.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- Stratégie nationale de santé
- Certification
- Programmes qualité et sécurité

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de projets mis en œuvre dans la région, pour chacun des champs hospitalier sanitaire, ambulatoire et médicosocial.
- Niveau de satisfaction des usagers.
- Niveau de participation des usagers à la gouvernance et aux actions de recherche de l'amélioration de la qualité et de la pertinence de l'offre de santé.

PERTINENCE

PROMOUVOIR PLUS DE PERTINENCE DANS L'ACTIVITÉ D'IMAGERIE

Ce projet est en lien avec les orientations concernant les équipements matériels lourds page 402

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'imagerie médicale est une discipline structurante, à la croisée des évolutions en cours de notre système de soins.

Elle est également la source d'un questionnement **éthique** (décision thérapeutique fondée sur une image, question de l'annonce en radiologie, gestion de découvertes fortuites, incidentalomes...).

En France, on dénombre plus de 20 millions d'actes d'imagerie par an.

L'activité d'imagerie en coupe est très élevée, en particulier pour les pathologies ostéo-articulaires (54% des IRM) et doit de ce fait faire l'objet d'une évaluation de sa pertinence.

En dépit d'une forte productivité des appareils, le besoin n'est pas pour autant satisfait : délais d'attente importants et probablement, des examens inadaptés par défaut d'accès rapide à l'IRM (scanner au lieu d'IRM). Les scanners les plus anciens et les plus irradiants devront être remplacés en priorité.

Par ailleurs, une part importante des demandes d'examen est incomplète et ne renseigne pas sur la motivation, les antécédents radiologiques et les données cliniques pouvant justifier cette demande.

La question du **bon usage** des équipements existants doit donc accompagner toute nouvelle installation, dans un processus d'amélioration de la qualité et la sécurité des prises en charge et dans le respect des règles et recommandations de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (circuit du médicament) et de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), notamment en matière de radioprotection.

Le questionnement **éthique** et la législation qui s'applique en matière de recours aux images, sont développés dans l'activité de soins « Imagerie médicale (EML) », tant en terme d'ambition portée par l'Agence, qu'en terme d'objectifs qualitatifs, notamment les modalités de l'annonce.

L'accessibilité territoriale, en améliorant la couverture des zones aux besoins non ou mal satisfaits, par une offre organisationnelle mutualisée (plateaux d'imagerie médicale mutualisés : PIMMs), ainsi que par une offre numérique (téléradiologie) et efficiente (Permanence des Soins) constitue l'autre enjeu principal, qui y est développé.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

L'amélioration de la pertinence des examens sera abordée selon les axes suivants :

1. Meilleure utilisation des guides existants, notamment en incorporant les éléments du guide de la Société Française de Radiologie dans les logiciels de demande dématérialisée d'examen ; y compris en milieu hospitalier ou les demandes de routine doivent laisser place à des demandes motivées.
2. Mises en place d'actions de formation et de rencontres entre radiologues et demandeurs d'examens, dans la logique du développement professionnel continu (DPC).
3. Suivi des données de consommation par territoire avec détection et analyse des atypies.
4. Création d'un observatoire de la pertinence en imagerie médicale
5. Implication des patients : sensibilisation sur le risque lié à un usage inapproprié de l'imagerie (irradiation, incidentalomes).
6. Démarches favorisant la communication soignant soigné en situation de dommage causé au patient.

ACTEURS REPÉRÉS

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels de santé, patients

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

PERTINENCE

PROMOUVOIR PLUS DE PERTINENCE DANS L'ACTIVITÉ D'IMAGERIE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.2

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Adhésion et implication des acteurs (place des usagers) à la culture de la pertinence, avec amélioration de la communication dans la relation médecin-patient (information au patient de l'indication de l'examen radiologique par le médecin traitant, prescripteur)
- Informatisation du processus de demande avec aide à la décision et de restitution des résultats d'examens d'imagerie médicale
- Recours au Guide de Bon Usage des examens d'imagerie, selon les recommandations SFR

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan d'action pluriannuel régional
d'amélioration de la pertinence des soins

INDICATEURS DE SUIVI

Les indicateurs de suivi proposés :

- Mise en place d'une demande dématérialisée d'examens incorporant des guides de recommandations : nombre de demandes formulées selon cette procédure.
- Suivi du nombre et de la part des examens ostéo-articulaires ; par territoire ; par plateau technique.
- Evolution du nombre d'examens par type d'appareil.
- Nombre de demandes d'examens incomplètes (sans éléments cliniques suffisants, sans antécédents, sans notion des examens déjà pratiqués).
- Nombre de demandes d'examens annulées ou modifiées par le radiologue.
- Nombre de formations à la pertinence destinées aux médecins/aux hospitaliers.
- Opérations de communication auprès des patients.
- Suivi de dosimétrie des patients.

PERTINENCE



CONSOLIDER LE CONTRAT D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS (CAQES) COMME LEVIER D'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

- Enjeux de qualité et de sécurité pour le patient : Demander les bons examens correctement ciblés ou les actes réellement justifiés peut notamment permettre :
 - d'affiner rapidement un diagnostic, de raccourcir éventuellement les temps d'attente ;
 - d'orienter le plus possible le patient vers la bonne structure ou le bon service ;
 - de mettre en place, si nécessaire, le traitement le plus adapté et de suivre le cas échéant son efficacité ;
 - de ne pas nuire et de toujours étudier collectivement et en mode pluri-professionnel les différentes alternatives de prise en charge ;
 - d'objectiver dans certaines situations les critères de sortie ou de fin de traitement.
- Enjeux d'efficacité : des opportunités de partage des compétences ; une meilleure allocation des ressources

Une démarche intégrée dans le **CAQES** :

Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) est un contrat de simplification qui sera signé entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé, quelle que soit leur catégorie (MCO, SSR, HAD). Il comprend un volet obligatoire à durée indéterminée et des volets additionnels pour une durée maximale de 5 ans.

Le volet additionnel relatif à la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé vise à accompagner les professionnels de santé dans la démarche d'amélioration de la pratique des soins délivrés par l'établissement de santé signataire. Trois thématiques ont été retenues pour 2018, dont « l'angioplastie coronaire, hors contexte d'urgence ».

Pour chacun de ces programmes thématiques, un groupe de travail comprenant l'ARS, l'assurance maladie et les professionnels concernés a été mis en place afin de co-construire un plan d'action et de définir des outils communs d'évaluation.

Le choix d'une thématique peut résulter d'une aide à la priorisation basée sur l'observation (d'où l'intérêt de la mise en place d'un observatoire régional) ou sur des expériences issues du terrain, ayant déjà permis de dégager des perspectives.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Territoires de la région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Patients pris en charge par les établissements de santé publics et privés.

INDICATEURS DE SUIVI

- Pourcentage d'établissements signataires de Caques sur les thématiques de pertinence
- Nombre d'exams ciblés prescrits
- Nombre d'actes ciblés prescrits

PERTINENCE

PROMOUVOIR LA PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION DES EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE

Ce projet est en lien avec les orientations concernant la biologie médicale page 398

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

- Proposer les éléments du contenu du volet additionnel du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficié des Soins (CAQES) relatif à la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé (examen ciblés, formations, communication, critères et fréquence d'évaluation...), en s'appuyant :
 - sur des actions conduites dans ce domaine par les établissements régionaux (Nîmes, Montpellier, Toulouse)
 - sur les travaux d'un groupe de concertation constitué notamment de représentants des établissements de santé, des prescripteurs, des biologistes médicaux, des facultés de médecine et de pharmacie.
- Évaluer les résultats attendus périodiquement et à échéance du contrat

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Diminution du nombre de prescriptions d'examens redondants, injustifiés et inutiles.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- ARS Occitanie ;
- Établissements de santé ;
- Prescripteurs, biologistes médicaux ;
- Représentants des facultés de médecine et de pharmacie,
- Usagers

Dont partenaires institutionnels :

- Assurance maladie

POPULATION CONCERNÉE

Patients pris en charge par les établissements de santé.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Les territoires de la région Occitanie.

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Engagement des établissements via la contractualisation ;
- Mise en place de la prescription connectée et de formations à destination des professionnels sur la pertinence ;
- Implication des professionnels dans le cadre d'une pluridisciplinarité et d'une relation clinico-biologique renforcée ;
- Développement d'outils à destination des patients afin de faciliter le dialogue avec les professionnels en faveur de prescriptions pertinentes partagées

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

- IFAQ (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

INDICATEURS DE SUIVI

Pourcentage d'établissements ayant atteint leurs objectifs individuels

PERTINENCE

PROMOUVOIR LA PERTINENCE DES ACTES D'ANGIOPLASTIE CORONAIRE

Ce projet est en lien avec les orientations de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie page 373

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Rappel historique : le choix de la thématique sur l'angioplastie coronaire est le résultat d'une expérience menée dans l'ex région Midi-Pyrénées.

- **Le constat** : une analyse des taux de recours avait mis en évidence une augmentation du nombre des séjours hospitaliers pour angioplasties coronaires entre 2008 et 2013, cette progression étant plus importante que celle observée au niveau national.
- **Action** : il a été fait le choix de mener, avec les cardiologues des établissements pratiquant la cardiologie interventionnelle de l'ex région Midi-Pyrénées, un travail d'analyse portant sur la pertinence des angioplasties coronaires hors contexte de souffrance aiguë.
- **Principaux résultats** : l'étude rétrospective des dossiers réalisée au sein des 9 établissements pratiquant l'angioplastie coronaire en ex région Midi-Pyrénées en 2015 a conduit à une estimation du taux de prises en charge de cas pour lesquels les critères de pertinence n'étaient pas réunis à **9%**.

Les perspectives du groupe de travail :

- Actualiser au vu des publications internationales récentes les critères de stabilité de l'angor (« angine de poitrine ») et de pertinence de réalisation de l'angioplastie
- Mettre en place une grille de recueil spécifique de critères de pertinence (au maximum 5 ou 6)
- Réalisation d'un test de cette grille en prospectif sur un échantillon suffisant de cas et en faire bilan et analyse de l'intérêt de cette grille
- Communiquer auprès des cardiologues
- Proposer ensuite les éléments du contenu du volet additionnel
- Evaluer les résultats attendus périodiquement et à échéance du contrat

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Diminution du nombre de prescriptions d'actes injustifiés et inutiles.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- ARS Occitanie ;
- Etablissements de santé avec une activité de cardiologie interventionnelle ;
- Prescripteurs;
- Usagers

Dont partenaires institutionnels :

- Assurance maladie

POPULATION CONCERNÉE

Patients relevant de l'angioplastie coronaire, hors contexte d'urgence dans les 9 établissements suivants : CH de Rodez, Clinique des Cèdres, CH de Bigorre, Clinique Pasteur, CHU de Toulouse, Clinique Claude Bernard, Clinique du Parc, Polyclinique de l'Ormeau, Clinique du Pont de Chaume

TERRITOIRES CONCERNÉS

Dans un premier temps : Etablissements de l'ex région Midi-Pyrénées réalisant des angioplasties coronaires. Les établissements et les cardiologues de l'ex région Languedoc-Roussillon seront associés après réalisation du bilan et validation de la méthode.

PERTINENCE

PROMOUVOIR LA PERTINENCE DES ACTES D'ANGIOPLASTIE CORONAIRE

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.2

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Engagement des établissements via la contractualisation.

Mise en place de formations à destination des professionnels sur la pertinence.

Développement d'outils à destination des patients afin de faciliter le dialogue avec les professionnels en faveur de prescriptions pertinentes partagées.

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

– IFAQ (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

INDICATEURS DE SUIVI

Pourcentage d'établissements ayant atteint leurs objectifs individuels

PARCOURS PRIORITAIRES

SOMMAIRE

PARCOURS VIEILLISSEMENT	161
PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	187
PARCOURS CANCER	205
PARCOURS SANTÉ MENTALE	230
PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES	256

PARCOURS VIEILLISSEMENT

MAINTENIR LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE L'AUTONOMIE À DOMICILE DE LA PERSONNE ÂGÉE FRAGILE	166
FAVORISER UN MAINTIEN À DOMICILE CHOISI DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE	169
AMÉLIORER LE RECOURS À L'HOSPITALISATION ET LES CONDITIONS DE SÉJOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE HOSPITALISÉE	172
PROMOUVOIR LA JUSTE PRESCRIPTION EN DÉVELOPPANT LA PHARMACIE CLINIQUE	177
ADAPTER L'OFFRE EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX À DES PRISES EN CHARGES SPÉCIFIQUES.....	180
ACTIVITÉ DE SOINS USLD	185

PARCOURS VIEILLISSEMENT

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Les forts enjeux liés au vieillissement, dans la région Occitanie, ont conduit l'ARS à retenir cette thématique parmi les 5 parcours prioritaires du présent PRS.

Au cours de la période couvrant les précédents PRS, l'effort de l'Agence et de ses partenaires a porté essentiellement sur :

- l'adaptation de l'offre de services (créations/extensions de SSIAD) et le développement des structures alternatives (Hébergement temporaire, Accueil de jour, Plateforme territoriale de répit) favorisant le maintien à domicile de la personne âgée,
- l'amélioration de l'équité en matière d'accès aux structures et dispositifs dans les territoires (rééquilibrage territorial de l'offre),
- la mise en œuvre de dispositifs spécialisés notamment en EHPAD (UHR, PASA) pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, en lien avec le plan ad-hoc,
- la promotion d'actions en faveur de la qualité et de la prévention dans les EHPAD,
- la structuration de la filière gériatrique à l'hôpital,
- le développement des démarches de coordination dans les territoires pour les patients en situation complexe, notamment via le déploiement de la démarche MAIA et l'expérimentation PAERPA.

Le déploiement de ces actions sera poursuivi les 5 prochaines années.

Toutefois, compte tenu des enjeux de santé repérés et notamment de l'accélération attendue du vieillissement de la population, l'Agence souhaite dans le présent PRS, mettre l'accent sur les projets favorisant :

- le **repérage de la fragilité** et la promotion d'actions permettant de **retarder la perte d'autonomie** et l'entrée dans la dépendance,
- le **maintien à domicile choisi** de la personne âgée, grâce notamment à l'accès à une offre de service innovante,
- la **promotion d'un accès plus efficient et gradué** aux services hospitaliers par des circuits d'admission courts en proximité, l'intervention d'IDE de nuit en EHPAD et par des actions de prévention de la iatrogénie à l'hôpital,
- **l'amélioration de la qualité** et de la **diversification** des prestations proposées en EHPAD, en permettant notamment l'accès aux consultations spécialisées en EHPAD via la télémédecine ou les interventions « hors les murs » des équipes mobiles.

Concernant la programmation dans le champ médico-social, le PRS de deuxième génération n'intègre plus le PRIAC. Toutefois, le PRIAC perdure et aura vocation à être actualisé annuellement.

La transformation de l'offre médico-sociale interviendra dans un partenariat étroit et une démarche concertée avec les Conseils Départementaux, dans le champ de compétences partagées. Elle s'appuiera sur les appels à projets mais aussi sur les CPOM qui se généraliseront à l'ensemble de structures, durant la période d'application du Schéma Régional de Santé.

PARCOURS VIEILLISSEMENT

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Les récentes évolutions nationales se caractérisent par :

- la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) qui promeut un soutien diversifié à l'aide à domicile, des solutions rénovées d'habitat collectif, une réaffirmation de l'intégration pour les services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), une architecture institutionnelle réformée,
- un focus sur les maladies dégénératives au regard du plan national correspondant (PMND),
- la généralisation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens.

Outre la déclinaison régionale des orientations nationales et du Projet Régional de Santé, l'Agence s'attachera à poursuivre la démarche engagée de transformation de l'offre médico-sociale dans un souci de réduction des inégalités territoriales d'accès aux différents dispositifs (EHPAD, SSIAD...), de renforcement des alternatives à l'hébergement complet et d'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Par ailleurs, face au manque de lisibilité de l'ensemble des dispositifs participant au parcours de santé des personnes âgées et afin de répondre à des situations complexes qui nécessitent des réponses personnalisées et coordonnées, l'Agence veillera au renforcement de la cohérence territoriale des dispositifs de coordination existants (MAIA, PAERPA, PTA).

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les travaux régionaux avec les professionnels autour de la thématique du vieillissement ont permis de faire émerger les priorités opérationnelles suivantes :

Maintenir le plus longtemps possible l'autonomie à domicile de la personne âgée fragile

1. Favoriser un maintien à domicile choisi de la personne âgée en perte d'autonomie
2. Améliorer le recours à l'hospitalisation et les conditions de séjour de la personne âgée hospitalisée
3. Promouvoir la juste prescription en développant la pharmacie clinique
4. Adapter l'offre en établissements médico-sociaux à des prises en charge spécifiques

PARCOURS VIEILLISSEMENT

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

1) Ce que nous disent les données de santé

- L'Occitanie est une région un peu plus âgée que l'ensemble du pays : les habitants de **65 ans et plus** y représentent **19,8%** de la population (contre 17,1% pour la métropole).
- Les habitants de **75 ans et plus** représentent **10,5%** de la population d'Occitanie.
- La part de **bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** est **supérieure de 2,8 points** à la moyenne métropolitaine (23,8 bénéficiaires pour 100 personnes de 75 ans et plus (%) en Occitanie, pour 21% en France Métropolitaine).
- Cette tendance devrait s'accroître puisque les projections statistiques mettent en évidence une **augmentation importante** du nombre de personnes âgées de **plus de 75 ans** à compter de 2020. Ainsi, près de 25 000 personnes âgées de 75 ans et plus supplémentaires sont attendues chaque année, à partir de 2022, dans la grande région.
- Les personnes de plus de 75 ans sont **en proportion** plus nombreuses au sein de la population globale des **zones rurales** mais **en valeur absolue** plus présentes dans les **zones urbaines**.
- Les **trajectoires de soins très différentes sont notables** entre départements (par exemple, une hospitalisation importante des personnes âgées de 75 ans et plus est observée en Lozère).
- Le territoire connaît une **forte variabilité dans les dépenses en soins ambulatoires**, particulièrement élevés dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales.

2) Bilan des actions mises en œuvre dans le précédent PRS

Au cours du précédent PRS, l'enjeu du vieillissement a été abordé en premier lieu par le déploiement d'une politique **de prévention de la perte d'autonomie en milieu ordinaire**. Divers projets ont contribué à diffuser une culture de la prévention de la perte d'autonomie, qu'il s'agisse du développement du dépistage précoce (l'auto-questionnaire FIND), de la réalisation d'études (étude MAPT), d'appels à projets régionaux (ARS/CARSAT LR) ou encore d'actions communautaires de dépistage de la fragilité (protocole de coopération « fragilité »).

L'accompagnement de la perte d'autonomie en milieu ordinaire implique également les aidants, acteurs de premier plan auprès de leurs proches et pour lesquels différents projets ont été conduits en Occitanie (mise en œuvre de plateformes d'accompagnement de répit et formation, plateforme téléphonique régionale d'écoute et de soutien).

La prévention de la perte d'autonomie passe, de plus, par une adaptation de l'offre (expérimentations de SPASAD, développement de SSIAD, création d'Équipes Spécialisées Alzheimer, labellisation des consultations mémoire, hôpitaux de jour dédiés aux personnes âgées).

Pour les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaité, les politiques en faveur de la dépendance à l'échelle de la région ont notamment encouragé **le soutien à la diversification de l'offre** (UHR, PASA, hospitalisation à domicile).

La qualité de prise en charge a été renforcée, notamment en EHPAD par la diffusion de bonnes pratiques (actions sur la qualité de la prise en charge, sur la fin de vie en EHPAD, les astreintes IDE et la prévention des risques). Pour lutter contre la perte d'autonomie acquise au cours de l'hospitalisation, une dynamique de prévention de la dépendance iatrogène a été menée. C'est également par le développement d'équipes mobiles (gériatrique (EMG) et géronto-psychiatrique (EMGP)) et de la télémédecine, permettant le recours à des consultations de spécialistes, que la qualité de prise en charge a été renforcée.

PARCOURS VIEILLISSEMENT

Le précédent PRS a également permis de **consolider les différentes composantes de la filière gériatrique**, que ce soit en ambulatoire (consultation mémoire, hospitalisations de jour gériatriques), en structure sanitaire (augmentation du nombre de places en court-séjour, en SSR et USLD), en dispositifs spécifiques issus du 3^{ème} plan Alzheimer (UCC et UHR) ou encore en outils de coordination (déploiement des EMG, actualisation du référentiel et expérimentation des interventions des EMG en extrahospitalier).

L'accompagnement de la perte d'autonomie et du vieillissement nécessite enfin une **coordination renforcée des professionnels et un appui à la gestion de cas complexes**. Le territoire connaît à cette fin un bon niveau d'intégration des MAIA. La coordination des professionnels a été favorisée par divers systèmes d'information (déploiement de Via Trajectoire, portail régional « parcours personnes âgées »).

Le déploiement en Hautes-Pyrénées de **l'expérimentation PAERPA** est également à noter ainsi que l'expérimentation de plateformes territoriales d'appui (Gers, Pyrénées-Orientales, Tarn-et-Garonne et Aude à un niveau infra-départemental) ou encore la Plateforme Territoriale de Sortie (CHU de Nîmes).

PARCOURS VIEILLISSEMENT

MAINTENIR LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE L'AUTONOMIE À DOMICILE DE LA PERSONNE ÂGÉE FRAGILE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

En 2017, on dénombre près de 1,3 million de personnes âgées de 65 ans et plus en Occitanie. Elles seront plus de 2 millions en 2050, soit près du tiers de la population totale. Mais vivre plus longtemps ne signifie pas forcément en pleine capacité de ses moyens et avec des fonctions préservées.

Avec le vieillissement apparaissent des fragilités pouvant entraîner des déclin fonctionnels physiques et cognitifs favorisant l'entrée dans la dépendance et responsables d'une diminution de l'autonomie. Cependant, à ce stade, il est encore possible de revenir vers une trajectoire de vieillissement réussie grâce à une prise en charge adaptée. L'évolution progressive de la fragilité vers la perte d'autonomie, quand elle est prise en compte suffisamment en amont, est en effet réversible.

Repérer les sujets âgés fragiles dès les premiers signes de fragilité, identifier les causes de cette fragilité grâce à l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) et accompagner par des actions ciblées ceux qui ont besoin de l'être, constituent les moyens essentiels pour retarder la perte d'autonomie chez les seniors et promouvoir le bien vieillir.

Un projet structurant est associé à cette priorité opérationnelle :

- Concourir au repérage précoce, à l'évaluation de la fragilité et aux actions de prévention de la perte d'autonomie

TERRITOIRES CONCERNÉS

- Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

- Personnes âgées à domicile fragiles

INDICATEURS DE SUIVI

- Part des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile (diminution de l'institutionnalisation)
- Part des services dans l'offre globale médico-social personnes âgées

PARCOURS VIEILLISSEMENT


 PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

CONCOURIR AU REPÉRAGE PRÉCOCE, À L'ÉVALUATION DE LA FRAGILITÉ ET AUX ACTIONS DE PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Pour la population des seniors, l'enjeu est d'intervenir en amont du processus de fragilisation afin d'atténuer ou retarder la perte d'autonomie et la dépendance.

L'objectif général du projet est de renforcer la sensibilisation, la formation, la diffusion d'outils adaptés et de promouvoir la synergie des interventions des différentes parties prenantes en ce domaine (Conférences des Financeurs de la Prévention et de la Perte d'Autonomie (CFPPA), collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie/vieillesse, médecins traitants, infirmiers libéraux, équipes territoriales/régionale vieillissement et prévention de la dépendance, Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie,...).

L'approche proposée consiste à soutenir des programmes d'actions reproductibles élaborés à l'échelle des territoires MAIA en réponse à un appel à candidatures régional.

Le soutien aux actions proposées a vocation à être programmé sur la durée du PRS selon des modalités à préciser dans un cahier des charges :

- Action 1.1.1 : Développer la communication à destination des personnes âgées et leurs aidants sur la fragilité
- Action 1.1.2 : Coordonner des dispositifs élargis de repérage, d'évaluation et de prise en charge de la fragilité selon des modalités définies et déployées par les acteurs des territoires retenus

Une évaluation des résultats des dispositifs s'imposera à l'échéance du PRS.

Les programmes engagés pourront être accompagnés par l'Agence, soit à travers une mobilisation des acteurs, soit sur le plan financier.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Progression du repérage et de l'évaluation de la fragilité auprès des personnes âgées, indemnes de maladies graves, sans dépendance avérée
- Progression du nombre d'actions de prévention

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Gérontopôle, professionnels de santé (médecins traitants, infirmiers, infirmiers de pratique avancée...)
- Collectivités territoriales
- Organismes de protection sociale

POPULATION CONCERNÉE

- Personnes âgées à domicile de 70 ans et plus à risque de perte d'autonomie

TERRITOIRES CONCERNÉS

- Territoires MAIA

PARCOURS VIEILLISSEMENT

CONCOURIR AU REPÉRAGE PRÉCOCE, À L'ÉVALUATION DE LA FRAGILITÉ ET AUX ACTIONS DE PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

1.1.1 : Outils de communication (spots radios,...) à destination des personnes âgées et des aidants sur le repérage et la prévention de la fragilité

1.1.2 :

Dispositifs et outils de repérage de la fragilité :

- Partenariat infirmier libéral/médecin traitant (outil : questionnaire Gérontopôle Frailty Screening Tool validé par la HAS,...)
- Partenariat Gérontopôle/collectivités territoriales (outil : auto-questionnaire FiND en population générale,...)
- Utilisation des bases de données médico-administratives des organismes de protection sociale

Dispositifs et outils d'évaluation de la fragilité :

Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) :

- Évaluation réalisée par médecin traitant, IDEL formé dans le cadre du « protocole de coopération », IDE formé à l'évaluation gérontologique (IEG), IDE de pratique avancée,....

Dispositifs et outils de prise en charge de la fragilité :

- Promotion de programmes de prévention définis conjointement via les CFPPA
- Systèmes d'information :
- Mobilisation d'outils et dispositifs existants ou à créer (plateforme d'échange d'informations e-santé,...)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

1.1.2 :

- Crédits FIR (ARS)
- Crédits de la CFPPA

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

1.1.2 :

- Programme de repérage, d'évaluation et de prise en charge de la fragilité du Gérontopôle (actions communautaires expérimentales,...)
- « Protocole de coopération entre professionnels de santé validés par la HAS
- Programmes de prévention de l'ARS dont démarche régionale de dépistage précoce de la surdité de la personne âgée portée par l'ARS.

INDICATEURS DE SUIVI

1.1.1 : Nombre d'actions de communication engagées

1.1.2 : (sous réserve de disponibilité)

- Nombre de sujets de 70 ans et plus ayant fait l'objet d'un repérage
- Nombre de sujets repérés fragiles pour lesquels l'évaluation est recommandée
- Nombre de sujets fragiles bénéficiant d'une EGS
- Évolution des « paramètres » des personnes suivies
- Nombre de programmes de prévention élaborés via les CFPPA

PARCOURS VIEILLISSEMENT

FAVORISER UN MAINTIEN À DOMICILE CHOISI DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 2

DES ENJEUX, AUX RESULTATS ATTENDUS

Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans continuera de croître modérément jusqu'à 2020 mais la croissance s'accélénera par la suite avec l'arrivée dans ce groupe d'âge des générations du baby-boom. Ce vieillissement de la population entrainera une hausse du nombre de personnes âgées dépendantes et des pathologies associées au grand âge (Alzheimer...).

Cependant, la grande majorité de la population souhaite « continuer à vivre chez soi » à l'arrivée aux grands âges et retarder au maximum l'entrée en institution malgré l'apparition de pathologies liées au vieillissement.

Aussi, permettre aux personnes âgées d'exercer leur libre choix de vivre le plus longtemps possible à domicile nécessite une évolution de l'offre de services avec notamment le développement du soutien aux aidants et la mise en œuvre de dispositifs innovants.

L'efficacité du dispositif d'accompagnement des personnes âgées à domicile constitue un enjeu majeur du « bien vieillir ».

Un projet structurant est associé à cette priorité opérationnelle :

- Favoriser le maintien à domicile par le soutien aux aidants et l'accès à des prises en charge renforcées, alternatives et séquentielles.

TERRITOIRES CONCERNÉES

- Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

- Personnes âgées à domicile en perte d'autonomie

INDICATEURS DE SUIVI

- Âge des personnes à l'entrée en institution (Retardement de l'institutionnalisation des personnes âgées)



PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE DE LA PERSONNE ÂGÉE PAR LE SOUTIEN AUX AIDANTS ET L'ACCÈS À DES PRISES EN CHARGE RENFORCÉES, ALTERNATIVES ET SÉQUENTIELLES

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La priorité donnée au maintien de la personne âgée à domicile impose de soutenir les familles et les aidants dans l'accompagnement de leurs proches. Elle induit également le déploiement de prises en charge innovantes visant à adapter les prestations délivrées par les services de soins infirmiers ou à organiser des "passerelles" entre le domicile et son substitut.

Action 2.1.1: Accompagner les familles et les aidants par le développement d'actions de communication et de formation

Action 2.1.2: Expérimenter des SSIAD « renforcés »

Après un séjour hospitalier, des personnes âgées nécessitant des soins plus importants sont parfois refusées par les SSIAD « classiques » et ne relèvent pas de l'hospitalisation à domicile au regard des critères d'inclusion de cette dernière. Pour les personnes âgées atteintes de polyopathologies et/ou en forte perte d'autonomie, la création de places « renforcées » au sein des SSIAD vise à renforcer la durée, la fréquence, les modalités ou la nature des interventions auprès des personnes âgées (recours à des compétences complémentaires : ergothérapeute, psychologue en complément du soignant habituel).

Action 2.1.3: Promouvoir l'émergence de nouveaux modes de prises en charge alternatifs ou séquentiels :

En réponse aux besoins spécifiques des personnes âgées et de leurs aidants, l'offre médico-sociale doit aller vers davantage de souplesse et de personnalisation : offre d'EHPAD « hors les murs », d'habitat alternatif/inclusif, hébergement de nuit, accueil de week-end, hébergement temporaire de courte durée répondant à l'urgence, accueil de jour pour les personnes avec Maladies Neuro Dégénératives autres que la maladie d'Alzheimer, accueil de jour itinérant...

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Diminution des hospitalisations « évitables »
- Retour facilité et sécurisé à domicile suite à une hospitalisation
- Sorties précoces d'hospitalisation (raccourcissement des durées moyenne de séjours - DMS)
- Renforcement de la coordination du parcours de santé et amélioration de la continuité des soins
- Diminution des ruptures de parcours par le développement de prises en charge alternatives

PARCOURS VIEILLISSEMENT

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE DE LA PERSONNE ÂGÉE PAR LE SOUTIEN AUX AIDANTS ET L'ACCÈS À DES PRISES EN CHARGE RENFORCÉES, ALTERNATIVES ET SÉQUENTIELLES

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- SSIAD, EHPAD ou accueil de jour autonomes, plateforme de répit, association d'aide aux aidants
- Partenaires institutionnels (Conseils Départementaux)

POPULATION CONCERNÉE

- Personnes âgées à domicile

TERRITOIRES CONCERNÉS

- Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

2.1.2 : Lancement d'un appel à candidatures expérimental pour SSIAD « renforcés ».

2.1.3 : Lancement d'appels à projets conjoints ARS /Conseils Départementaux

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

2.1.1 : Crédits CNSA

2.1.2 : Redéploiement de moyens (création par transformation de places de SSIAD « classiques »)

2.1.3 : Redéploiement de moyens

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- PAERPA
- Mesure 21 du PMND (mobilisation d'un temps de psychologue par les SSIAD)
- Mesure 28 du PMND (Conforter et poursuivre le développement des plateformes d'accompagnement et de répit en soutien des aidants)
- Mesure 29 du PMND (Adapter et mieux organiser l'offre en accueil de jour et en hébergement temporaire pour diversifier les solutions d'accompagnement au soutien à domicile)

INDICATEURS DE SUIVI

2.1.1 : Nombre d'actions engagées

2.1.2 et 2.1.3 : Nombre de places créées dans le cadre des dispositifs innovants (SSIAD renforcés, hébergements temporaires...)

PARCOURS VIEILLISSEMENT

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 3

AMÉLIORER LE RECOURS À L'HÔPITALISATION ET LES CONDITIONS DE SÉJOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE HOSPITALISÉE

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Notre système de santé s'appuie sur l'intervention de nombreux professionnels et dispositifs qui conduisent à des prises en charge trop fragmentées des personnes âgées entraînant fréquemment des ruptures dans le parcours de santé et l'accompagnement des plus vulnérables.

Ainsi, le recours à l'hôpital et plus précisément aux services de médecine d'urgence, suivi d'une hospitalisation, demeure trop souvent systématique avec toutes ses conséquences délétères pour le patient âgé : rupture dans le mode de vie, désorientation et perte d'autonomie. En effet, les services d'urgence et les services hospitaliers hyperspécialisés sont peu organisés pour des prises en charge polypathologiques qui sont souvent la caractéristique du grand âge.

Afin de fluidifier et d'optimiser le parcours de santé des personnes âgées en prévenant les ruptures dans les prises en charge, il convient :

- d'une part, de réduire les hospitalisations évitables ou injustifiées grâce à l'intervention d'IDE de nuit en EHPAD et éviter ainsi le recours aux services de médecine d'urgence pour des soins ne relevant pas directement de cet environnement,
- et d'autre part, lorsque le recours à l'hospitalisation est devenu nécessaire, de répondre au mieux aux besoins spécifiques des personnes âgées afin de réduire les risques ou l'aggravation du déclin fonctionnel.

2 projets structurants sont associés à cette priorité opérationnelle :

- Éviter le recours inapproprié aux services de médecine d'urgence par les EHPAD
- Prévenir la iatrogénie de la personne âgée en établissement de santé

TERRITOIRES CONCERNÉS

- Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

- Personnes âgées

INDICATEURS DE SUIVI

- Diminution du taux de recours à l'hospitalisation (en nombre de journées d'hospitalisation) et de ré-hospitalisation des sujets âgés (en distinguant la provenance EHPAD / domicile)

PARCOURS VIEILLISSEMENT


 PROJET
STRUCTURANT
N° **3.1**

ÉVITER LE RECOURS INAPPROPRIÉ AUX SERVICES DE MÉDECINE D'URGENCE PAR LES EHPAD

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Le projet vise à faciliter l'intervention d'infirmiers (IDE) de nuit en EHPAD.

Selon la synthèse régionale des rapports d'activité des EHPAD 2014, 13% des hospitalisations interviennent la nuit et la très grande majorité des EHPAD ne dispose pas d'astreinte infirmière la nuit. Or, l'hospitalisation non programmée des résidents d'EHPAD peut être délétère pour le patient et entraîner un engorgement des services d'urgence.

L'intervention d'IDE de nuit en EHPAD doit permettre de diminuer les hospitalisations en urgence des résidents et d'améliorer la continuité des soins en EHPAD. En effet, l'organisation des soins sur 24 heures, et non sur 12, favorise l'anticipation des situations de crise grâce aux transmissions réalisées entre équipes de jour et de nuit, la baisse des hospitalisations et la réduction de la durée des séjours hospitaliers. Par ailleurs, les retours d'hospitalisation peuvent intervenir à n'importe quel moment de la journée, améliorant ainsi la qualité de vie des résidents.

Le dispositif repose sur la création d'un poste d'IDE « mobile » mutualisé sur plusieurs EHPAD de proximité.

Une expérimentation de ce type a été menée par l'ARS dans l'ex-région Languedoc-Roussillon. En 2017, l'expérimentation a été étendue à des établissements ciblés dans deux territoires de santé de l'ex-région Midi-Pyrénées. Une évaluation de la première expérimentation a été réalisée.

Un appel à candidatures visant l'extension du dispositif pourra être lancé.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Diminution des passages aux urgences et des hospitalisations évitables la nuit
- Amélioration de la pertinence des hospitalisations non programmées la nuit
- Amélioration de l'organisation des soins et de la qualité de la prise en charge en EHPAD

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Établissements de santé, EHPAD

POPULATION CONCERNÉE

- Résidents des EHPAD

TERRITOIRES CONCERNÉS

- Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Lancement d'un appel à candidatures visant l'extension de l'expérimentation à d'autres territoires, conditionné par les résultats de l'évaluation

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

- Crédits CNSA (LFSS 2018)
- Crédits FIR (cf. expérimentation en cours)

PARCOURS VIEILLISSEMENT

ÉVITER LE RECOURS INAPPROPRIÉ AUX SERVICES DE MÉDECINE D'URGENCE PAR LES EHPAD

PROJET
STRUCTURANT
N° 3.1

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- Projet du thème transformation numérique en santé : Accompagner le déploiement et développer la télémédecine pour favoriser l'accès aux soins des patients fragiles (programme PASTEL).
- PATHOS (outil d'évaluation des besoins en soins des personnes âgées)

INDICATEURS DE SUIVI

Sous réserve de disponibilité :

- Nombre d'appels à l'IDE d'astreinte
- Nombre d'interventions d'IDE d'astreinte
- Nombre de transferts vers les services d'urgence ou d'hospitalisation
- Nombre d'hospitalisations évitées
- Diminution des passages aux urgences la nuit des personnes âgées de plus de 75 ans

PRÉVENIR LA IATROGÉNIE DE LA PERSONNE ÂGÉE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

PROJET
STRUCTURANT
N° 3.2

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La perte d'autonomie liée à l'hospitalisation ou « dépendance iatrogène » est la part de dépendance acquise durant l'hospitalisation liée aux organisations, à l'environnement hospitalier et aux soins délivrés, visant initialement à préserver, améliorer ou rétablir la santé du patient.

Cependant, ce déclin fonctionnel hospitalier est le plus souvent évitable à condition de remettre en cause les pratiques inadaptées en routine hospitalière et d'ajuster l'organisation hospitalière (circuits courts d'admission-interface ville/hôpital), les processus de soins et l'environnement hospitalier aux besoins spécifiques des personnes âgées.

Action 3.2.1 : Renforcer l'accès direct à l'hospitalisation de jour

Un renforcement de l'accès aux alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation de jour en médecine gériatrique ou en SSR), présentant moins de risques de rupture dans le parcours, doit permettre de proposer à la personne âgée :

- une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge adaptée,
- des bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation en urgence ou une hospitalisation classique,
- une réhabilitation/réadaptation en ambulatoire.

Un dispositif d'accès direct entre les professionnels du premier recours et les établissements de santé doit être mis en place afin de faciliter la programmation de cette activité. Une ligne téléphonique dédiée aux médecins traitants et médecins coordonnateurs d'EHPAD leur permettra de joindre directement un médecin spécialisé tous les jours ouvrables.

Action 3.2.2 : Faciliter l'accès direct au court-séjour gériatrique et au SSR spécialisé Personnes Âgées Poly-pathologiques (SSR-PAP)

- Un accès direct rapide et facile pour les médecins traitants (et les médecins coordonnateurs d'EHPAD) aux services gériatriques hospitaliers (Courts Séjours Gériatriques et SSR spécialisés Personnes Âgées Poly-pathologiques - PAP), doit être facilité afin d'éviter les passages inappropriés par les services de médecine d'urgence.
- La mise en place d'une ligne téléphonique doit permettre de communiquer directement avec l'équipe soignante du Court Séjour Gériatrique ou du SSR PAP) pour gérer les admissions et les sorties d'hospitalisation mais également pour obtenir un appui technique.
- L'ARS souhaite que les dispositifs de permanence téléphonique (3.2.1 et 3.2.2) existants dans quelques établissements de santé soient étendus à l'ensemble des services concernés de la région.

Action 3.2.3 : Préserver les capacités fonctionnelles de la personne âgée durant l'hospitalisation via le déploiement de l'expérimentation prévention de la « dépendance iatrogène » en établissement de santé

Les moments de ruptures et notamment les hospitalisations des personnes âgées fragiles sont propices à un déclin fonctionnel pouvant entraîner l'entrée ou l'aggravation de la dépendance.

A l'initiative du Gérontopôle, une expérimentation intitulée « prévention de la dépendance iatrogène chez la personne âgée hospitalisée » est menée actuellement dans des établissements de la région afin de maintenir les capacités fonctionnelles du patient hospitalisé. Cette action pourrait être déployée dans l'ensemble des établissements de santé de la région.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Diminution des passages aux urgences et des hospitalisations évitables
- Amélioration de la pertinence des hospitalisations non programmées
- Amélioration de l'organisation et de la qualité des soins
- Diminution de la prévalence de la dépendance iatrogène
- Retour à domicile amélioré

PARCOURS VIEILLISSEMENT



PROJET
STRUCTURANT
N° 3.2

PRÉVENIR LA IATROGÉNIE DE LA PERSONNE ÂGÉE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

3.2.1 et 3.2.2: Établissements de santé, (Services d'hospitalisation de jour de médecine ou de SSR, services de Court Séjour Gériatrique et de SSR spécialisé PAP), professionnels de santé du premier recours, médecins coordonnateurs EHPAD, médecins traitants

3.2.3: Établissements de santé, EHPAD, Gérontopôle

POPULATION CONCERNÉE

3.2.1 et 3.2.2: Résidents d'EHPAD, personnes âgées à domicile

3.2.3: Personnes âgées hospitalisées

TERRITOIRES CONCERNÉS

– Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

3.2.1 et 3.2.2: Déploiement du dispositif d'accès direct (inscription dans les CPOM des établissements de santé et des EHPAD)

3.2.3: Recommandation HAS : Points clés organisation des parcours - Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

INDICATEURS DE SUIVI

Sous réserve de disponibilité :

3.2.1 et 3.2.2 :

- Nombre de territoires couverts par une permanence téléphonique
- Nombre de services (hospitalisation de jour de médecine ou de SSR, Court Séjour Gériatrique, SSR spécialisé PAP) participant à la permanence téléphonique
- Nombre d'appels à la permanence téléphonique

3.2.3:

- Nombre de services ayant mis en œuvre l'expérimentation
- Durée moyenne de séjours et taux de ré-hospitalisation dans les services expérimentateurs

PARCOURS VIEILLISSEMENT

PROMOUVOIR LA JUSTE PRESCRIPTION EN DÉVELOPPANT LA PHARMACIE CLINIQUE


 PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 4

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Les données probantes démontrent que la fréquence des problèmes médicamenteux, des risques d'effets indésirables et d'erreurs médicamenteuses est corrélée avec le nombre de médicaments pris par un patient.

L'émergence de phénomènes nouveaux tels que les résistances bactériennes, les effets néfastes de la iatrogénie, de même que la permanence des événements indésirables dont 51% seraient évitables incitent à poursuivre les efforts de gestion des risques sur ce segment d'activité.

La pharmacie clinique est un domaine de la pharmacie visant le développement et la promotion d'une utilisation appropriée, sûre et économique des produits thérapeutiques (médicaments, dispositifs médicaux).

Il convient donc de développer la pharmacie clinique dans le but de renforcer l'efficacité et la sécurité des traitements des patients, en favorisant l'intervention des pharmaciens dans les services des établissements de santé pour valider les prescriptions de médicaments ou de dispositifs médicaux en lien avec les médecins et le personnel soignant, pour participer à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et pour développer la réflexion sur l'efficacité des prescriptions.

Résultats et impacts attendus :

- par une meilleure coordination et formation des acteurs : sécuriser les prescriptions,
- par une sensibilisation aux problématiques actuelles : ajuster les prescriptions aux besoins des patients.

TERRITOIRES CONCERNÉS

- Établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- Secteur ambulatoire

POPULATIONS CIBLÉES

Personnes âgées de plus de 65 ans résidant à domicile ou en institution

INDICATEURS DE SUIVI

PARCOURS VIEILLISSEMENT

 PROJET
 STRUCTURANT
 N° 4.1

**SÉCURISER LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE
 CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES POLYMÉDIQUÉES**
DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La prise en charge médicamenteuse est un processus combinant des étapes pluridisciplinaires visant un objectif commun : l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient.

Parce qu'elle repose sur des facteurs humains, la prise en charge médicamenteuse comporte des risques importants d'erreurs et plus particulièrement chez les personnes de plus de 65 ans polymédiquées. En outre, il existe une sous déclaration des événements indésirables graves survenus en ville.

Il s'agit donc d'encourager une approche collaborative entre les pharmaciens et les médecins généralistes qui permettra d'optimiser les traitements, notamment chez les personnes âgées polymédiquées :

- prévenir et intercepter les erreurs médicamenteuses dans une démarche de pharmacovigilance, notamment via la conciliation médicamenteuse, le bilan de médication et développer la pharmacie clinique en ciblant les personnes de plus de 65 ans polymédiquées ;
- cibler les personnes âgées polymédiquées :
 - sur la ville en promouvant l'entretien pharmaceutique en officine,
 - en médico-social via l'extension des analyses d'optimisation et en établissement en généralisant la conciliation médicamenteuse ;
- diffuser les outils informatiques sur le bon usage du médicament.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Développement de la démarche de conciliation médicamenteuse et des bilans de médication
- Diminution des erreurs médicamenteuses chez la personne âgée de plus de 65 ans polymédiquée

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- ES et ESMS dont pharmacie à usage intérieur (PUI)
 - Ville : médecins généralistes, pharmaciens d'officine
 - Réseaux des pharmacies d'officines
- Dont partenaires institutionnels :
- OMEDIT
 - URPS / Ordres professionnels
 - Assurance Maladie

POPULATION CONCERNÉE

L'intégralité de la population de la région avec une cible sur les personnes âgées polymédiquées

TERRITOIRES CONCERNÉS

L'ensemble des secteurs de prise en charge

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Existence d'un réseau des pharmacies d'officine (REIPO)
- Formations à la conciliation médicamenteuse financées par l'ARS et déployées par l'OMEDIT et le REIPO
- Mise à disposition d'outils

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

- FIR

PARCOURS VIEILLISSEMENT

SÉCURISER LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES POLYMÉDIQUÉES

PROJET
STRUCTURANT
N° 4.1

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- Pertinence
- CAQES
- OMS High 5s
- PAERPA

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de conciliations réalisées / nombre de patients éligibles en ES
- Nombre de bilans de médication réalisés / nombre de patients éligibles en ville
- Taux de participation aux formations

PARCOURS VIEILLISSEMENT

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 5

ADAPTER L'OFFRE EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX À DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

L'entrée en institution des personnes âgées est de plus en plus tardive avec une dépendance et des pathologies liées au vieillissement qui s'alourdissent. Les résidents cumulent, en moyenne, sept à huit pathologies diagnostiquées. En 2016, deux tiers des résidents des EHPAD d'Occitanie souffraient de syndrome démentiel contre 55% en 2012.

Les EHPAD accueillent également d'autres publics et notamment des personnes plus jeunes, souvent en situation de handicap, qui sont confrontées de surcroît aux effets du vieillissement et dont les besoins sont différents.

De fait, les EHPAD doivent poursuivre leur adaptation à un public de plus en plus âgé et dépendant ainsi qu'à la diversité des populations accueillies :

- personnes handicapées vieillissantes,
- personnes atteintes de troubles du comportement,
- cas complexes...

...en développant des modalités d'accompagnement spécifiques et en ayant recours aux compétences spécialisées via la télémédecine et les interventions « hors les murs » des équipes extra-hospitalières portant des expertises (Équipes mobiles gériatriques (EMG), de soins palliatifs (EMSP), de géronto-psychiatrie (EMGP), HAD...).

3 projets structurants sont associés à cette priorité opérationnelle :

- améliorer la réponse en EHPAD aux besoins des personnes ayant des troubles du comportement,
- adapter la prise en charge en à domicile ou en lieu d'hébergement aux besoins des personnes handicapées vieillissantes,
- faciliter l'accès de la personne âgée et de la personne handicapée vieillissante aux compétences spécialisées.

TERRITOIRES CONCERNÉS

- Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

- Résidents des établissements médico-sociaux, en particulier EHPAD

INDICATEURS DE SUIVI

Part de résidents en ESMS disposant :

- d'un Plan Personnalisé de Santé
- d'un projet de vie individualisé
- d'un projet de soins individualisé

PARCOURS VIEILLISSEMENT

PROJET
STRUCTURANT
N° 5.1

AMÉLIORER LA RÉPONSE EN EHPAD AUX BESOINS DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'impact de l'augmentation des démences liées au grand âge (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) nécessite que soit confortée l'offre progressivement mise en place dans le cadre notamment des plans Alzheimer.

Dans les EHPAD ne disposant pas de PASA, les moyens des unités de vie protégées (ou unités Alzheimer) devront être optimisés afin que leurs modalités de fonctionnement et d'organisation se rapprochent de celles fixées pour les PASA par le décret du 26 août 2016.

L'Agence engagera une réflexion visant à formaliser des propositions d'actions.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes hébergées en EHPAD ayant des troubles du comportement, consécutifs particulièrement d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- EHPAD
- Équipes mobiles

POPULATION CONCERNÉE

- Résidents des EHPAD

TERRITOIRES CONCERNÉS

- Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Mise en œuvre d'un groupe de travail
- CPOM (cf. objectif régional)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

- Moyens constants

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- Plan Maladies Neuro-Dégénératives

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de résidents ayant bénéficié d'une prise en charge de « type PASA » / Nombre de résidents présentant des troubles du comportement
- Nombre de journées d'hospitalisation de résidents en lien avec des troubles du comportement

PARCOURS VIEILLISSEMENT

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE OU EN LIEU D'HÉBERGEMENT AUX BESOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

PROJET
STRUCTURANT
N° 5.2

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Si l'espérance de vie des personnes handicapées augmente comme celle de l'ensemble de la population, les effets du handicap initial se conjuguent aux effets du vieillissement, pouvant les exposer à des ruptures dans leur parcours de vie. Afin de diminuer ces risques de rupture, il est nécessaire de les anticiper et d'envisager des solutions d'accompagnement qui peuvent être différentes de celles proposées aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Les solutions d'accompagnement des Personnes Handicapées Vieillissantes sont multiples en fonction du lieu de vie habituel et de la situation de handicap des personnes :

- Personnes prises en charge dans un établissement médico-social :

L'adaptation du dispositif en faveur des personnes handicapées vieillissantes (PHV) de 60 ans et plus, a donné lieu dans chaque département de l'ex-région Languedoc-Roussillon, à la création de structures de 10 à 15 places d'EHPAD dédiées au handicap par transformation de places d'EHPAD existantes.

Une évaluation de cette expérimentation doit être réalisée. Les résultats de l'évaluation conditionneront le lancement d'un appel à candidatures visant l'extension du dispositif et permettront d'engager une réflexion concernant l'évolution de l'accueil de personnes handicapées vieillissantes dans les établissements médico-sociaux du champ du handicap (exemple : personnes handicapées vieillissantes venant du domicile).

En outre, l'Agence sollicitera l'intégration d'un projet d'accompagnement des personnes handicapées âgées et vieillissantes dans les projets d'établissements de l'ensemble des structures pour adultes en situation de handicap (MAS, FAM pour ce qui relève de la compétence de l'ARS).

- Personnes en foyers d'hébergement ou à domicile :

Le recours accru à des services d'intervention à domicile de type SAMSAH, SSIAD ou SAAD permettront d'intervenir, en fonction de la déficience, sur la prévention de la perte d'autonomie, les soins de nursing, les aides à domicile...

Le développement de l'HAD sera également encouragé afin d'assurer des soins à domicile ou dans les établissements médico-sociaux, pour des soins complexes ou en situation de fin de vie.

Le repérage de solutions de répit (places d'hébergement temporaires en ESMS) et de services, promues par le PRS s'inscrit également dans la réponse à apporter aux personnes handicapées vieillissantes, afin de soutenir leur entourage (cf. projet structurant "créer et identifier des structures de répit" du parcours personnes en situation de handicap).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Amélioration de la prise en charge et de la continuité de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

PARCOURS VIEILLISSEMENT

PROJET
STRUCTURANT
N° 5.2

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE OU EN LIEU D'HÉBERGEMENT AUX BESOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- EHPAD
- Établissements médico-sociaux
- SSIAD,
- SAMSAH,
- SAAD
- Structures d'HAD
- Conseil Départemental

POPULATION CONCERNÉE

- Personnes handicapées vieillissantes (PHV)

TERRITOIRES CONCERNÉS

- Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Lancement d'un appel à candidatures visant l'extension du dispositif conditionné par les résultats d'une évaluation
- Projets d'établissements
- CPOM

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

- Crédits de redéploiement

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- PRS-Parcours personne en situation de handicap

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de places créées dans le cadre du dispositif
- Pourcentage de projets d'établissements intégrant un volet relatif au PHV

PARCOURS VIEILLISSEMENT

FACILITER L'ACCÈS DE LA PERSONNE ÂGÉE ET DE LA PERSONNE HANDICAPÉE VIEILLISSANTE AUX COMPÉTENCES SPÉCIALISÉES

PROJET STRUCTURANT N° 5.3

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Afin de permettre l'accès des résidents à des compétences spécialisées y compris les personnes handicapées vieillissantes, notamment dans les territoires isolés et malgré une démographie médicale défavorable, des projets s'appuyant sur des innovations organisationnelles ou technologiques doivent permettre de proposer des réponses personnalisées et une prise en charge coordonnée.

- **Action n°5.3.1 : Favoriser les interventions « hors les murs » des équipes mobiles (de gériatrie EMG, de soins palliatifs EMSP, de géronto-psychiatrie EMGP, d'hygiène EMH) et des services (SAMSAH...) auprès des personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes.**

Le déploiement d'expertises « hors les murs » implique la territorialisation de ces équipes et le réajustement de leurs moyens au regard des besoins des résidents de leurs zones d'intervention.

- **Action n°5.3.2 : Accompagner les projets de télémédecine afin de faciliter l'accès des résidents des établissements médico-sociaux à des compétences spécialisées pour des situations complexes notamment dans les domaines de l'oncogériatrie et de la gérontopsychiatrie**

Cette action est intégrée dans le projet du thème transformation numérique en santé : Accompagner le déploiement et développer la télémédecine pour favoriser l'accès aux soins des patients fragiles (programme PÂSTEL).

- **Action n°5.3.3 : Favoriser le recours à l'hospitalisation à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes**

Sensibiliser les ESMS et les établissements de santé à utiliser l'HAD en substitut ou en aval d'une hospitalisation conventionnelle (intégration dans les CPOM des établissements sanitaires et médico-sociaux).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Amélioration de l'accessibilité à des prises en charge adaptées

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Établissements de santé
- Établissements médico-sociaux (dont EHPAD)
- ARS

POPULATION CONCERNÉE

- Résidents des établissements médico-sociaux (en particulier EHPAD)

TERRITOIRES CONCERNÉS

- Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

1. Recalibrage des dotations FIR
2. Programme PÂSTEL
3. CPOM

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

- 5.3.1** : FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- Thème transversal du PRS : Transformation numérique en santé - PÂSTEL
- Plan national Maladies Neuro Dégénératives (PMND)

INDICATEURS DE SUIVI

- 5.3.1** : Couverture territoriale des équipes mobiles de gériatrie et nombre d'interventions en extra hospitalier
5.3.3 : Taux de recours à l'HAD en ESMS et à domicile, pour les personnes âgées

PARCOURS VIEILLISSEMENT

ACTIVITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Dans le cadre de la gradation des soins, la prise en charge dans les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) constitue la solution d'hébergement de patients poly-pathologiques, majoritairement en état de lourde dépendance et déments, relevant de soins médico-techniques importants au long cours.

Les USLD s'inscriront dans une complémentarité territoriale, tant d'hébergement avec les EHPAD que de prise en charge pour des soins médico-techniques en relais des services médico-sociaux ou des dispositifs de la filière sanitaire, principalement à destination des personnes âgées.

L'optimisation de la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement, en fin de vie complexe ou nécessitant une réhabilitation doit permettre d'améliorer la qualité de vie des patients et d'atteindre une meilleure efficacité.

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Les USLD prennent en charge des patients sans distinction d'âge mais principalement âgés de plus de 60 ans, requérant des soins médico-techniques importants (SMTI).

Avec la réforme de la tarification des Soins de Suite et de Réadaptation et de la formation de troisième cycle des études médicales, les USLD constitueront des structures stratégiques, de proximité, interfaces entre domicile et hospitalisation mais aussi entre professionnels du premier recours et hospitaliers, contribuant à la personnalisation du parcours de la personne âgée.

La région Occitanie dispose, en 2017, de 64 implantations d'USLD réparties sur l'ensemble du territoire, représentant un total de 3 173 lits autorisés. Il reste 194 lits à installer dans plusieurs territoires : Ariège, Haute-Garonne, Pyrénées-Orientales et Tarn-et-Garonne.

Le taux d'équipement régional ressort à 5,3 lits autorisés pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus avec une cible nationale à 6 lits.

Trois départements présentent un taux d'équipement important : l'Aveyron, les Hautes-Pyrénées et la Lozère.

Sur la durée du PRS, près de 400 lits devront être programmés, par création, redéploiement ou reconversion.

En 2012, les patients requérant des soins médico-techniques importants (SMTI), représentaient seulement 51% des personnes hébergées dans ces structures. La validation périodique du besoin global en soins, non réalisée depuis 2012, permettra d'objectiver le besoin en soins médico-techniques requis et l'adéquation des patients aux missions des USLD sur un territoire, en complémentarité des EHPAD.

PARCOURS VIEILLISSEMENT

ACTIVITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
09	USLD	2	2	3	0/+1
11	USLD	5	5	6	0/+1
12	USLD	7	7	7	-
30	USLD	6	6	8	0/+2
31	USLD	7	7	8	0/+1
32	USLD	5	5	5	-
34	USLD	9	9	10	0/+1
46	USLD	2	2	4	0/+2
48	USLD	3	3	3	-
65	USLD	5	5	5	-
66	USLD	5	5	5	-
81	USLD	5	5	6	0/+1
82	USLD	4	4	4	-

Les objectifs USLD sont opposables quel que soit le type de projet pour les personnes âgées de plus de 60 ans et dépendantes et permettent de couvrir les besoins de santé de la population dans tous les territoires. Ils sont quantifiés par un minimum (borne basse) et un maximum (borne haute).

Ils prennent en compte des objectifs non atteints dans les PRS précédents, de nouveaux besoins, des réorganisations en raison de l'évolution de l'activité des structures, des équipes médicales, des normes réglementaires et d'éventuelles transformations, regroupements ou coopérations.

Au regard du diagnostic posé, les bornes hautes permettent :

- la création d'implantations, notamment dans les zones 09, 30, 31, 34, 46 et 81.
- la transformation d'activité de médecine en USLD, dans les zones 11, 30 et 46.

Transformations - Regroupements - Coopérations

Il a été tenu compte des perspectives de transformation de l'activité de médecine en USLD, par substitution. Les zones 11, 30 et 46 sont concernées par ces implantations supplémentaires éventuelles.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

- Renforcer le rôle des USLD dans le parcours :
Une commission commune d'admission EHPAD-USLD au sein d'un ou plusieurs établissements pourra être instaurée selon un territoire cohérent, afin de rendre la complémentarité USLD-EHPAD davantage opérationnelle. En effet, les EHPAD, bien que ne disposant pas de continuité des soins la nuit, hébergent des résidents nécessitant des soins médico-techniques croissants. Le logiciel d'orientation Via Trajectoire contribuera également à l'adéquation des patients en USLD.
- Promouvoir la prise en charge en fin de vie et /ou en soins palliatifs et la réhabilitation :
De nombreux patients en fin de vie complexe nécessitent des soins médico-techniques importants, lesquels doivent pouvoir être délivrés en USLD, compte tenu des conditions techniques de fonctionnement requises dans ces unités (continuité des soins de nuit).
De même, la prise en charge des patients nécessitant une réhabilitation sur une durée importante doit pouvoir être réalisée (soins de rééducation par les professionnels), notamment grâce à un accès facilité à un plateau technique.
- Améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement :
Pour les patients présentant des troubles du comportement, notamment dans le cadre d'un syndrome démentiel ou d'une pathologie psychiatrique vieillie et stabilisée, l'un des enjeux des soins de longue durée sera l'adaptation de la prise en charge (modifications organisationnelles, formation des professionnels, aménagements architecturaux...) afin de concilier droits des patients, liberté d'aller et venir et obligation de soins et de sécurité.

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

AMÉLIORER LA PRÉCOCITÉ DU DIAGNOSTIC ET
L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE
EN SITUATION DE HANDICAP ET DE SA FAMILLE 191

AMELIORER L'ACCÈS AUX SOINS
DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP 195

FAVORISER L'INCLUSION
DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP 198

PROMOUVOIR DES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT
COORDONNÉS AUX ÉTAPES CHARNIÈRES
DU PARCOURS DE VIE DES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP 202

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

La spécificité du parcours handicap est de répondre à l'enjeu de la pleine réalisation du projet de vie des personnes en situation de handicap, en répondant à leur besoin d'accompagnement afin de promouvoir leur autonomie, aussi minime soit-elle.

Dans un contexte d'inégalité territoriale d'accès aux services et aux établissements médico-sociaux et d'une région à fort pouvoir d'attraction, les objectifs pour l'ARS sont les suivants :

- passer d'une logique de places à une logique de réponses adaptées aux besoins spécifiques et évolutifs des personnes handicapées par la mise en œuvre de la démarche de Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) ;
- adapter l'offre médico-sociale aux différentes étapes du parcours de vie (diagnostic, prise en charge précoce, enfance, passage à l'âge adulte, personne handicapée vieillissante), mais aussi aux différents types de besoins (accompagnement médico-social, scolarisation, logement inclusif, emploi adapté, accès aux soins) ;
- promouvoir une culture de coopération opérationnelle entre les différents acteurs (secteur sanitaire, secteur médico-social, éducation nationale, collectivités locales...) pour éviter les ruptures aux étapes charnières ;
- promouvoir des outils numériques qui facilitent le parcours, en articulation avec les projets nationaux numériques du secteur ;
- créer les outils et les dynamiques nécessaires pour favoriser l'accès aux soins.

Concernant la programmation dans le champ médico-social, le PRS de deuxième génération n'intègre plus le PRIAC. Toutefois, le PRIAC perdure et aura vocation à être actualisé annuellement.

La transformation de l'offre médico-sociale interviendra dans un partenariat étroit et une démarche concertée avec les Conseils Départementaux, dans le champ de compétences partagées.

Elle s'appuiera sur les appels à projets mais aussi sur les CPOM qui se généraliseront à l'ensemble de structures, durant la période d'application du Schéma Régional de Santé.

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

De nombreuses évolutions du cadre législatif sont intervenues en 2016 et sont en cours de déclinaison au niveau régional :

- la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous (article 89 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) ;
- la stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale comprenant quatre volets (habitat inclusif, aide aux aidants, plan polyhandicap et plan handicap psychique) ;
- la mise en œuvre du « dispositif ITEP » (article 91 de la loi du 26 janvier de modernisation de notre système de santé) ;
- la généralisation des CPOM pour les ESMS (article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016) ;
- la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné (décret du 27 décembre 2016).

Le plan autisme fait l'objet d'un pilotage régional spécifique.

La mise en œuvre du principe d'inclusion respectera chacun sans dogmatisme et assurera le libre choix et le respect de la dignité, en reposant sur une gradation des interventions et des solutions pour les personnes en situation de handicap.

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les groupes de travail réunis sur la thématique du parcours de la personne en situation de handicap ont permis de définir 3 priorités opérationnelles, pour permettre à chaque personne de développer son autonomie :

1. Améliorer la précocité du diagnostic et l'accompagnement
2. Favoriser l'inclusion et l'accès aux soins somatiques
3. Promouvoir des dispositifs d'accompagnements coordonnés aux étapes charnières du parcours de vie

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

1) Ce que nous disent les données de santé

Les taux **d'équipements régionaux** pour les structures destinées aux personnes handicapées sont **supérieurs à la moyenne nationale**. En revanche, il existe de fortes disparités départementales :

- avec des **taux** extrêmement **importants en Lozère** et dans les **Hautes-Pyrénées**, dans une moindre mesure ;
- des **taux d'équipements faibles** dans le **Gard, l'Hérault et la Haute-Garonne**.

2) Bilan des actions mises en œuvre dans le précédent PRS

Pour le handicap comme pour les autres thématiques abordées par le précédent PRS, l'enjeu **d'équité d'accès dans tous les territoires** a guidé la mise en œuvre d'actions et s'est traduit par un rééquilibrage entre départements et des opérations de fongibilité asymétrique des crédits du secteur sanitaire vers le médico-social.

Les politiques menées ont de plus visé à **promouvoir la vie à domicile et les alternatives à l'hébergement permanent** (développement des Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile et Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés).

Le territoire s'est également saisi de la nouvelle démarche de Réponse Accompagnée pour Tous (mise en place des Plans d'Accompagnement Global et Groupes Opérationnels de Synthèse dans l'Aude et les Pyrénées-Orientales, démarrage du chantier en 2017 pour les 9 autres départements d'Occitanie).

La **logique d'un parcours global** s'est également traduite par la mise en place des Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), l'amélioration de l'accès aux consultations sanitaires et à la prévention pour les personnes handicapées ainsi que la création de structures expérimentales dédiées à l'accompagnement des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) de 60 ans et plus.

Une **attention particulière a été portée aux personnes présentant des troubles du spectre autistique** afin de renforcer leur accompagnement tout au long de la vie. Des dispositifs de repérage et de diagnostic permettant une prise en charge précoce ont été développés ainsi que l'accompagnement des familles par les Centres de Ressources Autisme. Un accompagnement à l'évolution des pratiques a été mené (autoévaluation des hôpitaux de jour de pédopsychiatrie et des structures médico-sociales). Ces orientations sont confirmées dans le PRS actuel pour étendre le maillage territorial de ces dispositifs qui ont montré leur efficacité, en particulier l'amélioration de l'accès aux consultations sanitaires et à la prévention pour les personnes handicapées ou encore la mise en place des PCPE dans l'ensemble des départements de la région.

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

3) Objectifs

Trois indicateurs ont été définis comme prioritaires, dans le cadre du suivi national de l'évolution de l'offre médico-sociale (note complémentaire à l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016), avec des cibles identiques pour l'ensemble des régions.

Ils visent au terme du PRS à :

- **réduire le nombre d'adultes en établissements pour enfants au titre de « l'amendement Creton »** ; l'objectif national est la réduction de 20% par an de ce nombre,
- **augmenter le taux de scolarisation** à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés ; ce taux devra atteindre 50% en 2020 et 80% en 2022,
- **développer la part des services** proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire dans l'offre médico-sociale ; l'objectif est d'atteindre 50 %.

Par conséquent, la politique de l'ARS, en cohérence avec les besoins des territoires, tendra prioritairement vers ces objectifs en :

- analysant tout d'abord par territoire ces indicateurs définis au niveau national,
- utilisant l'ensemble des leviers impactant l'offre médico-sociale et pouvant contribuer à la réalisation de ces indicateurs : planification des programmations financières vers les services et EMS adultes, introduction de nouveaux indicateurs dans les CPOM des gestionnaires d'ESMS, élaboration d'une convention régionale avec les rectorats de l'Académie de Toulouse et de Montpellier et mise en œuvre progressive de la nouvelle nomenclature des ESMS,
- mobilisant les acteurs et les ressources existantes afin de coconstruire une organisation collective permettant de faire évoluer les modalités d'accompagnement proposées aux personnes en situation de handicap vers des parcours de vie sans rupture.

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

AMÉLIORER LA PRÉCOCITÉ DU DIAGNOSTIC ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP ET DE SA FAMILLE


 PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 1

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

La prise en charge des situations de handicap par des interventions personnalisées, globales et coordonnées, sont d'autant plus efficaces qu'elles sont mises en œuvre précocement. Cet accompagnement doit donc être organisé pour tous les types de handicap, dès le plus jeune âge.

Le diagnostic de handicap doit être défini comme un diagnostic de la situation de handicap de la personne, ce qui est une notion différente du diagnostic médical qui a déjà été posé antérieurement.

Le médecin de premier recours (médecin généraliste, pédiatre) est l'un des acteurs essentiels du repérage des troubles du développement de l'enfant, aux côtés des services de la PMI, de l'éducation nationale, et doit pouvoir s'appuyer sur des dispositifs de diagnostic ou de soins spécialisés.

Toutefois, les difficultés récurrentes et persistantes rencontrées par les familles dans le repérage, le diagnostic, l'annonce du diagnostic et la mise en place de l'accompagnement rendent nécessaire l'amélioration de l'accès aux différents dispositifs existants.

3 projets structurants sont associés à cette priorité opérationnelle :

- Améliorer le repérage et la prise en charge précoce des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMPP et CMP⁹,
- Poursuivre le développement des Pôles de Compétences et de Prestations Externes (PCPE) sur l'ensemble des territoires,
- Développer des programmes d'accompagnement destinés aux familles et aux aidants de personnes porteuses de troubles du spectre autistique ou de handicaps rares.

Par ailleurs, un portail d'information sur les dispositifs médico-sociaux d'accompagnement des personnes en situation de handicap sera créé dans le cadre du thème transversal sur la transformation numérique en santé.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Tous les territoires de la région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Ensemble de la population relevant du secteur du handicap (quel que soit le type de handicap, en particulier le secteur de l'enfance)

INDICATEURS DE SUIVI

Indicateurs issus de l'observatoire de ViaTrajectoire
(la constitution de l'observatoire est en cours, les indicateurs seront définis prochainement)

⁹ CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce, CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique, CMP : Centre médico-psychologique

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

AMÉLIORER LE REPÉRAGE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DANS LES CAMSP, CMPP ET CMP

PROJET STRUCTURANT N° 1.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Des travaux seront menés par chacun des territoires de la région Occitanie avec les acteurs concernés afin de clarifier le rôle de chaque type de structure, l'organisation territoriale et le lien entre les structures médico-sociales, la pédopsychiatrie et le secteur libéral, et afin de construire un maillage territorial efficient et articulé entre les dispositifs.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Sur la base de l'étude de l'ORS Midi-Pyrénées concernant les CAMSP, CMPP et CMP de la région Midi-Pyrénées et sur la base d'un diagnostic de l'ensemble de la région Occitanie, des réunions territoriales avec l'ensemble des acteurs permettront de :

- mettre en réseau les différentes structures et de s'articuler avec les professionnels libéraux ;
- construire le parcours en fonction des prises en charge ;
- améliorer la couverture territoriale des différentes structures, notamment des CAMSP spécifiques (déficience auditive) ;
- développer les systèmes d'information au sein de ces structures.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Établissements et services médico-sociaux,
- Services de pédo-psychiatrie,
- Associations gestionnaires.

Dont partenaires institutionnels :

- Conseils Départementaux.

POPULATION CONCERNÉE

Enfants et adolescents, et plus particulièrement les personnes vulnérables

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Implication des acteurs du secteur sanitaire et médico-social dans les territoires

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

En lien avec les Conseils Départementaux

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Projets Territoriaux de Santé Mentale
Plan autisme
Volet handicap psychique de la stratégie quinquennale

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'outils et de procédures communs aux structures,
- Nombre de conventionnements entre les CAMSP et les autres acteurs du secteur,
- Analyse départementale des données d'activité de ces dispositifs.

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DES PÔLES DE COMPÉTENCES ET DE PRESTATIONS EXTERNALISÉES (PCPE) SUR L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.2

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) complètent l'offre médico-sociale en proposant une réponse souple et adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap sur leur lieu de vie, ainsi qu'à leurs aidants grâce à des interventions de professionnels salariés du pôle ou de libéraux dont les prestations sont prises en charge par le pôle.

6 PCPE ont été créés en 2017. Tous les départements seront couverts par ce dispositif à échéance du PRS.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Un pôle de Compétences et de Prestations Externalisées prévu par département à terme.
- Développement de ce type d'offre, en fonction des résultats de l'évaluation des premiers dispositifs installés dans la région.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet:

- Établissements et services médico-sociaux,
- MDPH,
- Associations gestionnaires,
- Professionnels de santé libéraux paramédicaux et éducatifs.

POPULATION CONCERNÉE

Enfants et jeunes adultes en situation de handicap.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Évaluation des PCPE existants
- CPOM établissements et services médico-sociaux

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

- 1 120 000 € programmés en 2018 sur l'enveloppe « évolution de l'offre » de la stratégie nationale quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale
- Redéploiement de crédits médico-sociaux.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

RAPT (Réponse Accompagnée Pour Tous)
Plan autisme

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de personnes prises en charge dans ce dispositif

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

DÉVELOPPER DES PROGRAMMES D'ACCOMPAGNEMENT DESTINÉS AUX FAMILLES ET AUX AIDANTS DE PERSONNES PORTEUSES DE TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE OU DE HANDICAPS RARES

PROJET STRUCTURANT N° 1.3

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Il s'agit de mobiliser 4 centres ressources experts de la région Occitanie (les 2 centres de ressources autisme et les 2 équipes relais handicaps rares) pour créer des programmes d'accompagnement des familles permettant de donner aux familles/aidants les informations et les compétences nécessaires pour accompagner les personnes en situation de handicap tout au long de leur vie :

- apporter des connaissances sur le ou les types de handicap et les Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) en vigueur,
- former les aidants à des méthodes d'accompagnement à la vie quotidienne (communication,...),
- travailler sur la relation aidant/aidé.

Ces programmes peuvent prendre différentes formes :

- accompagnement direct des personnes,
- formation de formateurs,
- accompagnement au sein d'établissements et services médico-sociaux pour modéliser des groupes d'accompagnement familiaux.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Développement d'au minimum 4 programmes sur la région Occitanie

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- les 2 centres ressources autisme (CRA),
- les 2 équipes relais handicaps rares,
- associations de familles et d'usagers,
- établissements et services médico-sociaux.

POPULATION CONCERNÉE

Familles et aidants d'enfants et adultes ayant des troubles du spectre autistique ou un handicap rare

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants (action 12)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Financement global en crédits médico-sociaux non reconductibles pour un montant de 500 000 € pour chaque CRA et de 150 000 € pour chaque équipe relais handicaps rares, avec des engagements échelonnés sur la durée du PRS

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan autisme
Plan Maladies Neuro Dégénératives

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de personnes accompagnées
Nombre de programmes par opérateur

ARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

AMELIORER L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 2

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

La loi du 11 février 2005 a posé le principe de l'accès de tous aux dispositifs de droit commun pour les personnes en situation de handicap, notamment en termes de scolarité, d'emploi, d'habitat et d'accès aux soins. Le droit à la compensation a également été un principe fort de cette loi. Cette accessibilité doit donc s'articuler avec des dispositifs de compensation.

Un projet structurant est associé à cette priorité opérationnelle :

- Projet structurant n°1 : Déployer des dispositifs et des outils facilitant l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

TERRITOIRES CONCERNÉS

Tous les territoires de la région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Ensemble de la population relevant du secteur du handicap, quel que soit l'âge et quel que soit le type de handicap.

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de dispositifs identifiés
Nombre de consultations réalisées

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

DÉPLOYER DES DISPOSITIFS ET DES OUTILS FACILITANT L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

PROJET STRUCTURANT N° 2.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Ce projet est constitué de différentes actions à promouvoir, en lien avec les acteurs du parcours de soins notamment :

La personne en situation de handicap en lien avec les professionnels libéraux :

- poursuivre le déploiement des dispositifs de consultations dédiés aux personnes en situation de handicap et mise en ligne de l'annuaire des dispositifs sur le site internet de l'ARS (cf. projets transformation numérique en santé) ;
- promouvoir la santé bucco-dentaire pour les personnes en situation de handicap en adaptant les stratégies de promotion de la santé et en ciblant des actions spécifiques en établissement médico-social (CPOM, Actions MAS-FAM...) ;
- mettre en ligne sur le site internet de l'ARS différents outils à destination des personnes en situation de handicap, leurs familles afin de permettre aux usagers d'être acteurs de leur santé : fiche de liaison entre les personnes en situation de handicap/établissements médico-sociaux vers les professionnels de santé/établissements de santé, supports de communication.

Les établissements de santé :

- évaluer et promouvoir la Charte Romain Jacob dans les établissements de santé signataires ;
- identifier un binôme de référence médical et administratif au sein de chaque GHT chargé de promouvoir la mise en œuvre de l'accueil, l'accompagnement et l'organisation des soins en établissements de santé pour les personnes en situation de handicap en référence aux recommandations de l'HAS ;
- favoriser la signature de conventions opérationnelles et de partenariat entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé pour l'ensemble de la région.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap : mieux coordonner les soins et accompagner les personnes dans leurs démarches de soins.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet:

- représentants des usagers
- établissements de santé
- professionnels de santé
- établissements et services médico-sociaux
- MDPH
- associations gestionnaires
- commissions Handicap des établissements de santé

POPULATION CONCERNÉE

Personnes en situation de handicap

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

DÉPLOYER DES DISPOSITIFS ET DES OUTILS FACILITANT L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Charte Romain Jacob,
- Guide HAS « accueil, accompagnement et organisation des soins en établissements de santé pour les personnes en situation de handicap » (publié en juillet 2017)
- CPOM établissements de santé et établissements médico sociaux (axes CPOM prévention)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Pour les dispositifs de consultations dédiées : FIR annuel à hauteur de 520 000 € pour le démarrage, puis tarification dans le droit commun

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- ONCODEFI et parcours cancer
- Volets polyhandicap et handicap psychique de la stratégie quinquennale
- Plan autisme
- Plan Maladies Neuro Dégénératives

INDICATEURS DE SUIVI

- Territorialisation des dispositifs de consultations dédiés,
- Nombre de GHT ayant désigné le binôme médico-administratif chargé du parcours de soins Handicap au sein des GHT
- Signature d'une convention avec le secteur sanitaire pour chaque établissement médico-social,
- Suivi et analyse des indicateurs de Handisfaction (sous réserve de disponibilité des données régionales)

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

FAVORISER L'INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 3

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Dans le cadre de ses missions, l'ARS s'associe à ses partenaires pour s'engager dans une politique d'inclusion au sein de projets concernant la scolarisation, l'habitat, l'emploi et l'accès aux soins.

Trois projets structurants sont associés à cette priorité opérationnelle :

- Projet structurant n°1 : Développer les dispositifs de scolarisation et d'enseignement,
- Projet structurant n°2 : Promouvoir l'habitat inclusif,
- Projet structurant n°3 : Mettre en œuvre le dispositif d'emploi accompagné.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Tous les territoires de la région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Ensemble de la population relevant du secteur du handicap, quel que soit l'âge et quel que soit le type de handicap.

INDICATEURS DE SUIVI

Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés
(Objectif national : 50% en 2020 et 80% en 2022)

Part dans l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire
(Objectif national : 50 %).

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP


 PROJET
STRUCTURANT
N° **3.1**

DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS DE SCOLARISATION ET D'ENSEIGNEMENT

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Il s'agit d'organiser le parcours des enfants en situation de handicap scolarisés, avec l'appui d'une structure médico-sociale, s'agissant des élèves scolarisés en Unités d'Enseignement Maternelle (UEM), en Unités d'Enseignement Externalisées (UEE), et tout au long du parcours scolaire et universitaire.

Les UEM constituent une modalité de scolarisation d'élèves d'âge de l'école maternelle avec troubles du spectre de l'autisme (TSA), orientés vers un établissement ou un service médico-social (ESMS) et scolarisés dans son unité d'enseignement, implantée en milieu scolaire ordinaire. Les UEE permettent à des enfants scolarisés en établissement médico-social de bénéficier de l'inclusion scolaire.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Coordination renforcée entre l'Education Nationale et l'ARS autour de l'organisation du parcours des enfants et jeunes adultes,
- Organisation du parcours des enfants orientés en UEM,
- Développement des UEE,
- Développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- établissements et services médico-sociaux,
- MDPH,
- éducation Nationale,
- collectivités territoriales.

POPULATION CONCERNÉE

Enfants, adolescents et jeunes adultes en établissements et services médico-sociaux ou à domicile.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Ensemble des territoires de la région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Convention cadre signée entre l'ARS Occitanie et les rectorats de Montpellier et de Toulouse
- CPOM établissements et services médico-sociaux

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Crédits plan autisme : 3 640 000 € pour les UEM.
Redéploiements associatifs.
Crédits comité interministériel du handicap (CIH).

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan autisme
Volets polyhandicap et handicap psychique de la stratégie quinquennale

INDICATEURS DE SUIVI

- nombre d'UEM implantées en Occitanie
- nombre d'enfants accueillis par UEM
- nombre d'UEE en Occitanie
- nombre d'enfants bénéficiant d'une UEE
- nombre de places SESSAD créées

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



PROJET
STRUCTURANT
N° 3.2

PROMOUVOIR L'HABITAT INCLUSIF

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Faciliter la mise en œuvre de projets d'habitat inclusif en mettant en lien les acteurs dans le cadre du droit commun, recenser les initiatives locales, et soutenir l'émergence de nouveaux projets.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Ouverture et financement d'une structure pilote, à évaluer.
- Mettre en synergie les services sanitaires, médico-sociaux et sociaux facilitateurs de projets d'habitat inclusifs.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- établissements médico-sociaux,
- associations gestionnaires,
- bailleurs sociaux,
- associations et représentants d'usagers.

Dont partenaires institutionnels :

- DRJSCS, DDCSPP¹⁰,
- collectivités locales.

POPULATION CONCERNÉE

Adultes en situation de handicap, quel que soit le handicap.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Définition des conditions de mise en commun de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) dans la note DGCS du 20 avril 2017.

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Crédits CNSA forfaitaires : 60 000 €.
Crédits sanitaires et médico-sociaux fléchés.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Démarche Réponse Accompagnée Pour Tous
Plan Maladies Neuro Dégénératives
Volets handicap psychique de la stratégie quinquennale

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de personnes accompagnées bénéficiant d'un logement dans le cadre de l'habitat inclusif

¹⁰ DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale,
DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations,
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale du Ministère des Solidarités et de la Santé

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

METTRE EN ŒUVRE LE DISPOSITIF D'EMPLOI ACCOMPAGNÉ

PROJET
STRUCTURANT
N° 3.3

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'objectif du dispositif d'emploi accompagné est de permettre aux travailleurs en situation de handicap d'accéder et de se maintenir dans l'emploi rémunéré sur le marché du travail.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Ce dispositif permet :

- un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle des jeunes et adultes handicapés;
- un soutien et un accompagnement de l'employeur qu'il soit public ou privé.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels :

- Etablissements et services médico-sociaux,
- Opérateurs du service public de l'emploi.

Partenaires institutionnels :

- DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi),
- AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées),
- FIPHFP (Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique),
- Rectorats,
- Cap Emploi.

POPULATION CONCERNÉE

Personnes en situation de handicap dès l'âge de 16 ans avec une orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et prioritairement :

- les personnes atteintes d'un handicap psychique, des troubles du spectre autistique et d'une déficience intellectuelle,
- les jeunes adultes en provenance d'ESMS pour enfants
- les jeunes sortants d'Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS).

TERRITOIRES CONCERNÉS

Appel à candidature ciblé dans les territoires prioritaires : Gard, Haute-Garonne, Hérault.

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Lancement d'un appel à candidature régional fin 2017

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Crédits inscrits au programme 157 (ARS, AGEFIPH): 563 432 €
FIR 53 935€

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH)

Volets handicap psychique de la stratégie quinquennale
Plan Maladies Neuro Dégénératives

INDICATEURS DE SUIVI

Indicateurs annexés à la circulaire interministérielle du 14 avril 2017 relatifs aux bénéficiaires du dispositif et aux employeurs :

- Nombre de bénéficiaires
- Nombre de bénéficiaires ayant accédé à l'emploi ordinaire
- Nombre d'employeurs accompagnés

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 4

PROMOUVOIR DES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT COORDONNÉS AUX ÉTAPES CHARNIÈRES DU PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Il s'agit d'assurer la continuité dans le cheminement individuel de chaque personne en situation de handicap au cours des différentes étapes de la vie, en lien avec l'entourage :

- scolarisation en milieu ordinaire
- passage de l'enfance à l'âge adulte
- entrée en établissement médico-social
- recours à des soins en établissement de santé
- recours à des structures spécialisées pour personnes handicapées vieillissantes.

L'optimisation des parcours passe par le développement de dispositifs ou de structures permettant d'améliorer la coordination entre les différents acteurs et de soulager les aidants.

Il s'agit également dans le cadre du dispositif d'interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques (ITEP) de mettre les Établissements et Services Médico Sociaux en synergie territoriale, en favorisant la réponse aux besoins d'accompagnement évolutifs.

2 projets structurants sont associés à cette priorité opérationnelle :

- Projet structurant n°1 : Créer et identifier des structures de répit,
- Projet structurant n°2 : Faciliter les échanges entre les familles et les professionnels dans le parcours de vie des personnes en situation de handicap.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Tous les territoires de la région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Personnes en situation de handicap

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre d'adultes en établissements pour enfants au titre de « l'amendement Creton » (objectif national de réduction de 20% par an)

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



PROJET
STRUCTURANT
N° 4.1

CRÉER ET IDENTIFIER DES STRUCTURES DE RÉPIT

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Deux unités de répit seront créées avec une vocation régionale, en s'appuyant sur les conclusions de l'étude réalisée par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon en avril 2016 intitulée « Identification des besoins en matière de solutions de répit dans le cadre du handicap ». Plusieurs Conseils Territoriaux de Santé (CTS) de la région Occitanie ont relevé la nécessité de répondre aux besoins de répits familiaux.

En complément, un recensement des structures adultes, type Maisons d'Accueil Spécialisé/Foyer d'Accueil Médicalisé offrant un service temporaire et de répit sera effectué et les négociations sur les CPOM devront permettre aux établissements de faire évoluer leur offre de services sur la base de redéploiements, afin de trouver des solutions de répit en proximité.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Créer 2 unités de répit ayant une implantation accessible à partir des zones ouest et est d'Occitanie, à proximité des métropoles. Ces unités auront une vocation interdépartementale pour des périodes courtes et occasionnelles, en complément d'une solution pérenne (à domicile ou en établissement). Elles auront également une mission de soutien des aidants et de guidance parentale, ainsi qu'une mission d'information des familles sur l'offre de répit à domicile, et elles auront vocation à recenser l'offre d'hébergement temporaire dans les départements de la région.
- Promouvoir la création d'hébergement temporaire et d'accueil de jour en établissement médico-social dans le cadre des CPOM.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- établissements et services médico-sociaux,
- MDPH,
- associations gestionnaires.

POPULATION CONCERNÉE

- Enfants et jeunes adultes de 12 à 20 ans ayant une déficience intellectuelle moyenne à sévère et/ou des troubles du spectre autistique,
- Adultes.

TERRITOIRES CONCERNÉS

2 unités à vocation interdépartementale centrées sur les zones ouest et est de la région

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Appel à candidature régional
- CPOM ESMS

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Crédits programmés : 1,2 M €

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) médico-social
RAPT
Plans nationaux (autisme, polyhandicap, maladies neuro dégénératives)
Volets handicap psychique de la stratégie quinquennale

INDICATEURS DE SUIVI

- nombre de places financées,
- taux d'occupation des places de répit.

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP


 PROJET
STRUCTURANT
N° 4.2

FACILITER LES ÉCHANGES ENTRE LES FAMILLES ET LES PROFESSIONNELS DANS LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Il s'agit de la mise à disposition d'un outil numérique sécurisé et confidentiel qui facilite la coordination de l'accompagnement des personnes en situation de handicap en permettant de partager des documents entre les différents acteurs du parcours : établissements et professionnels de santé, établissements et services médico-sociaux, Éducation Nationale, MDPH.

Cet outil devra permettre de faciliter les démarches et la coordination entre les acteurs et de limiter les pertes d'information, notamment entre le passage de l'enfance à l'âge adulte ou encore celui entre structures sanitaires et médico-sociales.

Il pourra ainsi être le support informatique de différents outils de synthèse propre à chaque situation et l'accompagnant tout au long de sa vie : fiche de liaison pour l'accueil en établissement de santé, carnet de santé pour assurer la liaison enfant-adulte...

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Mise en œuvre du système

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- établissements et services médico-sociaux,
- établissements de santé,
- éducation Nationale,
- MDPH.

POPULATION CONCERNÉE

Personnes en situation de handicap

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Guide HAS « accueil, accompagnement et organisation des soins en établissements de santé pour les personnes en situation de handicap » (publié en juillet 2017)

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

- PRS – thème transformation numérique du système de santé
- ViaTrajectoire
- Dossier Médical Partagé
- Plan Maladies Neuro Dégénératives
- Volets handicap psychique de la stratégie quinquennale

INDICATEURS DE SUIVI

- Pourcentage de professionnels cibles connectés à l'outil
- Nombre de dossiers (patient) intégrés

PARCOURS CANCER

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DU CANCER 208

RÉPONDRE DE FAÇON SATISFAISANTE AUX BESOINS
DE LA RÉGION OCCITANIE EN ONCOGÉNÉTIQUE 215

OPTIMISER L'ACCÈS AUX SOINS EN ONCOHÉMATOLOGIE 218

FACILITER L'ORIENTATION ET L'ACCOMPAGNEMENT
AUX SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT 221

FAVORISER LE SUIVI EN VILLE ET LE TRAITEMENT
À DOMICILE DE LA PERSONNE ATTEINTE D'UN CANCER 224

GARANTIR LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE
ET L'ACCÈS AUX SOINS EN CANCÉROLOGIE
POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP 227

PARCOURS CANCER

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Véritable priorité de santé publique, le cancer constitue la première cause de mortalité prématurée et de mortalité évitable en France. On estime ainsi que 80 000 décès pourraient être évités chaque année en France par des démarches de prévention individuelles et collectives.

Le Plan Cancer 2014-2019 porte au niveau national quatre ambitions, à savoir : guérir plus de personnes malades, préserver la qualité et la continuité de vie, investir dans la prévention et la recherche, optimiser le pilotage et les organisations.

Les enjeux de sa déclinaison territoriale peuvent-être schématisés autour de six axes clés :



Une attention sera portée sur :

- le rôle des professionnels de premier recours sur le territoire pour diffuser les messages de prévention et dépistage (médecins, infirmiers, pharmaciens...)
- les échanges et partages d'informations entre professionnels
- le dépistage et la prise en charge des personnes handicapées
- l'amélioration du suivi en ville et le traitement à domicile
- l'usage du numérique, la messagerie sécurisée

PARCOURS CANCER

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Conçu pour lutter à l'échelle nationale contre cette pathologie, **le Plan Cancer 2014-2019 est organisé autour de 17 objectifs et près de 150 actions opérationnelles.**

Une feuille de route régionale a été élaborée pour la déclinaison des actions du Plan Cancer au regard des spécificités repérées en Occitanie.

Les actions prioritaires de la feuille de route régionale actuellement menées sont :

- fusionner les deux réseaux régionaux de cancérologie (effectif depuis le 1er janvier 2018)
- structurer un programme de prévention et de sevrage alcoolique
- élaborer un programme de prévention du tabagisme et de sevrage tabagique
- déployer le Dossier Commun en Cancérologie unique pour la région
- évaluer les dispositifs d'annonce et les soins de support
- améliorer l'accès aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire de recours et leur utilisation par les professionnels

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

1. Répondre de façon satisfaisante aux besoins de la région Occitanie en oncogénétique
2. Optimiser l'accès aux soins en oncohématologie
3. Faciliter l'orientation et l'accompagnement aux soins oncologiques de support
4. Favoriser le suivi en ville et le traitement à domicile de la personne atteinte d'un cancer
5. Garantir la prévention, le dépistage et l'accès aux soins en cancérologie pour les personnes en situation de handicap

PARCOURS CANCER

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DU CANCER

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

La région Occitanie compte environ 30 000 nouveaux cas de cancers chaque année, dont 600 concernent des cancers chez des enfants, adolescents et jeunes adultes de moins de 25 ans.

Par ailleurs, la région se caractérise par une forte croissance démographique : on observe plus de 51 000 habitants supplémentaires chaque année (correspondant à environ 300 cas incidents supplémentaires) et le vieillissement de la population devrait s'accroître à partir de 2020.

Des **inégalités** en termes de **mortalité par cancer** existent dans certains départements, liées à des pratiques de **prévention primaire insuffisantes, au gradient social et à une hétérogénéité des situations territoriales impactant la gradation des soins.**

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (**RCP de recours**) s'avèrent encore **insuffisamment utilisées** par les professionnels des établissements autorisés et sont organisées de manière différente entre les deux anciennes régions (notamment en oncohématologie).

S'agissant de l'offre de soins en cancérologie, on observe une forte concentration de l'offre dans l'ex-région Midi-Pyrénées autour de Toulouse, tandis que l'offre est plus également répartie dans l'ex-région Languedoc-Roussillon. Dans les deux anciennes régions, la mise en place du SROS s'est traduite par une consolidation de l'offre.

Pour autant, un nombre significatif d'établissements présente **un niveau d'activité de chirurgie carcinologique en-dessous des seuils d'activité** dans les deux anciennes régions.

L'évolution des traitements médicaux et chirurgicaux vers l'ambulatoire, et la chronicisation de la maladie renforcent la nécessité de **personnaliser la prise en charge, de coordonner** les parcours de soins, en particulier entre **la ville et l'hôpital** et d'offrir aux patients des **soins de support** ainsi qu'un accompagnement adapté à leurs besoins tout au long de la prise en charge et particulièrement après le cancer.

De nombreux dispositifs de coordination des parcours, de suivi à domicile des patients ou d'éducation thérapeutique ont été développés par les acteurs de terrain de la région Occitanie (qu'il s'agisse d'établissements, de 3C (Centres de Coordination en Cancérologie), de réseaux territoriaux...) pour répondre à cet enjeu majeur, dans le cadre d'initiatives individuelles ou locales.

Ainsi, les pharmaciens d'officine jouent un rôle important dans le parcours des patients, auxquels ils sont amenés à délivrer des médicaments supports ainsi qu'un nombre croissant de thérapies orales.

Ces thérapies orales font partie des thérapies ciblées, conséquences du développement de la médecine personnalisée (analyse du génome tumoral) et vont impacter l'organisation des soins.

Le développement de la radiologie interventionnelle modifiera notablement les prises en charge.

Pour répondre à l'ensemble des besoins, **la mise à disposition d'outils numériques compatibles entre eux et articulés avec le DCC (Dossier Communiquant en Cancérologie) sont à développer et généraliser à l'échelle de la grande région Occitanie**, notamment en s'appuyant sur les enseignements des différents dispositifs de coordination expérimentés.

PARCOURS CANCER

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DU CANCER

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
09	Chirurgie mammaire	1	1	1	-
	Chirurgie digestive	1	1	1	-
	Chirurgie gynécologique	1	1	1	-
	Chirurgie urologique	-	-	-	-
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	-	-	-	-
	chirurgie thoracique	-	-	-	-
	Chimiothérapie	1	1	1	-
	Radiothérapie externe	-	-	-	-
	Radioéléments en sources non scellées	-	-	-	-
	Curiothérapie	-	-	-	-
11	Chirurgie mammaire	3	3	3	-
	Chirurgie digestive	4	4	4	-
	Chirurgie gynécologique	4	3	4	- 1 / 0
	Chirurgie urologique	2	2	2	-
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	2	2	2	-
	Chirurgie thoracique	1	1	1	-
	Chimiothérapie	4	4	4	-
	Radiothérapie externe	1	1	1	-
	Radioéléments en sources non scellées	-	-	-	-
	Curiothérapie	-	-	-	-
12	Chirurgie mammaire	3	2	3	- 1 / 0
	Chirurgie digestive	3	3	3	-
	Chirurgie gynécologique	2	1	2	- 1 / 0
	Chirurgie urologique	2	1	2	- 1 / 0
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	1	1	1	-
	Chirurgie thoracique	-	-	-	-
	Chimiothérapie	2	2	2	-
	Radiothérapie externe	1	1	1	-
	Radioéléments en sources non scellées	-	-	-	-
	Curiothérapie	-	-	-	-

PARCOURS CANCER
**ACTIVITÉ DE SOINS
TRAITEMENT DU CANCER**
OBJECTIFS
Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
30	Chirurgie mammaire	6	5	6	- 1 / 0
	Chirurgie digestive	6	6	6	-
	Chirurgie gynécologique	4	4	4	-
	Chirurgie urologique	5	4	5	- 1 / 0
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	3	3	3	-
	Chirurgie thoracique	2	2	2	-
	Chimiothérapie	4	4	4	-
	Radiothérapie externe	1	1	1	-
	Radioéléments en sources non scellées	1	1	1	-
	Curiethérapie	-	-	-	-
31	Chirurgie mammaire	10	9	9	- 1
	Chirurgie digestive	12	11	11	- 1
	Chirurgie gynécologique	10	10	10	-
	Chirurgie urologique	8	7	7	- 1
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	12	11	11	- 1
	Chirurgie thoracique	4	4	4	-
	Chimiothérapie	11	11	11	-
	Radiothérapie externe	2	2	2	-
	Radioéléments en sources non scellées	2	2	2	-
	Curiethérapie	2	2	2	-
32	Chirurgie mammaire	1	1	1	-
	Chirurgie digestive	2	1	2	- 1 / 0
	Chirurgie gynécologique	-	-	-	-
	Chirurgie urologique	1	1	1	-
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	-	-	-	-
	Chirurgie thoracique	-	-	-	-
	Chimiothérapie	1	1	1	-
	Radiothérapie externe	-	-	-	-
	Radioéléments en sources non scellées	-	-	-	-
	Curiethérapie	-	-	-	-

PARCOURS CANCER

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DU CANCER

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
34	Chirurgie mammaire	6	6	6	-
	Chirurgie digestive	13	12	13	- 1 / 0
	Chirurgie gynécologique	7	7	7	-
	Chirurgie urologique	7	7	8	0/+1
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	7	7	7	-
	Chirurgie thoracique	5	5	5	-
	Chimiothérapie	9	9	9	-
	Radiothérapie externe	3	3	3	-
	Radioéléments en sources non scellées	3	3	3	-
	Curiethérapie	2	2	2	-
	46	Chirurgie mammaire	1	1	1
Chirurgie digestive		2	2	2	-
Chirurgie gynécologique		1	1	1	-
Chirurgie urologique		1	1	1	-
Chirurgie orl et maxillo-faciale		1	1	1	-
Chirurgie thoracique		-	-	-	-
Chimiothérapie		1	1	1	-
Radiothérapie externe		-	-	-	-
Radioéléments en sources non scellées		-	-	-	-
Curiethérapie		-	-	-	-
48		Chirurgie mammaire	-	-	-
	Chirurgie digestive	1	1	1	-
	Chirurgie gynécologique	-	-	-	-
	Chirurgie urologique	-	-	-	-
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	-	-	-	-
	Chirurgie thoracique	-	-	-	-
	Chimiothérapie	1	1	1	-
	Radiothérapie externe	-	-	-	-
	Radioéléments en sources non scellées	-	-	-	-
	Curiethérapie	-	-	-	-

PARCOURS CANCER

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DU CANCER

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
65	Chirurgie mammaire	2	2	2	-
	Chirurgie digestive	3	2	3	- 1/0
	Chirurgie gynécologique	2	1	2	- 1/0
	Chirurgie urologique	1	1	1	-
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	2	2	2	-
	Chirurgie thoracique	-	-	-	-
	Chimiothérapie	3	2	3	- 1/0
	Radiothérapie externe	1	1	1	-
	Radioéléments en sources non scellées	1	1	1	-
	Curiethérapie	1	1	1	-
	66	Chirurgie mammaire	2	2	2
Chirurgie digestive		4	4	4	-
Chirurgie gynécologique		2	2	2	-
Chirurgie urologique		2	2	2	-
Chirurgie orl et maxillo-faciale		3	3	3	-
Chirurgie thoracique		2	2	2	-
Chimiothérapie		2	2	2	-
Radiothérapie externe		1	1	1	-
Radioéléments en sources non scellées		1	1	1	-
Curiethérapie		-	-	-	-
81		Chirurgie mammaire	4	4	4
	Chirurgie digestive	4	4	4	-
	Chirurgie gynécologique	4	3	4	- 1/0
	Chirurgie urologique	3	2	3	- 1/0
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	2	2	2	-
	Chirurgie thoracique	-	-	-	-
	Chimiothérapie	3	3	3	-
	Radiothérapie externe	1	1	1	-
	Radioéléments en sources non scellées	-	-	-	-
	Curiethérapie	1	1	1	-
	82	Chirurgie mammaire	2	2	2
Chirurgie digestive		3	3	3	-
Chirurgie gynécologique		1	1	1	-
Chirurgie urologique		2	1	2	- 1/0
Chirurgie orl et maxillo-faciale		2	2	2	-
Chirurgie thoracique		-	-	-	-
Chimiothérapie		2	2	2	-
Radiothérapie externe		1	1	1	-
Radioéléments en sources non scellées		-	-	-	-
Curiethérapie		-	-	-	-

PARCOURS CANCER

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DU CANCER

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Les objectifs quantitatifs permettent de couvrir les besoins de santé de la population dans tous les territoires. Ils sont quantifiés par un minimum (borne basse) et un maximum (borne haute).

Ils prennent en compte des objectifs non atteints dans les PRS précédents, de nouveaux besoins, des réorganisations en raison de l'évolution de l'activité des structures, des équipes médicales, des normes réglementaires et d'éventuelles transformations, regroupements ou coopérations.

Au regard du diagnostic posé, les bornes basses prennent en compte la possibilité de suppression d'implantations liée au non-respect de seuils réglementaires notamment dans les zones : 11, 12, 30, 32, 34, 65, 81 et 82.

Transformations – regroupements – coopérations

Ces objectifs de transformations-regroupements-coopérations sont déclinés par département, comme suit :

AUDE :

Chirurgie gynécologique : coopération à mettre en œuvre entre la clinique Montréal et le CH de Carcassonne.

AVEYRON :

Chirurgie digestive : modalité à préserver sur Millau, du fait de l'adhésion du CH de Millau au GHT de l'Est Héraultais et Sud Aveyron au même titre que le CHU de Montpellier.

GARD :

Chirurgie des cancers gynécologiques : Alès : coopération à mettre en place entre les 2 établissements pour l'offre en chirurgie des cancers gynécologiques pour maintenir une offre sur la ville.

HAUTE-GARONNE :

Regroupement des cliniques Saint-Jean Languedoc et clinique du Parc sur un même site. Au regard de ce regroupement et du besoin sur cette zone, il est prévu une suppression des implantations de chirurgie mammaire, digestive, urologique et ORL et maxillo-faciale.

GERS :

Chimiothérapie : le CH d'Auch est le seul autorisé en chimiothérapie. Pour en améliorer l'accessibilité territoriale, il appartient aux établissements de proximité de proposer l'organisation d'un site associé en chimiothérapie.

LOT :

Chirurgie ORL : coopération entre le CH de Figeac et le CH de Cahors pour maintenir une offre à Figeac.

PARCOURS CANCER

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DU CANCER

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

La définition et la mise en œuvre du PRS s'accompagnent d'une exigence accrue dans les décisions de renouvellement des autorisations, se fondant à la fois sur l'atteinte des seuils d'activité mais aussi sur l'atteinte des critères de qualité fondamentaux promus par l'INCa :

- adapter et renforcer le dispositif d'annonce (formation des professionnels), et notamment remettre à 100% des patients un Programme Personnalisé de Soins (PPS) ainsi qu'un support d'information de référence sur leur pathologie et leurs traitements ;
- accompagner le patient lors de la fin de ses traitements et de la transition vers l'après-cancer, en remettant un Programme Personnalisé de l'Après-cancer (PPAC) à 80% des patients, et en assurant une bonne articulation entre la ville et l'hôpital à l'occasion de la consultation de fin de traitement ;
- transmettre systématiquement le PPS et le PPAC au médecin traitant ;
- assurer une orientation adéquate des patients vers les soins de support y compris l'activité physique adaptée ;
- mieux prendre en compte les difficultés sociales des patients, notamment en appuyant les aidants et en facilitant l'accès aux soins à domicile ou à des solutions d'hébergement adaptées.

La structuration de l'offre de soins et la qualité des prises en charge occupent une place centrale dans le PRS, au sein duquel les axes principaux suivants se dégagent :

- garantir l'enregistrement de 100% des décisions thérapeutiques en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ;
- garantir la gradation adéquate des soins et l'orientation des cancers rares ou complexes vers des RCP et des centres de recours spécialisés. Il s'agit par exemple d'assurer à 100% des patients adultes atteints de cancers rares ou complexes, que la proposition thérapeutique qui leur est faite a été définie au sein d'une RCP de recours dédiée ;
- garantir la bonne orientation des patients handicapés atteints de cancer ;
- maîtriser globalement les délais de prise en charge, et notamment réduire les délais d'accès à l'IRM, avec une cible de 20 jours maximum à l'horizon 2019 ;
- généraliser l'utilisation optimale du Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) ;
- s'inscrire dans une démarche qualité généralisée et formalisée notamment en participant systématiquement à l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi qu'à l'autoévaluation interne (dispositif d'annonce, soins de support, satisfaction des patients) et produire des propositions régulières d'évolution des prises en charges ;
- tous les établissements doivent être des acteurs facilitateurs du réseau régional de cancérologie et s'inscrire dans les plans d'action du réseau qui déclinent la feuille de route régionale cancer dans son rôle d'appui et d'expertise pour l'ARS.

Le PRS vise à assurer un égal accès aux innovations en matière de diagnostic, de traitement et de modes de prises en charge pour tous les patients, quel que soit leur lieu de prise en charge. Il s'agit en particulier de :

- développer les prises en charges ambulatoires en chirurgie, et à domicile en chimiothérapie (administration par voie sous-cutanée ou thérapies ciblées par voie orale) ;
- accompagner la montée en puissance des médicaments anticancéreux administrés par voie orale, par le biais de la diffusion des bonnes pratiques et de l'adaptation des organisations ;
- renforcer la participation des patients à la recherche clinique, en particulier les patients de moins de 18 ans et les sujets âgés de plus de 75 ans.

PARCOURS CANCER

RÉPONDRE DE FAÇON SATISFAISANTE AUX BESOINS DE LA RÉGION OCCITANIE EN ONCOGÉNÉTIQUE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 1

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Les taux d'incidence du cancer estimés en 2015 sont de 362,4 pour 100 000 hommes et de 272,6 pour 100 000 femmes, en France métropolitaine.

Les cancers de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon sont les cancers les plus fréquents. Parmi eux, des prédispositions génétiques ont été identifiées dans les cancers du côlon, du sein et de l'ovaire, ainsi que dans les cancers de la thyroïde.

Près de 5 % des cancers diagnostiqués sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles et, à ce jour, plus de 80 gènes de prédisposition génétique ont été identifiés. Ces altérations sont transmissibles à la descendance.

Le diagnostic de ces prédispositions s'organise autour de centres de consultations et de laboratoires agréés en oncogénétique.

En Occitanie, les consultations sont sous la responsabilité des départements de génétique des CHU de Montpellier et de Nîmes ainsi que de l'IUCT-O (Institut Universitaire du Cancer de Toulouse). S'y ajoutent des consultations avancées sur Béziers, Perpignan, Tarbes et Rodez. Les laboratoires agréés en oncogénétique sont au nombre de 2.

L'identification des gènes de prédisposition chez les personnes malades (cas index) et non malades est un enjeu majeur pour leur prise en charge spécifique : surveillance, thérapeutique, chirurgie préventive. En ex Midi-Pyrénées, s'est développé le réseau Génépy qui assure une veille centralisée de la prise en charge régionale des familles à risque de cancers.

Au plan national, le nombre annuel de consultations a pratiquement doublé entre 2009 et 2016. Il est donc nécessaire de faire face au nombre croissant de consultations et de prescriptions d'analyses de génétique qui y sont associées. En 2015, 3442 consultations ont été réalisées à Montpellier (CHU/ICM), 2080 à Toulouse (Toulouse IUCT Oncopole), et 491 au CHU de Nîmes. Le nombre de consultations pour 100 000 habitants est de 93 en Occitanie pour une moyenne nationale de 87. En 2016, à Montpellier, la consultation d'oncogénétique est passée en première position nationale en terme de recrutement. En raison de la croissance démographique, de l'augmentation du nombre des consultations, et de l'évolution des recommandations officielles en termes de pratiques opposables, l'activité des laboratoires d'oncogénétique se trouve fortement accrue.

La priorité consiste à s'assurer de l'élaboration d'un diagnostic précis de qualité, en conformité avec les recommandations, et dans des délais correspondant aux prérequis thérapeutiques et à la prise en charge des familles.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Personnes malades (cas index) et personnes non malades de leurs familles, porteuses de gènes de prédisposition aux cancers les plus fréquents : cancers du côlon, cancer du sein et de l'ovaire.

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de consultations avancées, rationalité du maillage
- Délai de rendu des résultats
- Nombre de personnes à risques faisant l'objet d'un suivi et d'une surveillance adaptés

ORGANISER L'ONCOGÉNÉTIQUE CONSTITUTIONNELLE EN OCCITANIE

Ce projet est en lien avec les orientations de l'activité d'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales page 413

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Le projet consiste à offrir un maillage adéquat des consultations et à harmoniser les techniques et les pratiques des 2 laboratoires d'oncogénétique régionaux, en répondant aux recommandations officielles (travail en panels de gènes¹¹ et en exomes¹²).

Les actions à mener prioritairement sont les suivantes :

- organiser une plateforme régionale d'oncogénétique déployée sur deux sites proches des centres de consultations majeurs de Montpellier et Toulouse ;
- mettre en commun et harmoniser les techniques, développer un process d'analyse en panel de gènes ;
- réaliser des séquençages d'exomes complets pour les familles à très haut risque sur le site de Toulouse (équipement Nextseq 500) ;
- s'assurer de la mise à niveau des moyens en professionnels compétents et en moyens techniques des laboratoires de chaque site ;
- s'assurer de la mise à niveau permanente des technologies, afin de garantir l'accès au séquençage haut débit, et au séquençage d'exomes.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Capacité à faire face à l'augmentation continue des demandes d'analyse et à la nécessité d'analyser des panels de gènes de plus en plus importants ;
- Tenir les délais de rendu des résultats ;
- Éviter d'externaliser des demandes d'analyses ;
- Pouvoir mettre en œuvre des solutions de repli permettant à chacun de suppléer l'autre en cas de difficultés particulières.

ACTEURS REPÉRÉS

Le département de biopathologie cellulaire et tissulaire des tumeurs pour le CHU de Montpellier, et le laboratoire d'oncogénétique de l'IUCT de Toulouse

POPULATION CONCERNÉE

Personnes malades (cas index) et non malades porteuses de gènes de prédisposition aux cancers les plus fréquents.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

¹¹ Panel de gènes : ensemble des gènes/exons séquencés lors d'une analyse par NGS (Next Generation Sequencing ou séquençage ADN haut débit). Exon : partie du génome qui porte l'information du code génétique pour la synthèse des protéines

¹² Exome : partie du génome qui détermine l'anatomie, la physiologie et la morphologie d'un être vivant (phénotype). Un exome contient des exons

ORGANISER L'ONCOGÉNÉTIQUE CONSTITUTIONNELLE EN OCCITANIE

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Adaptation de l'offre de consultations, en particulier en Occitanie Ouest
- Respect des recommandations officielles : travail en exomes, travail sur panels de gènes
- Adaptation du nombre d'automates de distribution et de préparation des librairies
- Effectifs et compétences professionnelles adaptés : praticiens agréés en génétique (Montpellier et Toulouse), informaticiens en Occitanie Est
- Structuration de la plateforme régionale d'oncogénétique

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Financements INCa
FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan cancer 2014-2019
Feuille de route régionale Occitanie déclinant le plan cancer

INDICATEURS DE SUIVI

- Mise en place effective d'une plateforme d'oncogénétique

OPTIMISER L'ACCÈS AUX SOINS EN ONCOHÉMATOLOGIE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 2

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

L'oncohématologie traite de pathologies rares puisqu'elle concerne 3000 patients en Occitanie, toutefois les besoins progressent régulièrement.

L'organisation de l'accès aux soins est très différente dans les deux ex-régions :

- la prise en charge des patients en oncohématologie est concentrée en Occitanie Ouest à l'IUCT-ONCOPOLE, ce qui crée des listes d'attente importantes et des difficultés de développement des soins de proximité ;
- l'organisation est plutôt centrifuge et dispersée en Occitanie-Est en lien avec des unités de plus petite taille pénalisant la concertation et l'accès à l'innovation.

Deux pathologies principales sont concernées par les soins en oncohématologie : les pathologies lymphoïdes chroniques et les leucémies aiguës. Un focus particulier est mis sur la prise en charge des leucémies aiguës, du fait de la dispersion des lieux de soins.

L'environnement est essentiel, en raison de l'accès nécessaire à de la biologie très spécialisée (cytogénétique, séquençage) et des besoins de réanimation ou de soins intensifs.

Beaucoup de situations relèvent de RCP de recours que proposent les deux centres régionaux labellisés pour les greffes de cellules souches hématopoïétiques, à Toulouse et Montpellier.

L'objectif est d'organiser et d'améliorer la lisibilité des RCP de recours et d'identifier les retards dans les délais de prise en charge pour élaborer un projet régional de gradation des soins selon les pathologies.

Il convient de :

- faciliter la prise en charge initiale en maintenant et renforçant les sites d'équilibre (spécialistes de 2^{ème} recours) en Occitanie ;
- améliorer l'accès au diagnostic moléculaire : place de séquenceurs NGS ;
- structurer les RCP de recours pour trouver le bon équilibre entre les sites de proximité et les sites de recours hyper spécialisés ;
- travailler sur l'implication des établissements pour un maillage grande région.

Un audit sera mené par le réseau régional de cancérologie, en particulier sur les délais entre diagnostic et traitement en fonction des territoires, afin d'intervenir sur les inégalités organisationnelles.

Un groupe de travail spécifique sur l'organisation de l'oncohématologie en région sera mis en place.

TERRITOIRES CONCERNÉS

L'ensemble des territoires sont concernés.

POPULATIONS CIBLÉES

L'ensemble des patients atteints d'hémopathies malignes

INDICATEURS DE SUIVI

- Délai d'accès aux avis spécialisés
- Taux de recours aux autogreffes et allogreffes de cellules souches hématopoïétiques
- Nombre d'inclusions dans les essais cliniques

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES DE RECOURS

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Organisées de manière différente entre les deux anciennes régions, les RCP de recours s'avèrent encore insuffisamment utilisées par les professionnels des établissements autorisés.

Quatre actions seront mises en œuvre :

- la structuration des RCP de recours sera revue afin d'éviter leur dispersion et de renforcer leur lisibilité pour les professionnels en oncohématologie : L'objectif de cette première phase est d'identifier les indications relevant des RCP de recours et de réaliser un recensement précis de l'offre existante. Cette phase se traduira par un état des lieux des conditions d'organisation et de fonctionnement des RCP de recours régional (prise en charge des situations complexes, délai, lisibilité), réalisé par le réseau avec l'appui de l'ARS (groupe de travail spécifique).

Un annuaire des RCP de recours (centre de références et de compétences labellisés, RCP de situations complexes) devra être réalisé à l'échelle de la région.

- l'accès et la présentation des dossiers aux RCP de recours seront facilités en améliorant la fluidité du processus, notamment par le biais :
 - d'une diffusion large des calendriers des RCP de recours ;
 - de modalités d'organisation simplifiées (inscription des dossiers, inscription des professionnels) ;
 - d'outils plus souples et fonctionnels, avec un accès à un système de visioconférence ;
 - de la mise en œuvre d'un partage effectif d'images en cours de réunion.
- la sensibilisation des acteurs autour de l'intérêt de ces RCP de recours sera poursuivie : Un plan de communication devra être réalisé à l'échelle de la région, et sera accompagné d'une large diffusion auprès des professionnels de l'annuaire des RCP.
- les pratiques des établissements seront évaluées en lien avec le Réseau Régional de Cancérologie qui doit s'assurer de l'harmonisation et de l'adéquation des prises en charge.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Lisibilité des RCP de recours
- Projet régional de gradation des soins selon les pathologies

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Réseau régional de cancérologie
- Professionnels de santé impliqués dans le domaine de la cancérologie et les professionnels de premier recours

POPULATION CONCERNÉE

L'ensemble des patients atteints d'hémopathies malignes

TERRITOIRES CONCERNÉS

L'ensemble des territoires sont concernés.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES DE RECOURS

PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Fonctionnalité du DCC, messagerie sécurisée
- Dispositifs équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plateforme territoriale d'appui
- Outils de visioconférence et de partage d'images

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR
Enveloppe spécifique appel à projets

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan cancer 2014-2019
Feuille de route régionale Occitanie déclinant le plan cancer
Projets de e-santé

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de fiches RCP en oncohématologie/Nombre de dossiers discutés en RCP de recours
- Audit des pratiques à partir des fiches RCP leucémies aigues des moins de 65 ans

PARCOURS CANCER

FACILITER L'ORIENTATION ET L'ACCOMPAGNEMENT AUX SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 3

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

L'orientation des patients vers les soins de support et d'accompagnement dont ils ont besoin à chaque étape de leur parcours constitue un axe de progrès important pour la région.

L'évaluation des besoins en matière d'accompagnement (notamment social) et de soins de support, ainsi que l'information sur les dispositifs disponibles font partie intégrante du dispositif d'annonce, via la consultation infirmière. Toutefois cette prise en charge est réalisée de manière hétérogène, en fonction des territoires et des pathologies.

Par ailleurs, les besoins et les attentes des patients évoluent en fonction de leurs traitements, de leur état général et de l'évolution de leur maladie. Il est essentiel que ces besoins soient évalués de manière régulière et systématique tout au long de la prise en charge, jusqu'à l'après-cancer.

Une difficulté majeure rencontrée par les patients autant à la sortie de l'hôpital, que dans le cadre de parcours ambulatoires, consiste à trouver en ville des professionnels assurant des soins de support et d'accompagnement adaptés à leurs besoins. L'ensemble de l'offre de soins de support disponible doit être répertoriée.

Par ailleurs, certains soins de support sont à développer, comme par exemple l'activité physique adaptée aux personnes souffrant de cancer car, à l'heure actuelle, peu de structures en proposent, Il apparaît essentiel de les développer, de communiquer autour d'elles en les intégrant notamment dans les annuaires de soins de support.

L'objectif est d'assurer une orientation adéquate des patients vers les soins de support, d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer et d'assurer une bonne articulation entre l'établissement de santé et la ville.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Tout patient atteint de cancer y compris enfants, adolescents, jeunes adultes de moins de 25 ans et personnes handicapées

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de programmes personnalisés de l'après-cancer (PPAC)/Nombre de patients suivis (80% des patients doivent bénéficier d'un PPAC)
Sous réserve de disponibilité

STRUCTURER ET RENDRE ACCESSIBLE L'OFFRE DE SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

PROJET
STRUCTURANT
N° 3.1

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Quatre axes de travail principaux ont été identifiés :

- Répertoire l'ensemble des soins de support disponibles au sein des territoires : une cartographie précise de l'offre en soins de support et d'accompagnement sera donc réalisée, notamment en dehors des établissements de santé (professionnels libéraux, associations comme la Ligue contre le Cancer...), où les compétences et qualifications des acteurs doivent être précisément répertoriées. Ce travail long et complexe sera porté par les réseaux territoriaux et les 3 C, sous le pilotage et avec l'appui du réseau régional de cancérologie. Il donnera lieu à un annuaire dont la diffusion auprès des médecins traitants pourrait être assurée avec le soutien de l'URPS, et de la Ligue contre le cancer.
- Renforcer l'évaluation des besoins en soins de support et l'orientation des patients vers les ressources d'accompagnement disponibles : Il convient d'harmoniser les fiches d'évaluation des besoins des patients utilisées par les infirmières d'annonce et de coordination.
- Appuyer le développement des soins de support en ville et accompagner le développement des structures proposant une activité physique adaptée et communiquer sur les activités disponibles.
- Systématiser l'information sur la préservation de la fertilité et développer la consultation « féminité » qui vise à prévenir et traiter les conséquences endocriniennes, gynécologiques, métaboliques, sexologiques et psychologiques des cancers et hémopathies de l'adolescente et de la femme jeune.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Orientation adéquate des patients vers les soins de support
- Amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer
- Bonne articulation entre l'établissement de santé et la ville

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Réseau régional de cancérologie
- Professionnels de santé impliqués dans le domaine de la cancérologie et les professionnels de premier recours
- Association ONCODEFI
- Patients partenaires

POPULATION CONCERNÉE

Tout patient atteint de cancer y compris enfants, adolescents et jeunes adultes de moins de 25 ans et personnes handicapées

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

STRUCTURER ET RENDRE ACCESSIBLE L'OFFRE DE SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

PROJET
STRUCTURANT
N° 3.1

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Fonctionnalité du DCC, messagerie sécurisée
- Dispositifs équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plateforme territoriale d'appui

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR
Enveloppe spécifique appel à projets

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan cancer 2014-2019
Feuille de route régionale Occitanie déclinant le plan cancer
Projet structurant PRS : « Construire un réseau régional de patients partenaires »

INDICATEURS DE SUIVI

- Mise en place d'un annuaire des soins de support existants
- Nombre et pourcentage de patients qui ont eu une consultation d'assistante sociale, de diététicienne, d'algologue, ou de psychologue (Source : établissements de santé, réseau de cancérologie)

PARCOURS CANCER

 PRIORITÉ
 OPÉRATIONNELLE
 N° 4

FAVORISER LE SUIVI EN VILLE ET LE TRAITEMENT À DOMICILE DE LA PERSONNE ATTEINTE D'UN CANCER
DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

La chronicisation de la maladie, le virage ambulatoire et le développement des thérapies orales contribuent à des prises en charge réalisées de manière accrue à domicile, en lien plus étroit avec les professionnels de premier recours. Dans ce contexte, la mise en place de parcours coordonnés et partagés entre les acteurs de ville et hospitaliers constitue une priorité en termes d'organisation des soins en cancérologie, ainsi qu'un véritable défi. L'objectif est d'améliorer la qualité du suivi de la prise en charge à domicile, la coordination des professionnels et la qualité de vie des patients.

De nombreux dispositifs de coordination des parcours, de suivi à domicile des patients ou d'éducation thérapeutique ont été développés par les acteurs de terrain de la région Occitanie (qu'il s'agisse d'établissements, de 3C, de réseaux territoriaux...) pour répondre à cet enjeu majeur, dans le cadre d'initiatives individuelles ou locales.

L'objectif est désormais d'évaluer les dispositifs existants, et d'accompagner le développement des organisations et des outils les plus probants.

Par ailleurs, la mise à disposition d'outils numériques compatibles entre eux et articulés avec le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) représente un élément primordial dans la circulation des informations et la coordination entre acteurs hospitaliers et de premier recours. Par exemple, l'interfaçage indispensable entre la messagerie sécurisée et le DCC permettra de transmettre de manière automatisée des comptes rendus de Réunions de Concertations Pluridisciplinaires aux médecins traitants.

Parallèlement, pour assurer au mieux leur rôle dans le parcours de soins en cancérologie, les professionnels de premier recours doivent disposer d'informations claires et à jour concernant les nombreux traitements oraux prescrits et leurs effets secondaires.

L'objectif est de faciliter la mise à jour de ces connaissances, et d'envisager d'y adjoindre des informations complémentaires, notamment concernant des recommandations relatives aux soins de support et d'accompagnement.

Enfin, l'administration des traitements par voie orale contribue à améliorer le quotidien des patients dans leur prise en charge, mais doit idéalement s'accompagner d'une réelle Education Thérapeutique afin d'assurer l'autonomie des patients et l'observance optimale des traitements. Les thérapies orales ne représentent pas la seule thématique importante d'application de l'Education Thérapeutique en cancérologie, mais représentent une des priorités de la région dans le domaine. L'objectif poursuivi est de généraliser l'accès à des programmes dédiés pour tous les patients concernés de la région.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Patients intégrés dans un parcours coordonné ville-hôpital avec une attention particulière pour les personnes handicapées

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre et couverture territoriale des organisations spécifiques de coordination des parcours opérationnelles
- Connexions mensuelles au DCC depuis les établissements de santé et les professionnels de santé
- Indicateur de satisfaction des patients (source : enquête)



PROJET
STRUCTURANT
N° 4.1

OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TRAITÉS AU DOMICILE (THÉRAPIES CIBLÉES ORALES ET CHIMIOTHÉRAPIES ORALES)

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Quatre axes de travail principaux ont été identifiés :

- recenser et évaluer les dispositifs existants de coordination des parcours et de suivi des patients à domicile (dispositifs pharmacies d'officine et Pharmacies à Usage Intérieur (PUI), équipe IDE coordonnateurs en cancérologie (IDEC), suivi des patients à domicile par les MSP, HAD), pour développer les organisations les plus efficaces ;
- définir les outils numériques utiles à la bonne circulation de l'information (messagerie sécurisée) et diffuser aux professionnels du premier recours les bases de connaissances existantes autour des thérapies orales ;
- poursuivre la mise en œuvre de la plateforme d'éducation thérapeutique dédiée aux patients sous chimiothérapies orales et les programmes spécifiques mise en place en 2015 par l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse ;
- expérimenter l'appui par des patients partenaires (savoir expérientiel dans la vie avec la maladie, les situations à risques et les difficultés) soit après un programme d'ETP, soit pour des patients ne bénéficiant pas d'ETP, soit en complémentarité.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Autonomie des patients et observance optimale des traitements administrés par voie orale
- Échanges entre professionnels facilités dans le suivi des patients à domicile
- Contribution des patients partenaires à la production, la formalisation et le partage de connaissances en santé sur la base de leurs savoirs expérientiels issus de la vie avec la maladie, participation à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Réseau régional de cancérologie
- Professionnels de santé impliqués dans le domaine de la cancérologie et les professionnels de premier recours
- Association ONCODEFI
- Patients partenaires
- Plateforme monetp.fr

POPULATION CONCERNÉE

Patients sous thérapies orales avec une attention particulière pour les personnes handicapées

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie et territoires spécifiques selon les dispositifs de coordination



OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TRAITÉS AU DOMICILE (THÉRAPIES CIBLÉES ORALES ET CHIMIOTHÉRAPIES ORALES)

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Fonctionnalité du DCC, messagerie sécurisée
- Dispositifs équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plateforme territoriale d'appui
- Formations proposées par l'École du cancer de l'ICM

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR
Enveloppe spécifique appel à projets

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan cancer 2014-2019
Feuille de route régionale Occitanie déclinant le plan cancer
Projet structurant PRS : « Impliquer plus étroitement les patients partenaires au sein de notre système de santé »

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de patients partenaires impliqués
Nombre de patients inclus dans le programme d'éducation thérapeutique
Existence (nombre) de Retex sur la région

GARANTIR LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE ET L'ACCÈS AUX SOINS EN CANCÉROLOGIE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 5

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

La Charte Romain Jacob pour la santé et le handicap promeut le respect par l'ensemble des acteurs de santé de principes garantissant l'accès aux soins et à la prévention pour les personnes handicapées.

Ces principes seront déclinés à travers une Charte « Cancer et Handicap » dont l'élaboration est portée par la Fondation Romain Jacob en coopération avec l'ARS Occitanie. L'élaboration de cette charte prolonge l'engagement prioritaire de l'ARS en matière de réduction des inégalités d'accès à la prévention, au dépistage et aux soins des personnes en situation de vulnérabilité.

Fondés sur l'identification des principaux points de rupture tout au long du parcours de santé des personnes en situation de handicap, des travaux ont d'ores et déjà été lancés. Par exemple, l'analyse des freins au dépistage dans les établissements médico-sociaux pourra alimenter la réflexion.

De plus, la région héberge l'association ONCODEFI, structure unique en France, qui travaille à l'amélioration de la prise en charge du cancer chez les personnes déficientes intellectuelles.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Personnes en situation de handicap intégrées dans un parcours coordonné ville-hôpital

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de personnes handicapées dépistées ou diagnostiquées atteintes de cancer
- Nombre de personnes en situation de handicap ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie ou d'un test immunologique de dépistage du cancer colorectal.
[sous réserve de faisabilité – source OncoDéfi]

ASSURER UNE RÉPONSE EN CANCÉROLOGIE ADAPTÉE POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES SUR TOUT LE PARCOURS

Ce projet est en lien avec les orientations du parcours « personnes en situation de handicap » page 187

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Des axes de travail principaux ont été identifiés :

- poursuivre la mise en œuvre des actions menées par ONCODEFI, association régionale, structure unique en France, pour améliorer la prise en charge du cancer chez les populations déficientes intellectuelles ;
- identifier les leviers d’actions efficaces, coordonnés du secteur médico-social, qui visent à anticiper les ruptures ou fractionnements de soins, en s’appuyant sur l’étude menée par ONCODEFI (novembre 2016 à octobre 2017) qui a consisté à aider, sur leur demande, les établissements médico-sociaux dans lesquels un résident a été atteint de cancer ;
- développer la vulgarisation par la diffusion large du livret « Lucie est soignée pour un cancer » en précisant les cibles prioritaires et renforcer et élargir les actions spécifiques à d’autres handicaps (auditifs et visuels) ;
- s’associer à l’enquête CREAI évaluant la mise en œuvre des dépistages du cancer en FAM (Foyers d’Accueil Médicalisés) et MAS (Maisons d’Accueil Médicalisées) et proposer un plan d’actions ;
- mettre en place un portail d’information Personnes Handicapées pour permettre aux personnes en situation de handicap d’avoir accès à l’information et d’être actrices de leur parcours (description de l’offre médico-sociale et sanitaire, exemple du cancer avec renvoi vers le site d’ONCODEFI).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Réduction des ruptures ou fractionnements de soins du parcours de santé des personnes en situation de handicap
- Echanges entre professionnels facilités dans le suivi des patients handicapés avec processus formalisés mis en place

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Association ONCODEFI
- Réseau régional de cancérologie
- Professionnels de santé impliqués dans le domaine de la cancérologie et les professionnels de premier recours
- Établissements médico sociaux

POPULATION CONCERNÉE

Personnes en situation de handicap

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

ASSURER UNE RÉPONSE EN CANCÉROLOGIE ADAPTÉE POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES SUR TOUT LE PARCOURS

PROJET
STRUCTURANT
N° 5.1

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Fonctionnalité du DCC, messagerie sécurisée
- Dispositifs équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plateforme territoriale d'appui
- Formation des professionnels de santé (MAS, FAM...)
- Formation des personnels socio-éducatifs aux soins somatiques : sensibilisation à l'observance des traitements, promotion du repérage et dépistage en partenariat avec la DRJSCS ;
- Relais d'informations spécifiques sur le site d'ONCODEFI
- CPOM EMS

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR
Enveloppe spécifique appel à projets

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan cancer 2014-2019
Feuille de route régionale Occitanie déclinant le plan cancer
PRS - parcours des personnes en situation de handicap

INDICATEURS DE SUIVI

Sous réserve de disponibilité

- Indicateur de satisfaction patients/aidants
- Nombre de patients en situation de handicap accompagnés, dans le cadre d'une organisation spécifique en établissements de santé

PARCOURS SANTÉ MENTALE

ACTIVITÉ DE SOINS DE PSYCHIATRIE	233
AMÉLIORER LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS.....	240
RENFORCER L'ACTION CONJOINTE DES PROFESSIONNELS AUTOUR DU PATIENT PAR L'INTÉGRATION DES SERVICES D'AIDES ET DE SOINS EN SANTÉ MENTALE	246
FAVORISER L'ACCÈS DE L'USAGER AUX DISPOSITIFS INNOVANTS EN SANTÉ MENTALE	250
RENFORCER LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES PERSONNES DÉTENUES.....	253

PARCOURS SANTÉ MENTALE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Le parcours Santé mentale figure parmi les cinq parcours prioritaires de la Région Occitanie. Les indicateurs socio environnementaux (taux de précarité, chômage, addictions), mais aussi la pyramide des âges des psychiatres, légitiment entièrement ce choix porté par l'Agence.

La région Occitanie possède de nombreux atouts pour promouvoir une politique efficace en matière de promotion de la santé mentale.

Pour cela, elle s'appuie sur un projet fort en matière de recherche scientifique : la création et l'habilitation d'une fédération (FERREPSY) regroupant professionnels du privé et du public, institutionnels et libéraux, qui doit permettre de modifier en profondeur les pratiques et les formations des professionnels intervenant dans le secteur de la santé mentale.

L'ambition portée par l'Agence s'appuie sur la rencontre entre les priorités nationales notamment issues de la loi de santé et des récents rapports (Laforcade et Amiel) et des remontées des experts et représentants (établissements, fédérations et représentants de familles).

Cette ambition s'articule autour de trois axes fondamentaux :

Le décloisonnement des institutions et des approches :

La santé mentale est au carrefour de politiques très diverses. Désormais, la coordination des acteurs ne suffit plus. Une logique orientée vers des analyses et des prises en charges intégrées doit être privilégiée. Pour cela, le lien avec la médecine de ville et les psychiatres libéraux sera systématiquement encouragé et les collaborations avec l'URPS Occitanie sont, là aussi, un atout fort pour la région. Le renforcement des liens entre les secteurs sanitaire, médico-social et social sont aussi la garantie de nouvelles synergies pour les années à venir. De la détection précoce chez un professionnel libéral ou à l'école par exemple, à la réinsertion psycho-sociale, l'approche multi institutionnelle est clairement l'un des enjeux majeurs d'une politique réussie en matière de santé mentale.

Faire des politiques autour de l'enfance et l'adolescence un enjeu d'avenir :

L'ensemble des professionnels reconnaît la nécessité de renforcer les efforts et les moyens autour de l'enfance. L'ambition de l'ARS Occitanie est claire : au-delà des moyens alloués, c'est à un changement de paradigme que l'ensemble des professionnels est invité. La pédopsychiatrie doit désormais s'inscrire dans une politique plus large où s'intègrent la parentalité, la psychiatrie adulte, l'aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse. L'Agence appuiera toutes les initiatives permettant de favoriser les liens entre ces divers champs mais aussi en privilégiant les politiques du « aller vers ».

Faire de l'innovation une nouvelle dynamique porteuse de changements :

Les champs de la psychiatrie et de la santé mentale connaissent de profondes mutations depuis ces dernières années. Les nouvelles thérapies et approches innovantes (case management, thérapie systémique, thérapies cognitivo comportementales, remédiation cognitive, thérapies médiatisées...) apportent de nouvelles solutions en complément des thérapies plus classiques.

L'ARS Occitanie, avec l'appui des experts et des fédérations de recherche, va accompagner ces évolutions de pratiques, notamment avec l'émergence de l'e-médecine dans ce secteur.

A ces trois axes s'ajoute un volet relatif à la prise en charge spécifique des personnes détenues. En effet, les pathologies mentales rencontrées en détention se diversifient et s'aggravent. Trop de ruptures sont encore à déplorer dans le parcours des malades mentaux incarcérés. Il convient de permettre un parcours de soins équivalent à celui de la population générale en développant une offre de soins graduée.

PARCOURS SANTÉ MENTALE

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

La loi 2016-41 du 26 janvier 2010 de modernisation de la santé définit un nouveau cadre d'organisation pour la santé mentale.

L'élaboration de Projets territoriaux de Santé mentale (Art. L. 3221-2.-I et suivant) va donner lieu à des Contrats Territoriaux de santé mentale (CTSM) dans lesquels les signataires s'engagent sur leur participation à une nouvelle construction de politique de santé mentale territoriale.

De même, la communauté psychiatrique de territoire fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture (Art. D. 6136-1).

Enfin, le principe fondateur de la sectorisation est rappelé (Art L 3221-1) comme le niveau réglementaire et pertinent de la prise en charge psychiatrique, notamment pour :

- un recours de proximité en soins psychiatriques,
- une accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques,
- une continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes.

Le rapport Laforcade d'Octobre 2016 éclaire cette nouvelle volonté des pouvoirs publics de faire évoluer les politiques de santé mentale et ce, selon 3 axes :

- renforcer les collaborations entre les secteurs du sanitaire, de la médecine de ville, du médico social et du social.
- faire évoluer les pratiques professionnelles avec l'apport des nouvelles thérapies, de l'e-médecine, de la gestion des parcours complexes...
- déstigmatiser la santé mentale et apporter un soutien sans précédent aux aidants.

Le Rapport sénatorial Amiel d'avril 2017 rappelle la nécessité de faire de la pédopsychiatrie une priorité stratégique pour les années à venir.

Le dépistage précoce, le travail nécessaire avec les familles, l'approche pluridisciplinaire sont des orientations nationales incontournables pour la construction des PRS et en profonde conformité avec les orientations régionales retenues par notre Agence.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

1. Améliorer le diagnostic précoce et renforcer la prise en charge des troubles psychiatriques chez les enfants et adolescents
2. Renforcer l'action conjointe des professionnels autour du patient par l'intégration des services d'aide et de soins en santé mentale
3. Favoriser l'accès de l'utilisateur aux dispositifs innovants en santé mentale
4. Renforcer la prise en charge psychiatrique des personnes détenues

PARCOURS SANTÉ MENTALE

ACTIVITÉ DE SOINS DE PSYCHIATRIE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

1) Ce que disent les données de santé

- Une sur-incidence des ALD pour affections psychiatriques chez les hommes comme chez les femmes s’observe sur le territoire régional.
- S’agissant des addictions, les « usages réguliers » sont supérieurs à la moyenne métropolitaine.
- Les suicides constituent la deuxième cause de mortalité prématurée évitable : 21% des décès sont évitables avant 65 ans en Occitanie (principalement dans l’Aude et l’Aveyron).
- Les indicateurs socio-environnementaux (évolution démographique, précarité, addictions) interrogent sur une possible augmentation de l’activité dans la région pour les années à venir.
- Sur le plan démographique, une baisse des effectifs des psychiatres est prévue jusqu’en 2020 avec certains territoires déjà en grandes difficultés de recrutement. Des difficultés particulières de pourvoi des postes de psychiatres existent dans les Établissements et Services Médico Sociaux (ESMS).

2) Bilan des actions mises en œuvre dans le précédent PRS

Les actions mises en œuvre dans le précédent PRS en faveur de la santé mentale se sont attachées à **l’amélioration de l’entrée des patients dans les dispositifs de santé psychiatrique** : il s’agissait notamment d’améliorer la prise en charge des urgences et des situations de crise (coordination de la prise en charge des urgences entre les établissements publics et privés de l’agglomération de Toulouse, mise en place de centres de crise en ex-Languedoc-Roussillon).

Les **réponses sanitaires à apporter à certaines populations spécifiques**, identifiées dans le cadre du PRS, ont conduit au développement d’équipes mobiles (équipes mobiles géronto-psychiatriques, équipes mobiles de psychiatrie-précarité et équipes mobiles adolescents).

Les adolescents ont fait l’objet d’une attention particulière au travers de divers dispositifs (Maisons des adolescents, actions de prévention secondaire), tout comme les personnes souffrant de troubles envahissant du développement (mise en place de deux Centres Ressources Autismes et de plusieurs antennes départementales).

L’accent a également été mis sur la prévention du suicide (promotion du dispositif Vigilans).

Les précédents PRS ont également concouru à la **réduction des inégalités territoriales de l’offre de soins** (mise en œuvre des implantations prévues, coordination renforcée des soins primaires et de la psychiatrie avec le Dispositif de Soins Partagés de Toulouse par exemple).

Le développement des Conseils locaux en santé mentale (CLSM) ou des volets “santé mentale” des Contrats locaux de santé (CLS) a contribué au **renforcement de la coordination entre acteurs**. Des dispositifs reposant sur cet enjeu de coordination ont été déployés, en particulier l’hospitalisation à domicile psychiatrique ou encore la télémédecine à Béziers.

Le PRS actuel s’attache à confirmer et étendre la diffusion territoriale de ces dispositifs qui ont montré leur efficacité, en particulier à destination des jeunes, de la population suicidante et d’un point de vue plus général, en matière de diagnostic et d’entrée des patients dans la prise en charge psychiatrique.

PARCOURS SANTÉ MENTALE

ACTIVITÉ DE SOINS DE PSYCHIATRIE

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
09	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	1	1	1	-
	Hospitalisation de jour	3	3	3	-
	Hospitalisation de nuit	1	1	1	-
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Appartement thérapeutique				
	Centre de crise	0	0	1	0/+1
	Centre de postcure psychiatrique				
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	1	1	1	-
	Hospitalisation de jour	2	2	2	-
	Hospitalisation de nuit				
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise				
11	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	7	6	6	-1
	Hospitalisation de jour	7	8	8	+1
	Hospitalisation de nuit	1	1	1	-
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Appartement thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise				
	Centre de postcure psychiatrique				
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	1	1	1	-
	Hospitalisation de jour	5	5	5	-
	Hospitalisation de nuit	1	1	1	-
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise				
12	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	4	4	4	-
	Hospitalisation de jour	10	10	10	-
	Hospitalisation de nuit	2	2	2	-
	Placement familial thérapeutique	1	1	2	0 / + 1
	Appartement thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise	0	0	1	0 / + 1
	Centre de postcure psychiatrique				
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	1	1	1	-
	Hospitalisation de jour	2	2	3	0 / + 1
	Hospitalisation de nuit				
	Placement familial thérapeutique	0	0	1	0 / + 1
	Centre de crise				

PARCOURS SANTÉ MENTALE

ACTIVITÉ DE SOINS DE PSYCHIATRIE

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
30	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	10	9	9	- 1
	Hospitalisation de jour	10	10	11	0/+1
	Hospitalisation de nuit	2	2	2	-
	Placement familial thérapeutique	3	3	3	-
	Appartement thérapeutique				
	Centre de crise				
	Centre de postcure psychiatrique	0	2	2	+2
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	2	2	2	-
	Hospitalisation de jour	11	11	12	0 / + 1
	Hospitalisation de nuit				
Placement familial thérapeutique	3	3	3	-	
Centre de crise					
31	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	10	10	10	-
	Hospitalisation de jour	21	21	22	0 / + 1
	Hospitalisation de nuit	4	4	4	-
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Appartement thérapeutique	4	4	4	-
	Centre de crise				
	Centre de postcure psychiatrique	5	5	5	-
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	3	3	3	-
	Hospitalisation de jour	13	14	14	+1
	Hospitalisation de nuit	0	0	1	0 / + 1
Placement familial thérapeutique	1	1	2	0 / + 1	
Centre de crise	2	2	2	-	
32	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	2	2	2	-
	Hospitalisation de jour	2	2	2	-
	Hospitalisation de nuit	1	1	1	-
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Appartement thérapeutique				
	Centre de crise				
	Centre de postcure psychiatrique	1	1	1	-
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	1	1	1	-
	Hospitalisation de jour	2	2	2	-
	Hospitalisation de nuit	1	1	1	-
Placement familial thérapeutique	1	1	1	-	
Centre de crise					

PARCOURS SANTÉ MENTALE

ACTIVITÉ DE SOINS DE PSYCHIATRIE

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
34	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	10	10	10	-
	Hospitalisation de jour	23	23	24	0 / + 1
	Hospitalisation de nuit	1	1	2	0 / + 1
	Placement familial thérapeutique	2	2	2	-
	Appartement thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise	1	1	1	-
	Centre de postcure psychiatrique	0	2	2	+2
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	3	3	4	0/+1
	Hospitalisation de jour	10	10	10	-
	Hospitalisation de nuit	0	0	1	0 / + 1
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise	1	1	1	-
46	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	2	2	2	-
	Hospitalisation de jour	5	5	5	-
	Hospitalisation de nuit	2	2	2	-
	Placement familial thérapeutique	2	2	2	-
	Appartement thérapeutique	2	2	2	-
	Centre de crise	0	0	1	0 / + 1
	Centre de postcure psychiatrique				
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	1	1	1	-
	Hospitalisation de jour	5	5	5	-
	Hospitalisation de nuit	1	1	1	-
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise				
48	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	3	2	2	-1
	Hospitalisation de jour	2	2	2	-
	Hospitalisation de nuit				
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Appartement thérapeutique				
	Centre de crise				
	Centre de postcure psychiatrique				
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	1	1	1	-
	Hospitalisation de jour	2	2	2	-
	Hospitalisation de nuit				
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise				

PARCOURS SANTÉ MENTALE
**ACTIVITÉ DE SOINS
DE PSYCHIATRIE**
Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
65	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	4	4	4	-
	Hospitalisation de jour	6	6	6	-
	Hospitalisation de nuit	2	2	2	-
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Appartement thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise	0	0	1	0 / + 1
	Centre de postcure psychiatrique	1	1	1	-
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	2	2	2	-
	Hospitalisation de jour	6	6	6	-
	Hospitalisation de nuit				
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise				
66	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	4	4	4	-
	Hospitalisation de jour	11	11	11	-
	Hospitalisation de nuit	1	1	1	-
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Appartement thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise	1	1	1	-
	Centre de postcure psychiatrique	0	1	1	+ 1
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	1	1	1	-
	Hospitalisation de jour	4	4	4	-
	Hospitalisation de nuit	1	1	1	-
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise	1	1	1	-
81	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	5 dt UMD	5	5	-
	Hospitalisation de jour	14	14	14	-
	Hospitalisation de nuit	2	2	2	-
	Placement familial thérapeutique	2	2	2	-
	Appartement thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise	1	1	1	-
	Centre de postcure psychiatrique	1	1	1	-
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	2	2	2	-
	Hospitalisation de jour	6	6	7	0 / + 1
	Hospitalisation de nuit	1	1	2	0 / + 1
	Placement familial thérapeutique	2	2	2	-
	Centre de crise				

PARCOURS SANTÉ MENTALE

ACTIVITÉ DE SOINS DE PSYCHIATRIE

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
82	Psychiatrie adulte				
	Hospitalisation complète	4	4	4	-
	Hospitalisation de jour	6	6	6	-
	Hospitalisation de nuit	2	2	2	-
	Placement familial thérapeutique	1	1	2	0 / + 1
	Appartement thérapeutique				
	Centre de crise				
	Centre de postcure psychiatrique	1	1	1	-
	Psychiatrie infanto juvénile				
	Hospitalisation complète	1	1	1	-
	Hospitalisation de jour	3	3	3	-
	Hospitalisation de nuit				
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	-
	Centre de crise				

Les objectifs quantitatifs permettent de couvrir les besoins de santé de la population dans tous les territoires. Ils sont quantifiés par un minimum (borne basse) et un maximum (borne haute).

Ils prennent en compte des objectifs non atteints dans les PRS précédents, de nouveaux besoins, des réorganisations en raison de l'évolution de l'activité des structures, des équipes médicales, des normes réglementaires et d'éventuelles transformations, regroupements ou coopérations.

Au regard du diagnostic posé, trois implantations sont supprimées dans les zones 11, 30 et 48, par transformation ou regroupement (voir paragraphe « transformation »).

En outre, une réflexion engagée en ex Midi Pyrénées a conduit à promouvoir la prise en charge de patients atteints de troubles psychiatriques en hospitalisation à domicile sur quatre sites. L'Agence Régionale de Santé sera amenée à faire évoluer ces sites sur la durée du PRS, en conformité avec la réglementation.



PARCOURS SANTÉ MENTALE

ACTIVITÉ DE SOINS DE PSYCHIATRIE

Transformations – regroupements – coopérations

Dans le cadre de l'harmonisation des autorisations de psychiatrie à l'échelle de la région, il est convenu de transformer à terme 4 SSR¹³ en autorisations de psychiatrie selon la modalité « Centre de postcure psychiatrique » conformément à la réglementation. Historiquement, ces établissements accueillent des usagers atteints de pathologies psychiatriques dont les missions s'apparentent à de la réinsertion et réadaptation.

C'est dans ce cadre qu'une implantation d'hospitalisation complète dans le Gard est supprimée pour permettre à la structure « Le Peyron » de se transformer en centre de post cure psychiatrique. Conformément aux orientations du PRS et dans un souci d'harmonisation, ces structures basées dans l'Occitanie Est auront vocation à développer des activités de psychiatrie basées sur la réinsertion et la réadaptation psycho-sociale (RRPS).

La RRPS étant considérée comme une priorité en matière de solution d'aval, un cahier des charges régional sera élaboré et appliqué à l'ensemble des structures de post cure de la région Occitanie.

Dans ce but, l'ASM de l'Aude a prévu de développer un projet innovant de RRPS qui permet de remplacer une structure d'hospitalisation temps plein par de l'alternative à l'hospitalisation. Et en Lozère, un regroupement sur Saint Alban des activités de RRPS permet de supprimer une implantation excentrée sur Saint Chely d'Apcher.

Le virage ambulatoire se poursuit dans l'offre de soins psychiatrique. Les Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT) doivent permettre des renforcements de coopération entre les différents établissements sectorisés.

Au-delà, les Projets Territoriaux de Santé mentale vont jouer un rôle déterminant dans le rapprochement des collaborations entre le public et le privé.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Le regroupement des activités de soins est toujours recherché. Dans un souci d'accès aux soins, les dispositifs regroupant des prestations ambulatoires autorisées (Hospitalisation de jour) et non autorisées (Centre Médico-Psychologique - CMP, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel - CATT) en psychiatrie demeurent une priorité.

Le présent PRS porte une ambition nouvelle avec la volonté, lorsque le besoin est identifié, de favoriser le regroupement de CMP avec les Maisons de santé pluri professionnelles. Cet objectif s'inscrit dans une volonté globale de rapprocher le champ de la psychiatrie et le 1^{er} recours (cf. Priorité stratégique 2).

Dans un souci de mise en cohérence avec les consommations de soins de la population et de l'évolution démographique qui caractérise notre région, une refonte de la sectorisation sera opérée à partir de 2018.

L'Agence procèdera également à une analyse des hospitalisations sous contrainte qui connaissent une forte évolution. Les établissements subissant une évolution forte de ces hospitalisations seront accompagnés par l'Agence.

¹³ 1 dans le Gard, 2 dans l'Hérault et 1 dans les Pyrénées-Orientales

PARCOURS SANTÉ MENTALE



PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

AMÉLIORER LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Un diagnostic précoce améliore les chances de réussite des prises en charge et peut éviter le passage vers la chronicité. La période de l'adolescence est une période charnière où les pathologies se révèlent et où les ruptures de prises en charge sont les plus fréquentes.

Au-delà du diagnostic, un des enjeux dans le parcours des enfants et adolescents est celui de l'orientation vers une prise en charge dans des délais brefs. « L'embolisation » des Centre Médico-Psychologique (CMP), la démographie défavorable des pédopsychiatres incitent à une meilleure définition des tâches entre les acteurs, afin d'apporter la réponse de la bonne intensité au bon moment.

Par ailleurs, les enfants de parents atteints de troubles psychiatriques présentent des risques accrus, désormais avérés scientifiquement, de développer des pathologies. Le PRS doit développer des actions spécifiques en faveur de cette population à risque.

*(lifetime prevalence disorders in National comorbidity survey replication - Archives of General Psychiatry 2012)

La priorité consiste :

En phase de dépistage :

- à sensibiliser les parents et l'entourage scolaire des enfants et adolescents aux troubles du comportement et apporter une connaissance des structures d'orientation et de prise en charge ;
- à démultiplier ces lieux d'orientation (MDA, PAEJ, CAMPS, CMPEA, équipes mobiles)¹⁴ ;
- à repérer les fragilités psychosociales des futurs parents pour une prise en charge familiale précoce ;

Certains publics tels que les enfants de parents atteints de troubles psychiatriques constituent un public à risque élevé avec une prévalence forte en matière de développement de pathologies psychiatriques. Il s'agit d'expérimenter des dispositifs intégrés réactifs (associant équipe mobile, réseau, MDA, Aide Sociale à l'Enfance...) permettant d'aller au plus près des enfants en prenant en compte la dimension familiale.

Après le diagnostic :

- à assurer une prise en charge spécifique, rapide et sans rupture en s'appuyant notamment sur :
 - des consultations rapides sans rendez-vous en CMPEA par exemple ;
 - l'accompagnement des aidants naturels (notamment parents) et le développement de leurs compétences de co-soignants grâce aux programmes d'aide aux aidants et/ou d'aide à la parentalité (type Pro-Famille, réap) ;
 - une recherche action permettant de suivre les enfants de parents présentant des troubles psychiatriques ;
 - les bonnes pratiques issues des travaux de FERREPSY.

Les résultats attendus sont de :

- renforcer et accompagner les compétences parentales dans la prise en charge des enfants ;
- diminuer sur le long terme la prévalence des troubles psychiatriques chez l'enfant ;
- diminuer la fréquence des ruptures des parcours chez l'adolescent.

Les 3 projets structurants associés à cette priorité opérationnelle sont les suivants :

- étendre les dispositifs de soutien aux aidants et à la parentalité ;
- étendre les équipes mobiles adolescents complexes ;
- optimiser l'écoute et l'accueil des jeunes.

¹⁴ MDA : Maisons des adolescents, PAEJ : Point d'Accueil Écoute Jeune, CAMPS : Centre d'action médico-sociale précoce, CMPEA : Centre Médico-Psychologique Enfant et Adolescent

PARCOURS SANTÉ MENTALE

AMÉLIORER LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

TERRITOIRES CONCERNÉS

Ensemble des territoires de santé

POPULATIONS CIBLÉES

- Les enfants dont les parents sont atteints de troubles psychiatriques
- Les adolescents à situation complexe
- Les parents ayant un enfant atteints de troubles psychiques
- Les futurs parents, repérés fragiles (approche parentalité)

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de projets expérimentaux parentalité de prise en charge des vulnérabilités psychosociales
- Nombre de dispositifs spécifiques pour adolescents complexes
- Diminution des délais d'attente des CMPEA (sous réserve d'enquête ad'hoc)
- Couverture territoriale des équipes mobiles
- Taux de recours hospitalier pour motif lié à la psychiatrie chez les enfants et adolescents

PARCOURS SANTÉ MENTALE



PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

ÉTENDRE LES DISPOSITIFS DE SOUTIEN AUX AIDANTS ET À LA PARENTALITÉ

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Ce projet consiste à focaliser des efforts et un soutien important aux aidants qui sont des acteurs essentiels dans le repérage mais aussi dans l'accompagnement au quotidien des patients souffrant de pathologies psychiatriques. Deux types d'actions seront privilégiés : le développement de programmes de gestion parentale (ex Profamille) au sein de l'ensemble des établissements concernés et le développement de la Thérapie Multi Systémique (TMS)¹⁵, encore absente en France à ce jour.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Développement des programmes de soutien aux aidants au sein des établissements de santé
- Création d'équipes mobiles parentalité
- Formation et labellisation à la TMS en vue d'une diffusion sur les territoires où le besoin est avéré.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- CHU Montpellier et TOULOUSE
- UNAFAM

Partenaires institutionnels :

- CAF
- DRJSCS
- Conseil Départemental

POPULATION CONCERNÉE

Les familles, les aidants familiaux.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Les territoires de santé où le diagnostic territorial a repéré un besoin.

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Programme de formation des établissements de santé
- Labellisation de l'équipe du CHU de Montpellier pour le projet TMS

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

DAF PSY
ONDAM Médico social
Mutualisation avec d'autres partenaires financiers

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Rapport Amiel sur la pédopsychiatrie
Rapport Laforcade

INDICATEURS DE SUIVI

- Labellisation de l'équipe du CHU aux thérapies multi systémiques
- Pourcentage de services de pédopsychiatrie ayant mis en œuvre un programme de soutien aux aidants (cible 100 %)

¹⁵ La thérapie multi systémique intègre l'ensemble des acteurs ayant une incidence simultanée sur le parcours de l'adolescent. L'intervention vient cibler les différents systèmes familiaux et extra familiaux concernés (parents, fratries, pairs, école, juridique, éducatif, intra et extra hospitalier)

PARCOURS SANTÉ MENTALE



PROJET
STRUCTURANT
N° 1.2

ÉTENDRE LES ÉQUIPES MOBILES ADOLESCENTS COMPLEXES

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'adolescence est une période de transition complexe qui pour certains adolescents, peut déboucher sur des troubles psychiques de gravité variable. Les adolescents bousculent les clivages traditionnels de la pédopsychiatrie jusqu'à 16 ans et de la psychiatrie générale au-delà. Une organisation nouvelle se met en place fondée sur une approche pluridisciplinaire et s'inscrivant dans le concept essentiel de « l'aller vers » pour assurer une continuité des suivis.

Les équipes mobiles « adolescents complexes » sont les outils principaux de cette organisation. Elles devront se développer dans le cadre de dispositif intégré avec les partenaires afin de simplifier et rendre plus efficaces les réponses apportées.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Développement des équipes mobiles « adolescents complexes » dans chaque département de la région Occitanie, en lien avec les Maisons des adolescents et les secteurs de psychiatrie publics.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Secteurs de psychiatrie publics
- Professionnels de santé mentale publics et privés

Dont partenaires institutionnels :

- Établissements de psychiatrie publics et privés
- ARS, URPS, Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), MDA
- Conseil départemental

POPULATION CONCERNÉE

Les adolescents considérés comme « difficiles » et les jeunes en précarité sociale.

TERRITOIRES CONCERNÉS

L'ensemble des territoires de santé où le besoin est avéré dans le cadre du diagnostic territorial de santé et les territoires des CLS et des CLSM pour démarrer.

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

La collaboration étroite avec les conseils départementaux, l'Éducation Nationale et la PJJ afin de favoriser une dynamique territoriale efficace

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

DAF psy+/- FIR.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Réseaux adolescents difficiles, MDA, CLSM, Gestionnaires de cas complexes, schéma de l'enfance des départements.

Volet handicap psychique de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale

INDICATEURS DE SUIVI

Écriture d'un cahier des charges.
Nombre d'équipes créées à 5 ans.
Nombres d'interventions par équipe.

PARCOURS SANTÉ MENTALE

OPTIMISER L'ÉCOUTE ET L'ACCUEIL DES JEUNES

Ce projet est en lien avec les orientations du parcours « santé des couples, des mères, des enfants et des jeunes » page 306



PROJET
 STRUCTURANT
 N° 1.3

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Si les études nationales montrent que les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période conditionnent leur avenir en matière de santé. Les inégalités sociales de santé qui dès le plus jeune âge ont des répercussions tout au long de la vie, sont à prendre en compte.

Nombreux sont ceux qui déclarent éprouver des symptômes de mal-être ; la situation est plus critique pour les jeunes en situation d'insertion. Le plan national d'actions en faveur du bien-être et de la santé des jeunes présenté en novembre 2016 renforce l'engagement auprès de la jeunesse, notamment les jeunes en situation de vulnérabilité et met en avant un certain nombre d'indicateurs de mal-être, de dépression, de troubles du comportement voire de crise suicidaire chez les jeunes de 11 à 25 ans.

Deux dispositifs inscrits depuis plus de 15 ans dans la politique publique nationale permettent d'appréhender ces problématiques au plus près des publics, en complémentarité avec de nombreux acteurs ou institutions intervenant dans la politique globale de la jeunesse :

Les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) → dispositifs d'intervention généraliste sur le lien social, au point où il menace de se rompre. Dans une démarche d'éducation préventive, ils s'adressent à une population générale dans une visée de cohésion sociale qui concerne autant les jeunes, les parents que les professionnels et les institutions. Les PAEJ sont de petites structures de proximité définies autour d'une fonction d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes exposés à des situations à risque et de leur entourage. L'équipe est le plus souvent constituée de professionnels de l'animation, de l'éducation, des professionnels « ressources en santé mentale » (hors volet soins) ou du secteur social. Situés au carrefour des récents enjeux sociaux et de santé pour les jeunes, les PAEJ sont des maillons essentiels de la chaîne préventive entre repérage et accompagnement vers la prise en charge. En repérant les troubles psychiques que peuvent présenter certains jeunes accueillis, ils interviennent ainsi en prévention du suicide.

Les Maisons des Adolescents (MDA) → structures pluridisciplinaires et lieux ressources destinés aux adolescents de 11 à 21 ans, voire jusqu'à 25 ans, leur famille et les professionnels.

Les MDA offrent un accueil généraliste à tous les jeunes par des professionnels issus d'origines professionnelles multiples de la prévention, de l'éducation, de la justice, de l'insertion, voire du soin. La MDA apporte des réponses adaptées aux besoins des adolescents sur leur santé au sens large et leur bien-être en leur proposant un accompagnement sur les sujets « propres » à leur âge tels que les addictions, les infections sexuellement transmissibles (IST), la contraception, la radicalisation, l'insertion socio-professionnelle, les conflits familiaux, la souffrance psychique... et ce en articulation avec tous les dispositifs spécialisés existants sur le territoire.

A ce titre, les MDA constituent une ressource territoriale majeure pour favoriser l'expression par les jeunes de leur mal-être et faciliter le repérage de troubles qui nécessiteraient ensuite un relai vers les acteurs territoriaux plus spécialisés tels que ceux de la psychiatrie.

Le principe « généraliste » de la MDA en fait également une ressource pour les équipes des réseaux adolescents en situation complexe, notamment dans le cadre du repérage et de l'accompagnement précoce des fratries d'adolescents déjà inscrits dans ces réseaux et ce pour évaluer de façon anticipée les facteurs de risque de développement de troubles identiques. Cette complémentarité facilitera le relais vers les services de psychiatrie ad hoc lorsque nécessaire, en préparant au mieux le jeune à l'accès au soin.

Leur positionnement en tant que tête de réseau opérationnelle des stratégies départementales « santé des jeunes » et leur articulation systématique avec le secteur sanitaire et en particulier la psychiatrie de secteur, en font un dispositif essentiel pour initier des **parcours en santé mentale**, par un accompagnement au plus tôt. La coopération avec la médecine libérale constitue également une priorité, afin d'éviter les ruptures.

Le projet consiste dans le cadre du parcours santé mentale à mieux s'appuyer sur les missions des MDA, leur possible articulation avec le soin, en développant les relais de territoire.

Dans ce cadre et selon les principes du cahier des charges 2016, le projet contribuera à positionner les MDA en tant que ressources départementales, en ciblant des priorités de réponses qui contribueront à la précocité et à l'efficacité des repérages et des prises en charge des jeunes et de leur famille.

PARCOURS SANTÉ MENTALE

OPTIMISER L'ÉCOUTE ET L'ACCUEIL DES JEUNES

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.3

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Opérationnalité d'une maison des adolescents (MDA) ou dispositif remplissant ses missions dans les 13 départements de la région ;
- Positionnement et organisation de chaque MDA comme pivot de la stratégie départementale « santé des jeunes » (de la permanence des soins aux soins spécialisés) ;
- Meilleur repérage et accompagnement des jeunes en situation de mal-être et soutien des parents ;
- Repérage précoce effectif des risques de développement de troubles dans les fratries de jeunes présentant des troubles avérés via les réseaux pour adolescents en situation complexe.

ACTEURS REPÉRÉS

- Professionnels en lien avec les jeunes
- Psychiatres libéraux
- Professionnels de santé et du soin spécialisé ; structures de soins (publiques et privées)
- Autres institutions (notamment Éducation Nationale, collectivités territoriales)

POPULATION CONCERNÉE

Jeunes de 11 à 25 ans
Professionnels
Parents

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Existence d'une Délégation régionale MDA, Partenariat avec l'Éducation Nationale
Liens avec PAEJ, travail concerté avec collectivités territoriales
Travail des réseaux ados auprès des fratries
Cahier des charges national de 2ème génération des maisons des adolescents et des points accueil écoute jeunes

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Dispositif déjà financé en grande partie, à optimiser dans ses articulations, à compléter sur certains départements (FIR)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Programmes éducatifs de santé

INDICATEURS DE SUIVI

- Opérationnalité et efficacité des MDA
- Nombre de jeunes orientés par nature de l'orientation
- Nombre de situations complexes accompagnées, nombre de fratries accompagnées

PARCOURS SANTÉ MENTALE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 2

RENFORCER L'ACTION CONJOINTE DES PROFESSIONNELS AUTOUR DU PATIENT PAR L'INTÉGRATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

« Depuis plus de 20 ans, les données se multiplient pour montrer, d'une part le déficit de coopération entre médecins généralistes et psychiatres et d'autre part les effets délétères de l'insuffisance de liens entre ces professionnels. Les principaux freins à une coopération efficiente entre la médecine générale et les services spécialisés en santé mentale seraient liés aux difficultés d'orientation des patients, à la stigmatisation et la réticence des patients et au coût élevé des prises en charge en psychothérapie dans le secteur privé.

L'optimisation de l'action conjointe du médecin généraliste et des professionnels de la psychiatrie passerait par l'amélioration de la communication, de la formation et du soin en santé mentale en première ligne. Une meilleure articulation des compétences et des rôles des professionnels améliorerait la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux¹⁶.

Cet enjeu est largement confirmé par une étude¹⁷ qui montre une sous-estimation des troubles psychiatriques de la patientèle en médecine générale et pose la question de l'adéquation des traitements psychotropes dont les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs.

Les enjeux de coopération concernant les secteurs médico-social et social se retrouvent principalement en matière de coordination, institutionnelle ou auprès du malade, et seront traités par tout moyen (GCS, comité départemental, plateforme, équipe mobile...), dans le but d'assurer une meilleure réinsertion psychosociale des malades stabilisés et/ou des handicapés psychiques.

Cette priorité est déclinée en 3 axes complémentaires :

- augmenter la capacité et les compétences des médecins généralistes à diagnostiquer, orienter et prendre en charge les patients présentant des troubles psychiatriques. Cela passe par l'amélioration de la formation initiale en psychiatrie mais également par des dispositifs apprenants de type dispositifs de soins partagés¹⁸, le rapprochement CMP/MSP, l'organisation et l'intervention d'équipes mobiles ou encore le développement de compétences de gestionnaires de cas complexes.

Le bénéfice pour le patient sera double : meilleure prise en charge et suivi de ses troubles psychiatriques, mais également de ses pathologies somatiques (suivi plus constant en médecine générale).

- améliorer la coordination institutionnelle sanitaire / médico-sociale / sociale par le biais d'équipes mobiles, de formations croisées (meilleure connaissance mutuelle) et d'un partage de temps médical, notamment pour les établissements médico sociaux rencontrant des difficultés de recrutement ;
- prioriser le déploiement de dispositifs de réhabilitation psychosociale ayant fait leurs preuves (préconisations du Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale et du rapport Laforcade), notamment la mise en œuvre de projets d'habitat inclusif.

Les résultats attendus sont :

- une meilleure coordination des acteurs ;
- la mise en place de dispositifs support et apprenant pour les médecins généralistes ;
- l'amélioration du suivi des patients atteints de troubles psychiatriques par la médecine générale ;
- la réduction des séjours longs ;
- l'augmentation de la part de malades réinsérés en milieu ordinaire.

Le projet structurant associé à cette priorité opérationnelle est :

- accentuer la collaboration entre généralistes et spécialistes de la psychiatrie

¹⁶ « Dossier Bibliographique Santé mentale et organisation des soins » ORS LR et MP ».

¹⁷ Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit, L'encéphale, J Norton et al, Paris 2008

¹⁸ Une équipe dédiée de professionnels de la psychiatrie (médecin psychiatre, psychologue et IDE) permet d'organiser une réponse rapide à un médecin traitant aux prises avec un patient qui semble présenter des troubles psychiatriques. La réponse va du simple conseil téléphonique à l'élaboration conjointe d'un projet de soins et le cas échéant à l'adressage rapide vers un médecin psychiatre ou une structure de psychiatrie plus lourde.

PARCOURS SANTÉ MENTALE

RENFORCER L'ACTION CONJOINTE DES PROFESSIONNELS AUTOUR DU PATIENT PAR L'INTÉGRATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

TERRITOIRES CONCERNÉS

Couverture régionale par une déclinaison par territoires de projets infra-départementaux.

POPULATIONS CIBLÉES

Professionnels de santé sanitaires, médico-sociaux et sociaux.
Médecins généralistes, psychiatres, psychologues, infirmiers...
Tout intervenant public et privé auprès des patients présentant des troubles d'allure psychiatrique.

INDICATEURS DE SUIVI

- Pourcentage de patients avec pathologie psychiatrique ayant au moins une consultation de médecine générale dans l'année
- Pourcentage de patients avec pathologie psychiatrique ayant au moins une hospitalisation dans l'année

PARCOURS SANTÉ MENTALE



PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

ACCENTUER LA COLLABORATION ENTRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES ÉQUIPES SPÉCIALISÉES DE LA PSYCHIATRIE

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Ce projet traduit le premier enjeu de cette priorité : améliorer la capacité et les compétences des médecins généralistes à diagnostiquer, orienter et prendre en charge les patients présentant des troubles psychiatriques. Il se traduit par le déploiement de deux types de dispositifs complémentaires. L'un trouve sa place principalement en zone rurale et l'autre en zone urbaine où les équipes pluridisciplinaires spécialisées peuvent s'organiser en équipe d'appui.

Rapprochement des Centres Médico Psychologiques (CMP) et des Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP).

En pratique, il convient d'implanter des CMP dans les locaux des MSP et de prévoir un mode de fonctionnement partenarial entre ces 2 structures avec des réunions de coordination administrative et médicale. L'opportunité de ces rapprochements et les modalités d'accompagnement seront appréciées dans le cadre de l'élaboration des Contrats Territoriaux de Santé Mentale (CTSM).

Les Dispositifs de Soins Partagé en Psychiatrie (DSPP)

Ces dispositifs permettent d'optimiser l'action conjointe du médecin traitant et des professionnels de la psychiatrie dans le but de fluidifier le parcours des patients sur un territoire donné. Ils ont aussi pour finalité de mieux intégrer les médecins généralistes à la prise en charge des malades.

Une équipe dédiée de professionnels de la psychiatrie (médecin psychiatre, psychologue et IDE) permet d'organiser rapidement une réponse psychiatrique à un médecin traitant aux prises avec un patient qui semble présenter des troubles psychiatriques. La réponse va du simple conseil téléphonique à l'élaboration conjointe d'un projet de soins et le cas échéant à l'accompagnement vers de nouveaux professionnels avec un adressage rapide (dans la semaine) vers un médecin psychiatre ou une structure de psychiatrie plus lourde.

Un retour systématique vers les médecins traitants, normalisé selon les critères HAS, permet en outre d'améliorer les pratiques des médecins traitants en matière de prise en charge des patients atteints de pathologies mentales.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Ces deux actions complémentaires doivent contribuer à l'accroissement de la place du médecin traitant dans la prise en charge des troubles psychiques et à l'amélioration des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en matière de santé mentale.

Il est attendu une déstigmatisation de la maladie mentale permettant d'améliorer l'accessibilité des structures de prise en charge telles que les CMP. Il est aussi attendu une meilleure réactivité entre les médecins traitants et les professionnels des CMP.

Ces deux dispositifs permettront une meilleure implication des médecins généralistes dans le suivi et la prise en charge des personnes atteintes de pathologies psychiatriques mais aussi une meilleure prise en charge somatique de ces patients du fait de la proximité des structures et des équipes.

PARCOURS SANTÉ MENTALE



PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

ACCENTUER LA COLLABORATION ENTRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES ÉQUIPES SPÉCIALISÉES DE LA PSYCHIATRIE

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet

- Médecins généralistes
- Médecins exerçant en MSP
- Professionnels de santé des CMP

Dont partenaires institutionnels :

- Psychiatrie publique
- URPS
- Assurance Maladie

POPULATION CONCERNÉE

La population générale d'un territoire donné.
La patientèle des généralistes.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Le territoire régional est concerné dans son ensemble, mais une priorité sera donnée aux zones rurales pour le rapprochement des CMP et MSP.

A l'inverse, les dispositifs de soins partagés seront prioritaires en zones urbaines et pourront être expérimentés en zone rurale.

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Projets et Contrats Territoriaux de Santé Mentale

Possibilité de mutualisation des moyens en termes de locaux, de personnels et de subventions des conseils départementaux et municipalités

Possibilité de partage d'équipements : télé-médecine par exemple

CPOM Reconnaissances contractuelles

Contrat de ruralité, maisons de service au public

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

DAF de Psychiatrie, FIR ARS (aide à l'investissement), subventions des conseils départementaux, mairies, communes...

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – thème transversal « Présence médicale et soignante, appui aux soins primaires dans les territoires », priorité « Faciliter l'orientation et la prise en charge de proximité des usagers en situation complexe »

Liens avec les URPS.

Volet handicap psychique de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de CMP intégrés dans des MSP
- Pourcentage de MSP intégrant un temps de psychiatres /psychologues
- Nombre de dispositifs de soins partagés, nombre de médecins généralistes participant (et couverture territoriale)
- Nombre de patients atteints de pathologies psychiatriques suivis par les médecins traitants participant aux projets (sous réserve de faisabilité).

PARCOURS SANTÉ MENTALE

FAVORISER L'ACCÈS DE L'USAGER AUX DISPOSITIFS INNOVANTS EN SANTÉ MENTALE


 PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE

N° 3

ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Les pratiques en psychiatrie ont sensiblement évolué au fil de la dernière décennie. Une approche plus pragmatique rendue nécessaire par la complexité des prises en charge permet désormais de dépasser les clivages anciens des différentes écoles de pensée. La e-médecine permet également de développer des nouvelles approches en santé mentale au plus près des citoyens.

De manière générale, l'évaluation du dernier Plan Psychiatrie et Santé mentale a éclairé le manque de moyens de la recherche en psychiatrie. Or, tous les pays qui ont réformé avec succès leur politique de santé mentale, ont développé en amont la recherche (Suisse, Belgique, Canada...).

C'est pourquoi la région Occitanie, avec notamment sa fédération de recherche FERREPSY, s'engage à être une région pilote pour développer l'innovation en psychiatrie et plus particulièrement dans la e-médecine, la réinsertion psycho sociale les thérapies alternatives et "l'empowerment".

Il s'agit principalement de développer la e-médecine dans le champ de la psychiatrie, notamment pour lutter contre les difficultés d'accès géographiques et financières et la complexité institutionnelle. De nombreuses études ont montré l'impact particulièrement positif dans le champ de la psychiatrie.

Par ailleurs, de nouvelles approches se développent dans le champ de la santé mentale, qui permettent de mieux appréhender les situations complexes. Ainsi, l'approche "case management" sera favorisée pour tous les nouveaux projets de prise en charge de populations complexes.

Enfin, les approches innovantes (thérapies médiatisées, thérapies non médicamenteuses, multi systémique, centre d'évaluation et de réinsertion psycho sociale, housing first...) ayant montré leur efficacité sur un plan scientifique seront favorisées dans la région.

Chaque Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM) intégrera un volet "pratique innovante" qui précisera le porteur et le type des thérapies proposées dans chaque territoire.

Les résultats et impacts attendus sont de :

- permettre une meilleure accessibilité géographique et financière notamment via la télé consultation,
- déstigmatiser la santé mentale et permettre au citoyen une meilleure information,
- modifier en profondeur les pratiques thérapeutiques par le partage d'expériences réussies,
- encourager les approches innovantes favorisant l'approche multi institutionnelle (Direction Départementale de la Cohésion Sociale, Conseils Départementaux, Protection Judiciaire de la Jeunesse).

Les 3 projets structurants associés à cette priorité opérationnelle sont les suivants :

- promouvoir la réhabilitation psychosociale
- développer la santé connectée et les applications internet à destination des usagers en santé mentale (cf. thème transversal « Transformation numérique en santé »)
- promouvoir le "case management" et l'approche multi-institutionnelle (cf. thème transversal « Formation et accompagnement des professionnels de santé dans leur exercice »)

PARCOURS SANTÉ MENTALE

FAVORISER L'ACCÈS DE L'USAGER AUX DISPOSITIFS INNOVANTS EN SANTÉ MENTALE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 3

TERRITOIRES CONCERNÉS

Ensemble des territoires de santé, notamment via les projets territoriaux en santé mentale

POPULATIONS CIBLÉES

- Usagers des services de psychiatrie
- Citoyens
- Professionnels de santé

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de projets télé consultations/télé expertise
- Création d'applications internet à destination des citoyens/usagers
- Nombre de projets communs sur l'habitat regroupé avec la Direction départementale de la cohésion sociale et sur les projets d'insertion par le logement (ex : baux glissant, convention logement adapté...)

PARCOURS SANTÉ MENTALE



PROJET
STRUCTURANT
N° 3.1

PROMOUVOIR LA RÉHABILITATION PSYCHO SOCIALE

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La réinsertion et réhabilitation psycho sociale (RRPS) repose sur un ensemble de dispositifs intégrés visant à réinsérer durablement l'utilisateur dans la cité.

Les dynamiques initiées dans la région Occitanie vont permettre de formaliser un nouveau modèle et une labellisation qui dépasse les objectifs des centres experts existants en France.

A terme, chaque territoire pourrait disposer d'un modèle reconnu et efficient de RRPS regroupant toutes une série de dispositifs centrés autour de l'utilisateur (évaluation des capacités, équipe mobiles, habitat inclusif...).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Elaboration d'un cahier des charges régional « Dispositif labellisé RRPS OCCITANIE »
- Création de 5 dispositifs labellisés a minima

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Établissements de santé
- Établissements médico sociaux

Dont partenaires institutionnels :

- Conseil départemental
- Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)
- Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

POPULATION CONCERNÉE

Acteurs de santé œuvrant dans le champ de la santé mentale

TERRITOIRES CONCERNÉS

Territoires de santé

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Méthodologie des MAIA et des centres experts transférable
- Programme résidence accueil des DDCS

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

DAF PSY (crédits spécifiques)
Crédits Formation
Conseil Départemental

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Rapport Laforcade
Volet handicap psychique de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de dispositifs de réinsertion et réhabilitation psychosociale mis en place et labellisés (et couverture territoriale)
- Nombre de bénéficiaires
- Nombre de projets de résidence accueil avec un projet soins

PARCOURS SANTÉ MENTALE

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 4

RENFORCER LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES PERSONNES DÉTENUES

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Les pathologies mentales rencontrées en détention se diversifient et s'aggravent. Il est constaté une évolution vers l'incarcération de cas de plus en plus lourds, considérant que les psychiatres sont en mesure de les soigner. Toutefois, il est important de rappeler que la prison ne peut pas être considérée comme un lieu de soin.

Il convient néanmoins, de faire face à cet afflux de malades en renforçant les capacités de prise en charge des unités sanitaires des établissements pénitentiaires, en diversifiant les prises en charge et en créant de nouveaux lieux de soins. Le principe de la graduation des soins doit être maintenu et renforcé à chaque niveau de prise en charge (ambulatoire, hôpital de jour et hospitalisation temps plein) chaque fois que cela est possible.

Trop de ruptures sont encore à déplorer dans le parcours des malades mentaux incarcérés.

Il convient de permettre un parcours de soins équivalent à celui de la population générale, en développant une offre de soins graduée. Cette offre débute dans les Unités sanitaires ambulatoires, passe par les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) en hôpital de jour, les établissements psychiatriques de proximité pour des hospitalisations courtes, sans consentement le plus souvent, et l'UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) pour l'hospitalisation complète. Cette offre graduée devra être étoffée pour répondre aux besoins croissants de la population carcérale, chaque fois que cela est possible.

Les résultats et impacts attendus autour de cette priorité sont de permettre une meilleure fluidité du parcours des détenus malades mentaux.

Les projets structurants associés à cette priorité opérationnelle sont :

- Améliorer et harmoniser les pratiques d'isolement et de contention
- Renforcer le dépistage des facteurs de risques psychiatriques de radicalisation des personnes placées sous main de justice.

L'action de l'ARS concernant l'évolution de l'offre de soins sont traitées dans la partie : filières et activités de soins / populations spécifiques / Santé des personnes détenues.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Toutes les zones de la région.

POPULATIONS CIBLÉES

Population carcérale.

INDICATEURS DE SUIVI

- Taux de recours aux hospitalisations psychiatriques sous contrainte pour personnes détenues

PARCOURS SANTÉ MENTALE

AMÉLIORER ET HARMONISER LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Ce projet est en lien avec les orientations concernant la santé des personnes détenues page 419

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Les pratiques d'isolement et de contention en établissement psychiatriques des détenus qui y sont hospitalisés sans leur consentement ne sont pas homogènes dans la région Occitanie. Certains établissements hospitalisent systématiquement les détenus en chambre sécurisée et d'autres, envoient ces malades en service fermé.

Mais ces pratiques d'isolement et de contention ont fait récemment l'objet de recommandations de bonnes pratiques qui vont à l'encontre du placement systématique en isolement.

Il convient d'adapter ces recommandations de bonnes pratiques aux conditions de détention des malades mentaux. Un groupe de travail régional devra être créé à cet effet.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Des pratiques harmonisées respectueuses des droits des malades et de la sécurité des personnels.
- La sécurité des personnes.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Unité sanitaire
- Etablissements de santé mentale

Dont partenaires institutionnels :

- HAS
- FERREPSY
- DISP

POPULATION CONCERNÉE

Détenus D398

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

INDICATEURS DE SUIVI

Pourcentage des établissements recevant des personnes détenues respectant les recommandations

PARCOURS SANTÉ MENTALE

PROJET
STRUCTURANT
N° 4.2

RENFORCER LE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUES PSYCHIATRIQUES DE RADICALISATION DES PERSONNES PLACÉES SOUS-MAIN DE JUSTICE

Ce projet est en lien avec les orientations concernant la santé des personnes détenues page 419

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Il s'agit de rapprocher le Centre Ressources en santé mentale pour la prévention des processus de radicalisation (CRESAM) des professionnels de santé intervenant en prison et des « binômes de soutiens » mis en place par les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Un meilleur dépistage des faits de radicalisation en prison par le biais de la collaboration de tous les services (SPIP et Unité sanitaire entre autre) et du centre de ressources.
- Une meilleure prise en charge des individus prosélytes.
- Un appui du réseau des professionnels de santé auprès des binômes de soutien

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Unité sanitaire
- SPIP

Dont partenaires institutionnels :

- CRESAM
- DISP

POPULATION CONCERNÉE

Personnes sous main de justice

TERRITOIRES CONCERNÉS

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Outils développés par le CRESAM

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Crédits formation FIPDR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Lien fort avec le programme de prévention de la radicalisation de l'ARS Occitanie

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de professionnels de santé et de services dédiés formés

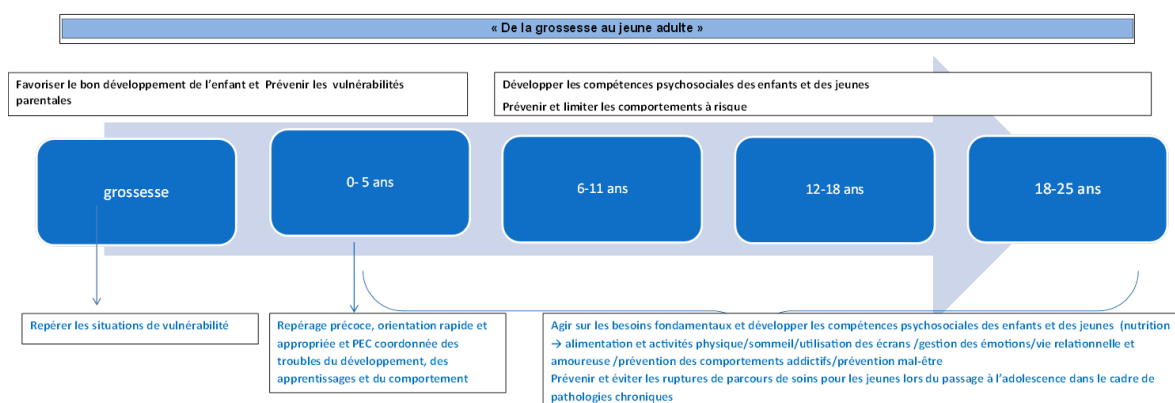
Formalisation des liens binômes-professionnels de santé

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE A LA PROCRÉATION	258
ACTIVITÉ DE SOINS DIAGNOSTIC PRÉNATAL	275
ACTIVITÉ DE SOINS GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE NÉONATOLOGIE	283
PRÉSERVER LE PROJET PARENTAL DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER	293
AMÉLIORER LE TAUX DE DÉTECTION DES ANOMALIES FŒTALES EN LIMITANT LE NOMBRE D'EXAMENS INVASIFS ..	296
DIMINUER LES RISQUES LIÉS A LA GROSSESSE, ACCOMPAGNER LES VULNÉRABILITÉS PARENTALES ET FAVORISER LE BON DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT	298
AMÉLIORER LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT, DU COMPORTEMENT ET DES APPRENTISSAGES ET LEUR PRISE EN CHARGE COORDONNÉE	302
DÉVELOPPER UN PARCOURS EN PROMOTION ET ÉDUCATION POUR LA SANTÉ CHEZ L'ENFANT ET LE JEUNE (0-25 ANS).....	306

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

Le parcours « Santé des couples, des mères, des enfants et des jeunes » couvre toute la période allant du désir de grossesse, en passant par la grossesse, la naissance, la toute petite enfance jusqu'à l'âge de 25 ans.



Ce parcours regroupe en amont les sujets de l'assistance médicale à la procréation et du diagnostic prénatal, puis traite l'organisation et la sécurisation de la filière périnatalité, avant d'aborder les éléments saillants du parcours des enfants et des jeunes, dans une approche essentiellement tournée vers la prévention et la promotion de la santé.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'Insémination Artificielle (IA).

Ces pratiques sont encadrées par les dispositions de la loi bioéthique qui rappelle qu'il s'agit d'une activité de soins répondant à une **finalité médicale**.

A ce titre, l'activité de conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux ne peut être proposée que sur indication médicale (cancer en particulier).

De plus, le don de gamètes ou d'embryons, comme tout produit du corps humain est anonyme et gratuit. Ces questions suscitent régulièrement des débats de société faisant suite à la connaissance de situations de femmes ou de couples qui ont mis en œuvre un projet parental à l'étranger dans des pays où la réglementation est plus souple (l'Espagne par exemple). Pour répondre à une demande sociétale, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) a proposé, dans son avis du 15 juin 2017, d'ouvrir l'AMP aux couples de femmes et aux femmes célibataires, dispositions qui devraient être intégrées dans la révision de la loi de bioéthique prévue en 2018.

L'activité d'AMP est hautement spécialisée. Elle progresse en fonction des avancées de la recherche et l'innovation (vitrification des ovocytes).

L'ambition de l'ARS, sur la durée du PRS, est tout d'abord de remédier aux inégalités territoriales en assurant à toutes les femmes en âge de procréer, la possibilité de bénéficier de l'assistance médicale à la procréation, avec une prise en charge sécurisée, quel que soit leur lieu de résidence.

D'autre part, compte tenu de la prévalence et de l'incidence des cancers en région Occitanie, l'ARS va s'attacher à assurer un accès à la préservation de la fertilité à toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible de l'altérer, comme cela est prévu par les lois de bioéthique.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Deux orientations nationales importantes en AMP sont reprises dans la déclinaison régionale :

- Orientation 1 : veiller à assurer les conditions d'un accès équitable à des soins sécurisés de qualité dans les domaines de la procréation.
En région Occitanie, cette orientation passe par une amélioration de l'accès à l'AMP au sens général, hors préservation.
- Orientation 2 : promouvoir les activités clinico-biologiques de préservation de la fertilité pour assurer une offre équitable sur le territoire, en lien avec le plan cancer 2014-2019.

L'action 8.1 du plan cancer 2014-2019 consiste à assurer un accès à la préservation de la fertilité à toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible de l'altérer, comme cela est prévu par les lois de bioéthique :

« en vue de la réalisation ultérieure d'une Assistance Médicale à la Procréation, toute personne peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou tissu germinale (...) lorsqu'une prise en charge médicale est susceptible d'altérer sa fertilité (...) » (art. L. 2141-11 de la loi de bioéthique n°2004-800 du 6 août 2004). »

L'Arrêté du 03/08/2010 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation dispose, dans son article 1-III-4.1. relatif à l'information et au consentement du patient :

« Toute personne devant subir un traitement présentant un risque d'altération de sa fertilité a accès aux informations concernant les possibilités de conservation de gamètes ou de tissu germinale. Lorsque la conservation est réalisée dans le contexte d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital, le patient reçoit une information spécifique et ciblée. Le patient, le titulaire de l'autorité parentale s'il s'agit d'un mineur ou le tuteur si la personne est placée sous tutelle donne par écrit son consentement. »

L'Agence de biomédecine souligne qu'au plan national, l'activité de préservation de la fertilité mise en regard de la fréquence des cancers de jeunes patients reste insuffisante.

En région Occitanie, cette orientation se décline en une priorité opérationnelle : préserver le projet parental des patients atteints de cancer.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les deux priorités sont :

1. Améliorer l'accès à l'AMP pour l'ensemble de la population éligible :

La réponse se fera par l'adaptation des implantations aux besoins, en amenant l'offre à un niveau identique à celui de l'offre nationale dans ce domaine.

2. Préserver le projet parental pour les patients atteints de cancer :

Cette priorité opérationnelle se décline notamment dans le projet structurant suivant : « constituer des plateformes de préservation de la fertilité », la plateforme étant entendue comme une organisation en réseau entre les centres de cancérologie et les laboratoires des centres d'AMP autorisés pour la préservation de la fertilité.

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

La région dispose de 6 centres d'AMP clinico-biologiques, répartis au sein de 3 établissements publics et de trois établissements privés. De plus, 15 laboratoires pratiquent une activité biologique d'AMP limitée à l'Insémination Artificielle (IA), dénommée : « préparation et conservation du sperme en vue d'une IA ».

L'Agence de Biomédecine relève que dans l'ex région Midi-Pyrénées, le nombre de centres clinico-biologiques d'AMP (2 situés dans la ville de Toulouse), ainsi que le nombre de laboratoires d'insémination sont inférieurs à la moyenne nationale. Dans l'ex région Languedoc-Roussillon, le nombre de centres d'AMP et le nombre de laboratoires d'insémination est identique à la moyenne nationale.

Toutefois, dans les deux cas, l'activité globale des centres est inférieure à la moyenne nationale, tout particulièrement en ex région Midi Pyrénées, où elle s'avère nettement inférieure.

Le centre d'AMP du CHU de Toulouse est le seul à mettre en œuvre toutes les activités prévues par la réglementation, y compris l'accueil d'embryons et l'AMP en contexte viral.

Pour ce qui concerne les activités spécifiques de préservation de la fertilité (autoconservation, ou conservation à usage autologue de gamètes et de tissus germinaux), elles sont pratiquées au sein de quatre centres clinico-biologiques d'AMP : les CHU de Montpellier et Toulouse, et deux centres AMP privés, respectivement situés en Haute-Garonne et dans les Pyrénées Orientales.

Le rapport de l'Agence de Biomédecine relatif à ces activités pour l'année 2014, indique que celles-ci sont peu développées. En ex région Languedoc Roussillon en particulier, on peut souligner, en 2014, l'absence de nouvelles autoconservations de tissus testiculaires, et très peu de nouvelles autoconservations d'ovocytes (14) et de tissus ovariens (5).

En Haute-Garonne, l'activité d'insémination artificielle se concentre sur Toulouse. Une implantation supplémentaire dans cette zone d'implantation, permettrait d'offrir une solution de proximité dans ce domaine d'activités.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)	
			bornes basses	bornes hautes		
09	Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	-	-	-	-
		Prélèvement de spermatozoïdes	-	-	-	-
		Transfert des embryons en vue de leur implantation	-	-	-	-
		Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
		Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-	-
	Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	-	-	-	-
		Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
		- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	-	-	-	-
		- la préparation et la conservation des ovocytes	-	-	-	-
		Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	-	-	-	-
		Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
		Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	-	-	-	-
		Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	-	-	-	-
		Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)	
			bornes basses	bornes hautes		
11	Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	-	-	-	
		Prélèvement de spermatozoïdes	-	-	-	
		Transfert des embryons en vue de leur implantation	-	-	-	
		Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	
		Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-	
	Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2	2	-
		Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
		- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	-	-	-	-
		- la préparation et la conservation des ovocytes	-	-	-	-
		Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	-	-	-	-
		Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
		Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	-	-	-	-
		Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	-	-	-	-
		Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
12	Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	-	-	-
		Prélèvement de spermatozoïdes	-	-	-
		Transfert des embryons en vue de leur implantation	-	-	-
		Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-
	Activités biologiques	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-
		Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	1	1
		Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :			
		- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	-	-	-
		- la préparation et la conservation des ovocytes	-	-	-
		Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	-	-	-
		Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-
		Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	-	-	-
		Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	-	-	-
		Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)	
			bornes basses	bornes hautes		
30	Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	1	1	1	-
		Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	1	-
		Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1	1	-
		Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
		Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-	-
	Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2	2	-
		Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
		- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	1	1	1	-
		- la préparation et la conservation des ovocytes	1	1	1	-
		Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	-	-	-	-
		Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
		Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	0	1	1	+1
		Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	1	1	1	-
		Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)	
			bornes basses	bornes hautes		
31	Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	2	2	2	-
		Prélèvement de spermatozoïdes	2	2	2	-
		Transfert des embryons en vue de leur implantation	2	2	2	-
		Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	2	2	2	-
		Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1	1	-
	Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	3	4	4	+1
		Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
		- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	2	2	2	-
		- la préparation et la conservation des ovocytes	2	2	2	-
		Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	2	2	2	-
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	2	2	2	-		
Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	2	2	2	-		
Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	2	2	2	-		
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1	1	-		

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)	
			bornes basses	bornes hautes		
32	Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	-	-	-	
		Prélèvement de spermatozoïdes	-	-	-	
		Transfert des embryons en vue de leur implantation	-	-	-	
		Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	
		Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-	
	Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	-	-	-	-
		Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
		- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	-	-	-	-
		- la préparation et la conservation des ovocytes	-	-	-	-
		Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	-	-	-	-
		Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
		Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	-	-	-	-
		Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	-	-	-	-
		Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)	
			bornes basses	bornes hautes		
34	Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	2	2	2	-
		Prélèvement de spermatozoïdes	2	2	2	-
		Transfert des embryons en vue de leur implantation	2	2	2	-
		Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1	1	-
		Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-	-
	Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	3	3	3	-
		Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
		- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	2	2	2	-
		- la préparation et la conservation des ovocytes	2	2	2	-
		Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1	1	-
		Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1	1	-
		Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	1	1	2	0 / +1
		Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	2	2	2	-
		Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)	
			bornes basses	bornes hautes		
46	Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	-	-	-	
		Prélèvement de spermatozoïdes	-	-	-	
		Transfert des embryons en vue de leur implantation	-	-	-	
		Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	
		Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-	
	Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	-	-	-	-
		Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
		- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	-	-	-	-
		- la préparation et la conservation des ovocytes	-	-	-	-
		Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	-	-	-	-
		Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
		Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	-	-	-	-
		Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	-	-	-	-
		Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)	
			bornes basses	bornes hautes		
48	Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	-	-	-	
		Prélèvement de spermatozoïdes	-	-	-	
		Transfert des embryons en vue de leur implantation	-	-	-	
		Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	
		Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-	
	Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	-	-	-	-
		Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
		- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	-	-	-	-
		- la préparation et la conservation des ovocytes	-	-	-	-
		Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	-	-	-	-
		Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
		Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	-	-	-	-
		Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	-	-	-	-
		Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	-	-	-	-
	Prélèvement de spermatozoïdes	-	-	-	-
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	-	-	-	-
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-	-
65 Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	1	-
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
	- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	-	-	-	-
	- la préparation et la conservation des ovocytes	-	-	-	-
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	-	-	-	-
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	-	-	-	-
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	-	-	-	-
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)	
			bornes basses	bornes hautes		
66	Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	1	1	1	-
		Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	1	-
		Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1	1	-
		Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
		Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-	-
	Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	1	-
		Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
		- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	1	1	1	-
		- la préparation et la conservation des ovocytes	1	1	1	-
		Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	-	-	-	-
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-	
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	1	1	1	-	
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	1	1	1	-	
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-	-	

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	-	-	-	-
	Prélèvement de spermatozoïdes	-	-	-	-
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	-	-	-	-
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-	-
81 Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	1	-
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
	- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	-	-	-	-
	- la préparation et la conservation des ovocytes	-	-	-	-
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	-	-	-	-
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	-	-	-	-
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	-	-	-	-
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	-	-	-	-
	Prélèvement de spermatozoïdes	-	-	-	-
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	-	-	-	-
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	-	-	-	-
82 Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	1	-
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :				
	- le recueil, la préparation et la conservation du sperme	-	-	-	-
	- la préparation et la conservation des ovocytes	-	-	-	-
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	-	-	-	-
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	-	-	-	-
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	-	-	-	-
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	-	-	-	-
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	-	-	-	-	

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Transformations – regroupements – coopérations

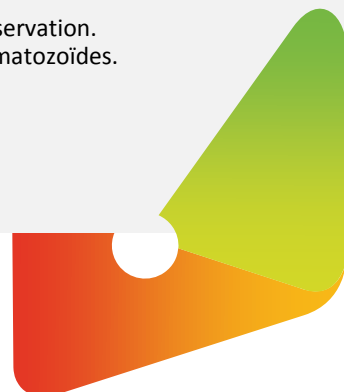
Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Dans le domaine de la préservation de la fertilité, on relève la structuration plus ou moins avancée de 2 plateformes de préservation de la fertilité :

- l'une positionnée au sein du CHU de Toulouse, qui s'appuie sur les deux centres AMP du CHU et de l'IFREARES (Institut Francophone de Recherche et d'Études Appliquées à la Reproduction et à la Sexologie),
- l'autre positionnée au sein du CHU de Montpellier, s'appuyant sur les centres AMP du CHU et de la clinique Saint Pierre de Perpignan.

L'organisation de ces plateformes est à renforcer et à développer. La répartition et le maillage des centres de cryoconservation doivent être adaptés au regard de l'exigence de continuité et permanence des soins dans ce domaine, ainsi que des activités de conservation développées par les centres.

En région ex Languedoc Roussillon, deux centres sont autorisés pour les activités de préservation. L'un de ces centres développe une activité exclusive de conservation autologue de spermatozoïdes.



PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS DIAGNOSTIC PRÉNATAL

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'activité de diagnostic prénatal a pour objet de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité.

Le diagnostic prénatal est une activité clinico-biologique qui associe gynécologues-obstétriciens, laboratoires de biologie médicale et centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. Ces derniers encadrent les activités régionales de diagnostic prénatal et de diagnostic pré-implantatoire et ont pour mission d'aider les équipes médicales et les couples dans l'analyse, la prise de décision et le suivi de la grossesse, lorsqu'une malformation ou une anomalie fœtale est détectée ou suspectée (interruption médicale de la grossesse) et lorsqu'une transmission héréditaire de maladie dans une famille amène à envisager un diagnostic prénatal ou implantatoire.

La prescription d'un examen de diagnostic prénatal est proposée dans les situations où l'embryon ou le fœtus présente un risque avéré d'être atteint d'une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse.

Le diagnostic prénatal est à distinguer du dépistage. Le dépistage permet d'estimer le risque pour une femme enceinte d'avoir un fœtus porteur d'une anomalie génétique telle que la trisomie 21. Le dépistage s'appuie aujourd'hui sur des techniques non invasives permettant un calcul de risque (dépistage combiné du 1^{er} trimestre associant mesure échographique de la clarté nucale et dosage des marqueurs sériques du 1^{er} trimestre). Un risque élevé engendrera la mise en œuvre de techniques invasives permettant d'obtenir une éventuelle confirmation par un examen génétique.

De nouveaux tests de dépistage prénatals non invasif (DPNI) fondés sur la recherche de l'ADN fœtal dans le sang maternel, sont déjà mis en œuvre dans quelques laboratoires. Le décret du 5 mai 2017 a introduit dans la liste des examens de dépistage prénatal, les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel. Un arrêté à paraître précisera les conditions de prescription et d'autorisation pour la pratique de ces examens. Les pratiques et l'organisation de l'offre régionale sont impactées et devront être adaptées en conséquence.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, le dépistage non invasif serait proposé en deuxième intention, à titre principal après dépistage combiné du premier trimestre.

L'ambition principale portée par l'agence dans ce domaine est d'**améliorer le taux de détection des anomalies fœtales en limitant le nombre d'exams invasifs en particulier en mettant** en œuvre les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS DIAGNOSTIC PRÉNATAL

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Les orientations nationales et leur déclinaison régionale s'inscrivent dans le cadre du développement de nouveaux tests de dépistage prénatals non invasif (DPNI) fondés sur la recherche de l'ADN fœtal dans le sang maternel.

En particulier, le décret du 5 mai 2017 a introduit dans la liste des examens de dépistage prénatal, les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

Un arrêté est en cours de rédaction pour ce qui concerne les conditions de réalisation de ce dépistage, en particulier concernant les compétences et expériences des praticiens.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

La priorité est d'améliorer le taux de détection des anomalies fœtales en limitant le nombre d'examens invasifs et se décline par le projet :

- « Organiser l'offre de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel ».

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

On recense :

- 3 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) implantés dans les CHU de Montpellier, Nîmes et Toulouse ;
- 1 centre de diagnostic préimplantatoire (5 en France, 2 à Paris, 1 à Nantes, 1 à Strasbourg, 1 à Montpellier) ;
- 5 laboratoires autorisés pour les activités de cytogénétique ;
- 3 laboratoires autorisés pour les activités de génétique moléculaire ;
- 2 laboratoires autorisés pour la réalisation des analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses ;
- 7 laboratoires autorisés pour l'activité d'analyse portant sur les marqueurs sériques maternels.

616 attestations de gravité en vue d'une interruption médicale de grossesse ont été délivrées par les 3 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) de Montpellier, Nîmes et Toulouse.

On peut relever l'absence d'autorisation du CHU de Nîmes pour les analyses de génétique moléculaire en vue du diagnostic prénatal, alors qu'il dispose d'une autorisation en cytogénétique prénatale et d'une autorisation sans limitation en génétique post-natale. Ce décalage a été souligné dans le cadre du 1^{er} SROS.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS DIAGNOSTIC PRÉNATAL

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
09	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	-	-	-	-
	examens de génétique moléculaire	-	-	-	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	-	-	-	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	-	-	-	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	Examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	-	-	-	-
11	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	-	-	-	-
	examens de génétique moléculaire	-	-	-	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	-	-	-	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	1	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	Examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	-	-	-	-
12	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	-	-	-	-
	examens de génétique moléculaire	-	-	-	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	-	-	-	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	-	-	-	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	Examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
30	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1	1	-
	examens de génétique moléculaire	0	1	1	+1
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	-	-	-	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	1	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0	1	0/+1
31	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	2	2	2	-
	examens de génétique moléculaire	1	1	1	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	2	2	2	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2	2	2	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	1	1	1	-
	examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0	1	0/+1

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
32	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	-	-	-	-
	examens de génétique moléculaire	-	-	-	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	-	-	-	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	-	-	-	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	-	-	-	-
34	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	2	2	2	-
	examens de génétique moléculaire	2	2	2	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	2	2	2	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2	2	2	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0	2	0/+2

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
46	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	-	-	-	-
	examens de génétique moléculaire	-	-	-	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	-	-	-	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	-	-	-	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	-	-	-	-
48	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	-	-	-	-
	examens de génétique moléculaire	-	-	-	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	-	-	-	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	-	-	-	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
65	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	-	-	-	-
	examens de génétique moléculaire	-	-	-	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	-	-	-	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	-	-	-	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	-	-	-	-
66	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	-	-	-	-
	examens de génétique moléculaire	-	-	-	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	-	-	-	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	-	-	-	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	-	-	-	-
81	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	-	-	-	-
	examens de génétique moléculaire	-	-	-	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	-	-	-	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	1	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	-	-	-	-

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
82	examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	-	-	-	-
	examens de génétique moléculaire	-	-	-	-
	examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	-	-	-	-
	examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	-	-	-	-
	examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	-	-	-	-
	examens de génétique portant sur l'ADN Fœtal libre circulant dans le sang maternel	-	-	-	-

Transformations – regroupements – coopérations

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins



PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE NÉONATOLOGIE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'ambition de l'ARS, concernant la filière de périnatalité, est de :

- poursuivre la réorganisation de l'offre en maternité pour assurer des soins de la meilleure sécurité et qualité possible en tenant compte des problèmes de démographie médicale ;
- consolider et harmoniser au niveau de la région l'organisation des transferts in utero et post-nataux ;
- préserver l'accès au suivi de grossesse et au suivi du post-partum sur les territoires isolés (centres périnataux de proximité) ;
- préserver l'accès économique aux soins obstétricaux sur tous les territoires (précarité, dépassements d'honoraires) ;
- prévenir, dépister et prendre en charge précocement les pathologies et les déficiences de la période néonatale sur tout le territoire régional ;
- renforcer les liens entre les maternités et les acteurs de santé de ville au cours de la grossesse et du post-partum (suivi de la mère et du nouveau-né).

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Aujourd'hui les orientations nationales découlent de l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007, qui a formulé des recommandations relatives à l'amélioration :

- de la sécurité et de la qualité de la prise en charge ;
- de l'humanité et de la proximité de la prise en charge et à la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés ;
- du système d'information périnatal.

En outre la Stratégie Nationale de Santé 2017 préconise, concernant la périnatalité :

- d'agir dès la grossesse, à l'accouchement et durant la période néonatale sur les facteurs qui peuvent affecter la santé et le développement psychomoteur des enfants, et/ou favoriser la survenue de maladies chroniques à l'âge adulte ;
- de renforcer le dépistage néonatal et d'évaluer les possibilités d'augmenter le nombre de maladies dépistées, notamment pour les maladies rares en s'assurant d'un parcours d'aval de qualité et coordonné dans chaque région.

La mise en œuvre des orientations nationales repose sur la réglementation et sur les recommandations HAS et de bonnes pratiques existantes concernant les soins en périnatalité et fait l'objet d'un suivi par le recueil exhaustif des indicateurs Peristat.

Au niveau régional, elles sont mises en œuvre en lien avec les réseaux de périnatalité dont les missions ont été précisées dans l'instruction ministérielle de juillet 2015.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE NÉONATOLOGIE

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Le bilan des SROS 2012-2017 des deux ex-régions a montré le rôle essentiel des réseaux de périnatalité dans la mise en œuvre de la politique périnatale régionale, avec des points particulièrement forts dans chacune des deux ex-régions :

- en ex-Languedoc-Roussillon : le développement important des liens ville-hôpital, l'action spécifique sur la grossesse et les addictions ;
- en ex-Midi-Pyrénées : une forte implication dans la gestion des risques obstétricaux et les audits d'organisation des soins.

Dans les deux ex-régions, a été porté un programme très développé de prise en charge des enfants vulnérables jusqu'à l'âge de 6 ans, bénéficiant de financements spécifiques en ex-Midi-Pyrénées.

Le rapprochement des trois réseaux de périnatalité existants qui sera effectif courant 2018, permettra d'établir une synergie et d'harmoniser les actions mises en œuvre dans les territoires des deux ex-régions. Les axes prioritaires de la politique régionale concernent notamment l'amélioration des transferts in-utéro et post-nataux et les projets structurants retenus dans le PRS.

L'objectif général du PRS, en matière de périnatalité, est de garantir le même niveau de sécurité et de qualité des soins sur tous les territoires

Il se traduit par la priorité opérationnelle : « Diminuer les risques liés à la grossesse, accompagner les vulnérabilités parentales et favoriser le bon développement de l'enfant ».

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE NÉONATOLOGIE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Il existe aujourd'hui des outils de suivi validés permettant d'évaluer les résultats et d'orienter les politiques de santé en périnatalité. Depuis 2013, 12 indicateurs de santé périnatale communs issus de la liste des indicateurs EuroPeristat sont recueillis dans toutes les régions à partir du PMSI. Ils portent sur les accouchements et les naissances ainsi que sur la mortinatalité et la mortalité néonatale et périnatale hospitalière. Ils permettent de suivre les évolutions et de faire des comparaisons entre régions.

Ce recueil est complété par les enquêtes nationales de santé périnatale dont la plus récente a été effectuée en mars 2016. Elle porte sur l'évolution des naissances et des établissements depuis 2010 et les facteurs conditionnant cette évolution.

Quelques chiffres :

Au niveau national, on observe ces dernières années une baisse de la natalité (- 5,3% entre 2010 et 2015) qui devrait se poursuivre dans les prochaines années, en lien avec la baisse du taux conjoncturel de fécondité (1,96 enfant par femme en moyenne au niveau national en 2016). Cette diminution était plus faible en région Occitanie, le nombre de naissances ayant diminué de - 2,1% entre 2010 et 2015, avec de fortes différences entre les départements ruraux et urbains.

Au niveau national, le taux de prématurité (22 à 36 semaines de grossesse) a tendance à augmenter depuis plusieurs années et atteignait 7,2% en 2015, avec d'importantes différences selon les régions. Sur les 22 anciennes régions, l'ex-région Midi-Pyrénées se situait au second rang et l'ex-région Languedoc-Roussillon au 14ème rang, avec un taux particulièrement important de prématurité tardive (32-36 semaines).

L'activité des maternités :

En 2017 la région comptait 46 maternités autorisées, parmi lesquelles : 22 de niveau 1, 16 de niveau 2A, 4 de niveau 2B et 4 de niveau 3.

Depuis 2013 le nombre d'accouchements a diminué dans tous les départements, les chiffres les plus stables étant observés dans l'Hérault et la Haute-Garonne.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE NÉONATOLOGIE

Région Occitanie : Nombre d'accouchements - Source PMSI

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ariège	1280	1294	1294	1261	1273	1177
Aude	3504	3381	3285	3208	3148	3031
Aveyron	2738	2734	2647	2648	2439	2472
Gard	7342	7101	7441	7265	7140	7024
Haute-Garonne	16977	17168	17210	17437	17148	16796
Gers	953	991	932	975	935	887
Hérault	13460	13374	13295	13411	13365	13210
Lot	773	788	715	774	716	729
Lozère	500	501	470	488	516	478
Hautes-Pyrénées	2020	2113	1997	2056	1887	1835
Pyrénées orientales	4866	4981	4920	4760	4692	4519
Tarn	3874	3849	3803	3709	3631	3535
Tarn-et-Garonne	2442	2326	2244	2322	2275	2141
TOTAL	60729	60601	60253	60314	59165	57834

Les hospitalisations en néonatalogie niveau 2A restent stables malgré la baisse du nombre d'accouchements. En revanche, les séjours en néonatalogie soins intensifs (niveau 2B) et en réanimation néonatale (niveau 3) ont diminué depuis 2014. L'activité varie cependant différemment selon les maternités. On n'observe pas d'augmentation significative de l'activité des différents types de séjours entre 2010 et 2016 dans les départements, sauf en Haute-Garonne où depuis 2013 l'activité en néonatalogie (4 implantations) a augmenté ainsi que celle de soins intensifs (2 implantations), alors que l'activité de réanimation néonatale avait tendance à diminuer.

Région Occitanie : Nombre de suppléments de néonatalogie - Source PMSI

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Maternités niveau 2A Néonatalogie	49 210	48 052	50 082	53 747	54 296	53 311
Maternités niveau 2B Néonatalogie – Soins intensifs	18 574	19 831	18 846	18 611	18 357	16 765
Maternités niveau 3 Réanimation néonatale	13 204	11 348	12 156	14 494	14 445	13 000

L'organisation des transferts pré et post-nataux est différente entre les deux ex-régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, du fait de la géographie et des moyens disponibles. Par exemple, il existe un SMUR pédiatrique à vocation régionale en Haute-Garonne. Le rôle des réseaux de périnatalité des deux ex-régions dans la régulation des transferts diffère également du fait de leurs moyens.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE NÉONATOLOGIE

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Maternités <i>Niveau 1 : Gynécologie obstétrique Niveau 2A : Néonatalogie Niveau 2B: Néonatalogie avec soins intensifs Niveau 3: Réanimation néonatale</i>	Existant		Cibles		Evolution (suppressions , créations)
		Total Etablisse- ments	Total par niveau	bornes basses	bornes hautes	
09	Niveau 1	2	1	1	1	-
	Niveau 2A		1	1	1	-
11	Niveau 1	3	2	0	2	-2/0
	Niveau 2A		1	1	2	0/+1
12	Niveau 1	4	3	2	3	-1/0
	Niveau 2B		1	1	1	-
30	Niveau 1	5	1	1	1	-
	Niveau 2A		3	3	3	-
	Niveau 3		1	1	1	-
31	Niveau 1	8	4	3	4	-1/0
	Niveau 2A		2	2	3	0/+1
	Niveau 2B		1	1	1	-
	Niveau 3		1	1	1	-
32	Niveau 2A	1	1	1	1	-
34	Niveau 1	8	3	2	3	-1/0
	Niveau 2A		3	3	3	-
	Niveau 2B		1	1	1	-
	Niveau 3		1	1	1	-
46	Niveau 2A	1	1	1	1	-
48	Niveau 2A	1	1	1	1	-
65	Niveau 1	2	1	1	1	-
	Niveau 2B		1	1	1	-
66	Niveau 1	2	1	1	1	-
	Niveau 3		1	1	1	-
81	Niveau 1	4	2	2	2	-
	Niveau 2A		2	1	2	-1/0
	Niveau 2B		0	0	1	0/+1
82	Niveau 1	3	2	1	2	-1/0
	Niveau 2A		1	0	1	-1/0
	Niveau 2B		0	0	1	0/+1
Total	Niveau 1	44	20	14	20	-6/0
	Niveau 2A		16	14	18	-2/+2
	Niveau 2B		4	4	6	0/+2
	Niveau 3		4	4	4	-

Les établissements autorisés de niveau 2A ont de fait le niveau 1 ; les établissements autorisés de niveau 2B ont de fait les niveaux 1 et 2A ; les établissements autorisés de niveau 3 ont de fait les niveaux 1, 2A et 2

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACTIVITÉ DE SOINS GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE NÉONATOLOGIE

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Les objectifs quantitatifs permettent de couvrir les besoins de santé de la population dans tous les territoires. Ils sont quantifiés par un minimum (borne basse) et un maximum (borne haute).

Ils prennent en compte des objectifs non atteints dans les PRS précédents, de nouveaux besoins, des réorganisations en raison de l'évolution de l'activité des structures, des équipes médicales, des normes réglementaires et d'éventuelles transformations, regroupements ou coopérations. Au regard du diagnostic posé, les bornes basses prennent en compte la possibilité de suppression d'implantations liée au non-respect de seuils réglementaires, notamment dans les zones 12 et 34.

Transformations - Regroupements - Coopérations

Aude : Plusieurs hypothèses de transformation de l'offre sont envisagées :
- regroupement des maternités de niveau 1 et transformation en niveau 2A
- transformation d'un niveau 1 en niveau 2A

Haute-Garonne : Possibilité de transformation d'un niveau 1 en niveau 2A, dans le cadre d'une restructuration de l'offre.

Tarn : Possibilité de transformation d'une maternité de niveau 2A en niveau 2B

Tarn et Garonne : Possibilité de transformation d'une maternité de niveau 2A en niveau 2B et en conséquence une possibilité de suppression d'une maternité de niveau 1

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Les critères retenus pour organiser l'offre de soins en périnatalité relèvent strictement de la réglementation, en particulier pour les maternités de niveau I, pour lesquelles l'activité est déterminante en termes de qualité et de sécurité des soins.

Les objectifs qualitatifs sont :

- poursuivre la réorganisation de l'offre en maternité pour assurer la meilleure sécurité et qualité des soins en tenant compte des problèmes de démographie médicale ;
- prévenir, dépister et prendre en charge précocement les pathologies et les déficiences de la période néo-natale sur tout le territoire régional ;
- renforcer les liens entre les maternités et les acteurs de santé de ville au cours de la grossesse et du post-partum (suivi de la mère et du nouveau-né).

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Les PRS antérieurs ont permis le développement d'un axe fort en direction des enfants et des jeunes sur les deux ex-régions avec le développement de programmes portant sur l'éducation pour la santé, mais aussi le repérage de situations à risque, l'intervention précoce et la réduction des risques. La stratégie globale a consisté dans le déploiement des programmes régionaux dans les milieux où les jeunes sont présents, notamment les plus à risque, en conventionnant avec les institutions ou structures en charge de ces milieux (notamment éducation nationale, direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse, service interuniversitaire de médecine préventive, animation régionale des missions locales, maisons des adolescents, appui aux points accueil écoute jeunes - PAEJ).

Le point de vigilance demeure néanmoins la réduction des inégalités sociales de santé, particulièrement marquées chez les jeunes, avec des impacts cumulatifs tout au long de la vie.

Les publics en situation de vulnérabilité (sociale/familiale/économique/environnementale) présentent davantage de risques de fragilité pour vivre les périodes de grossesse et le nouveau statut de parents. Le contexte difficile dans lequel évoluent les futurs parents peuvent impacter notamment sur la survenue de troubles du développement et des problématiques de santé de l'enfant de façon plus globale. Les enfants en situation de vulnérabilité présentent davantage de risques de développer des troubles (développement / compétences dans les apprentissages / comportement). Les repérages de ces situations apparaissent à ce jour encore trop tardifs.

L'ARS Occitanie souhaite maintenant, tout en poursuivant le développement sur toute la région des programmes ayant donné satisfaction et en s'appuyant sur les cadres organisationnels mis en place, porter une attention particulière sur les enfants dès le plus jeune âge, notamment les plus vulnérables, en prévenant le plus en amont possible, les troubles potentiels et prises de risque, en liant des programmes de prévention primaire et secondaire (repérage - dépistage) avec une orientation vers une prise en charge adaptée. Les jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire constituent également une population nécessitant la poursuite et optimisation d'actions d'accueil et orientation, de communication.

Ainsi, l'ambition portée par l'ARS Occitanie en matière de santé publique pour les 5 années à venir se résume en 3 grands axes.

- **favoriser le bon développement de l'enfant et accompagner les vulnérabilités parentales.** Il consiste à agir dès la grossesse, en proposant notamment, sur la base de critères régionaux partagés, un repérage des femmes enceintes en situation de vulnérabilité (notamment addictions, violences, situations de précarité...). Pour ce faire, l'ARS Occitanie souhaite appuyer la généralisation de l'entretien prénatal précoce et l'identification des référents « vulnérabilité » dans les maternités de la région, qui seront à même de repérer ces situations, les suivre pendant la grossesse, proposer une orientation si nécessaire, faire le lien avec les dispositifs et institutions concernées.
- **organiser le repérage précoce des troubles du développement, des apprentissages et du comportement des enfants de 0 à 5 ans,** en s'appuyant sur des dispositifs nouveaux ou existants, les optimisant et les déployant. Il consiste, sur la base d'un « porter à connaissance » de référentiels vers les professionnels, d'homogénéiser et systématiser le repérage et dépistage, de proposer une aide de prise en charge pour les nourrissons et jeunes enfants des familles les plus vulnérables, de structurer l'accès régional au diagnostic des troubles des apprentissages, et développer un dispositif de dépistage des troubles visuels dans notre région, en complément de celui sur les troubles auditifs déjà existant.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

- **mettre en place dès la naissance un parcours en promotion de la santé- éducation pour la santé en articulation entre tous les intervenants auprès des enfants et jeunes au cours de leur vie (jusque 25 ans).** Ce parcours s'appuiera sur les dispositifs et programmes proposés par les différentes institutions, comme notamment le parcours éducatif de santé porté par l'Éducation Nationale, et inscrit dans la loi de modernisation de santé. Il vise l'implantation de programmes et actions permettant de développer les compétences psychosociales, d'apprentissage, comportementales, adaptés aux tranches d'âges, l'optimisation du dispositif d'information, accueil et orientation des jeunes en difficulté, la prévention de ruptures de soins notamment pour les adolescents porteurs de maladies chroniques.

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

- **Loi de modernisation du système de santé de 2016 :**
 - o promeut les liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisés, services ambulatoires de santé et services hospitaliers ; indique les liens nécessaires entre les autorités académiques et les agences régionales de santé et arrête que " **les élèves bénéficient d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé**".
 - convention cadre de partenariat entre l'ARS et les 2 rectorats,
 - actions de promotion de la santé et de prévention financées par l'ARS en direction des scolaires sur les thématiques prioritaires ;
 - o reconnaît aussi **aux missions locales** un rôle important pour l'accès à la santé des jeunes qui y ont recours (art. 6) et mentionne explicitement les personnes admises dans une école de la deuxième chance, les apprentis, ainsi que les jeunes effectuant un service civique ou les volontaires stagiaires du service militaire adapté (art. 9).
 - accompagnement financier des missions locales par l'ARS pour des actions de promotion de la santé et de prévention depuis 5 ans ;
- Refonte du cahier des charges issu de la circulaire du 12 mars 2002 relatif aux **points d'Accueil Ecoute Jeunes en avril 2017 :**
 - accompagnement financier des Points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) par l'ARS pour des actions de promotion de la santé et de prévention / l'accès aux dispositifs de prévention et de soin depuis 4 ans ;
- Cahier des charges national de 2ème génération des **Maison Des Adolescents (MDA)** en novembre 2016 :
 - mise en place des MDA dans la région Occitanie, avec, à terme, 12 MDA
- **Plan psychiatrie** et santé mentale de 2011-2015
- **Plan bien-être et santé des jeunes** de novembre 2016
- **Convention cadre de partenariat** en santé publique entre la Direction Générale de la Santé et Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse 2017-2021
 - convention cadre de partenariat ARS/ DIRPJJ des territoires Ouest depuis 2012 ;
 - accompagnement des équipes et des jeunes sur la prévention des conduites à risque (notamment produits) via une association régionale.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Ce parcours, dans son volet « Santé des enfants et des jeunes », concerne sur une grande période de vie et comporte 3 priorités :

- Priorité 3 : diminuer les risques liés à la grossesse, accompagner les vulnérabilités parentales et favoriser le bon développement de l'enfant,
- Priorité 4 : améliorer le repérage précoce des troubles du développement, du comportement et des apprentissages, et leur prise en charge coordonnée,
- Priorité 4 : développer un parcours en promotion et éducation pour la santé chez les enfants et les jeunes (0-25 ans).

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

La région Occitanie compte plus de 1,6 millions de jeunes de moins de 25 ans avec une concentration de 260 000 jeunes sur les communes de Montpellier et Toulouse (soit plus de 16%).

La situation, en termes de mortalité prématurée évitable pour la population générale, révèle d'importantes inégalités interdépartementales. Ces décès sont pour la plupart dus à l'acquisition de comportements néfastes pour la santé dès le plus jeune âge. Concernant les enfants et jeunes de moins de 25 ans, on relève 506 décès en 2013 (source Insee, statistiques de l'état civil). Comme en France, la cause principale est représentée par les morts violentes (accidents de la voie publique, suicides et traumatismes).

Les constats en matière de comportements de santé en Occitanie sont globalement comparables avec ceux relevés au niveau national. Pour les conduites à risque, on note des conduites d'alcoolisation excessives (ivresses du week-end et en milieu festif) qui sont plus marquées, et comme au niveau national un tabagisme notamment féminin qui s'est intensifié. Le phénomène est encore plus marqué dans l'est de l'Occitanie (ex Languedoc-Roussillon).

L'enjeu de santé publique est notamment de développer une démarche de promotion de la santé chez les enfants et les jeunes en appréhendant les conduites à risque pouvant être source de morbidité et mortalité immédiate ou différée.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

LES PRIORITÉS RETENUES DANS LE CADRE DU PARCOURS GLOBAL « SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES »

Le parcours global, résultant des différents volets abordés précédemment (AMP, DPN, Périnatalité, Enfants et jeunes) comporte au total 5 priorités :

- préserver le projet parental des patients atteints de cancer,
- améliorer le taux de détection des anomalies fœtales en limitant le nombre d'examens invasifs,
- diminuer les risques liés à la grossesse, accompagner les vulnérabilités parentales et favoriser le bon développement de l'enfant,
- améliorer le repérage précoce des troubles du développement, du comportement et des apprentissages, et leur prise en charge coordonnée,
- développer un parcours en promotion et éducation pour la santé chez les enfants et les jeunes (0-25 ans),

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

PRIORITÉ
OPÉRATIONNELLE
N° 1

PRÉSERVER LE PROJET PARENTAL DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Il s'agit de donner aux patients qui vont subir un traitement anti-cancéreux potentiellement stérilisant, la possibilité de préserver leur fertilité et de mener à bien, s'ils le souhaitent, un projet parental après la maladie.

Cela nécessite :

- d'une part une organisation technique, logistique et une organisation fluide entre professionnels spécialisés en cancérologie, fertilité, mais également professionnels des soins de premiers recours, gynécologues... ;
- et d'autre part une communication et une information systématique des patients potentiellement éligibles.

Cette priorité s'inscrit dans les priorités du plan cancer (action 8.1).

Elle est associée au projet structurant suivant :

Constituer des plateformes de préservation de la fertilité : structurer une organisation en réseau entre les centres de cancérologie et les laboratoires des centres d'AMP autorisés pour la préservation de la fertilité.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Tous les territoires de la région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Patients devant subir un traitement anti-cancéreux potentiellement stérilisant, en particulier les enfants et les adolescents.

INDICATEURS DE SUIVI

- Nature et volume des activités de préservation de la fertilité des patients atteints de cancer dans les centres AMP.
- Délais de mise en œuvre des préservations compatibles avec les délais de prise en charge oncologique.

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

PROJET
STRUCTURANT
N° 1.1

CONSTITUER DES PLATEFORMES DE PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Quel que soit le lieu de prise en charge des patients concernés sur le territoire, il s'agit de mettre en œuvre toutes les interventions nécessaires à la préservation de la fertilité dans des délais compatibles avec la prise en charge oncologique.

Cela se traduira par une organisation en réseau entre les centres de cancérologie et les laboratoires des centres d'AMP autorisés pour la préservation de la fertilité et par la mise en œuvre des actions suivantes :

- **Systématiser l'information des patients dès la consultation d'annonce :**
 - Actions d'information et de communication : élaboration et diffusion de plaquette d'information, renseignements sur le site du réseau régional de cancérologie, rédaction d'une page spécifique dans le livret d'accueil de l'établissement de santé et/ ou le livret de soins de support.
- **Mettre en place un groupe de travail pour formaliser l'organisation de plateformes régionales de préservation de la fertilité s'appuyant sur les centres clinico-biologiques d'AMP régionaux :**
 - veiller à la disponibilité des plateaux de cryobiologie (continuité et permanence des soins) et à leur maillage adéquat sur le territoire ;
 - s'assurer de la mise à niveau permanente des moyens et des méthodes les plus appropriées de conservation des tissus et des gamètes sur le très long terme : mise à niveau des moyens matériels et informatiques, formation du personnel adaptée et évolutive en fonction des exigences réglementaires (engagement requis dans le cadre de l'octroi des autorisations) ;
 - veiller à la structuration d'une collaboration effective entre les centres d'AMP et les praticiens prenant en charge des patients atteints de cancer ;
 - oeuvrer à la formalisation des liens entre le réseau régional de cancérologie et les centres d'AMP ;
 - veiller au suivi de la fonction de reproduction après traitement.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Augmentation du nombre de patients éligibles qui ont pu bénéficier d'une préservation de leur fertilité.
- En corollaire, augmentation des activités de préservation de la fertilité des centres d'AMP (conservation des spermatozoïdes, d'ovocytes, de tissus testiculaires et de tissus ovariens).

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Oncologues
- Professionnels du premier recours (généralistes, gynécologues, endocrinologues, sages-femmes...)
- Réseau régional de cancérologie
- Centres AMP autorisés pour la préservation
- Associations (Association Francophone pour les Soins Oncologiques - AFSOS...)

Dont partenaires institutionnels :

- INCA
- ARS
- Agence de biomédecine

POPULATION CONCERNÉE

Tous les patients de la région Occitanie atteints de cancer et exposés à un traitement stérilisant, en particulier enfants et adolescents

TERRITOIRES CONCERNÉS

Tous les territoires de la région Occitanie

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES



PROJET
STRUCTURANT

N° 1.1

CONSTITUER DES PLATEFORMES DE PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Travaux par l'Agence de la biomédecine et l'Institut National du cancer (INCa) pour la modélisation des plateformes clinico-biologiques de préservation de la fertilité.

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Financements INCA
Financements ARS, via le réseau de cancérologie

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Plan Cancer
PRS – Parcours cancer

INDICATEURS DE SUIVI

- Existence d'une information spécifique dans le livret d'accueil des établissements
- Mise en place des plateformes régionales de préservation de la fertilité



PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

AMÉLIORER LE TAUX DE DÉTECTION DES ANOMALIES FŒTALES EN LIMITANT LE NOMBRE D'EXAMENS INVASIFS

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Le diagnostic prénatal se distingue du dépistage, lequel permet d'estimer le risque pour l'enfant à naître d'être porteur d'une anomalie génétique telle que la trisomie 21.

Le dépistage s'appuie aujourd'hui sur des techniques non invasives permettant un calcul de risque. Un risque élevé engendrera la mise en œuvre de techniques invasives (amniocentèse, choriocentèse...) permettant une éventuelle confirmation par un examen génétique.

De nouveaux tests de Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI) permettent de rechercher et d'analyser des séquences d'ADN du fœtus se trouvant dans le sang maternel.

Le décret du 5 mai 2017 introduit, dans la liste des examens de DPN, les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre dans le sang maternel, ce qui amènera à revoir les pratiques et l'organisation régionale de l'offre une fois que les conditions de prescription et d'autorisation seront précisées par arrêté à paraître. Après une première évaluation des performances de ces tests en 2015, l'HAS a indiqué, dans des recommandations émises en 2017, que ce test serait proposé en deuxième intention, à titre principal après dépistage combiné du premier trimestre.

L'intégration de ces tests devrait améliorer le taux de détection tout en limitant le nombre d'examens invasifs pour caryotype fœtal et les pertes fœtales associées.

Un projet structurant est associé à cette priorité opérationnelle : organiser l'offre de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

La région Occitanie totalise 60 000 accouchements en 2016. Une légère baisse de la natalité est observée. En région Occitanie, selon les données de l'Agence de Biomédecine pour l'année 2014, 26 288 femmes ont bénéficié du dépistage combiné de la trisomie 21.

Les recommandations de la HAS 2017 sont les suivantes : un test ADNICT21 doit être proposé à toutes les femmes enceintes dont le niveau de risque de trisomie 21 fœtale est compris entre 1/1 000 et 1/51 à l'issue du dépistage par dosage des marqueurs sériques (à titre principal, dépistage combiné du 1er trimestre).

Au plan national, sur la base de la stratégie S3 des recommandations de la HAS, 10,65 % des femmes ayant bénéficié du dépistage combiné du 1^{er} trimestre sont éligibles au DPNI.

En région Occitanie, compte tenu de l'évolution de la natalité, il est possible de prévoir la réalisation d'environ 2800 tests de DPNI par an.

TERRITOIRES CONCERNÉS

L'ensemble des territoires de la région Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Les femmes enceintes de la région Occitanie éligibles au dépistage non invasif, selon les recommandations de la HAS, à titre principal après le dépistage combiné.

Ceci permet de prévoir la réalisation de 2 800 tests à minima.

INDICATEURS DE SUIVI

- Taux d'adéquation du nombre de femmes éligibles après dépistage combiné du premier trimestre et du nombre de femmes bénéficiant d'un test de dépistage non invasif (sous réserve de disponibilité)
- Part respective des prélèvements invasifs (amniocentèse) pour caryotype fœtal et des dépistages non invasifs

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES



PROJET
STRUCTURANT
N° 2.1

ORGANISER L'OFFRE DE GÉNÉTIQUE PORTANT SUR L'ADN FŒTAL LIBRE CIRCULANT DANS LE SANG MATERNEL

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Le projet relatif à l'organisation et au développement de l'offre de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel s'appuie sur plusieurs paramètres :

- l'évaluation des besoins en nombre d'examen à réaliser en Occitanie, établie à partir des données actuelles ;
- les exigences réglementaires en termes de structures autorisées pour le diagnostic prénatal en génétique moléculaire et de praticiens agréés en génétique moléculaire par l'Agence de BioMédecine (ABM) (projet d'arrêté) ;
- les capacités de traitement des séquenceurs haut débit amenées à être de plus en plus performantes dans l'avenir.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Mise en œuvre de l'activité avec adéquation entre le nombre de femmes bénéficiant d'un dépistage non invasif et le nombre de femmes éligibles selon les recommandations de la HAS.
- Limiter les transmissions hors région Occitanie en développant la sous-traitance pour le compte des laboratoires privés de la région Occitanie.

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Structures autorisées pour le diagnostic prénatal en génétique moléculaire
- Praticiens agréés en génétique moléculaire (projet d'arrêté)

Dont partenaires institutionnels :

- Agence de Biomédecine
- ARS

POPULATION CONCERNÉE

Ensemble des femmes de la région Occitanie éligibles selon les recommandations de la HAS, à titre principal après test combiné du 1er trimestre

TERRITOIRES CONCERNÉS

Tous les territoires de la région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Octroyer les autorisations nécessaires
- Veiller à la bonne coordination des CHU de Nîmes et Montpellier (Fédération de Génétique Médicale, médecine moléculaire et génomique, étape analytique des examens prescrits au CHU de Nîmes confiée au CHU de Montpellier)
- Accessibilité financière

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

A ce jour, la tarification de l'analyse au titre des RIHN (Référentiels des actes innovants hors nomenclature) dans le public et à la charge entière des patientes dans le privé ;
On peut prévoir une évolution réglementaire de la tarification.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Lien avec la filière de Périnatalité

INDICATEURS DE SUIVI

- Disposer de l'évaluation des besoins (phase initiale du projet)
- Nombre de transmissions hors région

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES


 PRIORITÉ
 OPÉRATIONNELLE
 N° 3

DIMINUER LES RISQUES LIÉS À LA GROSSESSE, ACCOMPAGNER LES VULNÉRABILITÉS PARENTALES ET FAVORISER LE BON DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Les publics en situation de vulnérabilité (sociale/familiale/économique/environnementale) présentent davantage de risques de fragilité, pour vivre les périodes de grossesse et le nouveau statut de parents.

Le contexte difficile dans lequel évoluent les futurs parents, les futures mères, peut impacter notamment sur la survenue de troubles du développement et, de façon plus globale, des problématiques de santé de l'enfant. Ces constats sont étayés par de nombreuses études.

Le suivi de la grossesse et le séjour à la maternité représentent deux leviers importants pour le repérage et l'accompagnement des femmes enceintes et/ou des futurs parents en situation de vulnérabilité (lors de la déclaration de grossesse / lors des consultations « obligatoires » / lors du séjour à la maternité).

Les résultats attendus sont :

- l'amélioration du repérage, du suivi et de l'accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité,
- l'harmonisation et systématisation des procédures,
- le développement du système d'information périnatal régional avec interopérabilité des différents systèmes existants en établissements de santé et en ville,
- l'amélioration de l'articulation et la coordination des différents intervenants auprès des femmes,
- la précocité dans les interventions, dès la grossesse et dans les 2 premières années de l'enfant avec pour corolaire, la diminution des conséquences sur le développement de l'enfant et l'amélioration dans la gestion des compétences parentales.

Les projets structurants associés à cette priorité opérationnelle sont :

- promouvoir l'entretien prénatal précoce,
- accompagner la femme enceinte en situation de vulnérabilité,
- accompagner la prise en charge pluri professionnelle et coordonnée des nouveau-nés vulnérables
- formation aux soins de développement de l'enfant, cf. thème transversal « Formation et accompagnement des professionnels de santé dans leur exercice ».

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Femmes enceintes, futurs parents,
Professionnels de santé

INDICATEURS DE SUIVI

Sous réserve de faisabilité :

- Augmentation du nombre de femmes repérées et accompagnées
- Effectivité du travail en réseau/partenariat sur les territoires
- Nombre d'enfants repérés précocement « à risque » du fait du contexte de vulnérabilité des parents
- Sur le long terme, diminution du nombre d'enfants nés dans un contexte de vulnérabilité présentant des troubles du développement

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES



PROJET
STRUCTURANT
N° 3.1

PROMOUVOIR L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE (EPP)

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Deux dimensions seront appréhendées : généraliser sa pratique, et le faire connaître à la population concernée, à travers :

- la sensibilisation et la formation des professionnels à la pratique de l'EPP par les réseaux de périnatalité,
- un plan de communication vers le public dès la déclaration de grossesse,
- une diffusion large à tous les réseaux associatifs et relais institutionnels.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Généralisation de la pratique au niveau régional par tous les professionnels concernés par la mise en œuvre de cet entretien
- Repérage des signes de vulnérabilité chez la femme enceinte avec mise en place de suivi
- Mise en place d'outils relais pour assurer un suivi adapté et sur le long terme

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Réseau de santé en périnatalité régionale, en tant que représentant de tous les acteurs de la périnatalité

Partenaires institutionnels :

- Ordres professionnels
- Conseils départementaux
- Assurance maladie

POPULATION CONCERNÉE

Femmes enceintes et leur entourage

TERRITOIRES CONCERNÉS

L'Occitanie avec une attention particulière sur les zones à indice de défavorisation élevé

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

EPP: Mesure prioritaire du plan périnatalité 2005- 2007

Référentiel national HAS

Référentiel régional réalisé notamment par les réseaux de périnatalité

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Entretien déjà remboursé par l'AM

Sessions de sensibilisation et de formation → ARS

Campagne de communication → AM/ARS

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRAPS

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de professionnels sensibilisés et formés
- Nombre d'EPP déclarés
- Nombre de situations repérées et accompagnées
- Parcours formalisés sur les territoires entre les partenaires

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

PROJET STRUCTURANT
N° 3.2

ACCOMPAGNER LA FEMME ENCEINTE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Ce projet vise à permettre :

- l'identification d'un référent « vulnérabilité » dans chaque maternité et auprès des professionnels du 1^{er} recours ;
- l'élaboration et généralisation de l'utilisation d'une grille unique régionale d'indicateurs de repérage de la vulnérabilité.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Effectivité de la présence d'un référent « vulnérabilité » dans chaque maternité (Sage-Femme)
- Identification et recours effectif à un professionnel du 1^{er} recours « référent vulnérabilité » et positionné comme professionnel de coordination des situations repérées
- Validation/formalisation/utilisation d'une grille régionale d'indicateurs de vulnérabilité

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Réseau de santé en périnatalité régional, en tant que représentant de tous les acteurs de la périnatalité
 - Etablissements de santé
- Partenaires institutionnels :
- URPS
 - Conseils départementaux

POPULATION CONCERNÉE

Femmes enceintes identifiées et leur entourage

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Travaux et référentiels nationaux et régionaux
- Professionnels des réseaux périnatalité formés
- CPOM des établissements de santé

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

(FIR) Temps de sage-femme « vulnérabilité » variable en fonction des maternités : à définir au regard de critères communs (précarité, nombre de naissances...)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRAPS
Lutte contre les addictions
Lutte contre les violences conjugales
Programmes d'aide à la parentalité

INDICATEURS DE SUIVI

- Ciblage d'indicateurs de vulnérabilité
- Identification d'un référent vulnérabilité dans chaque maternité/ et par bassin de naissance
- Nombre de femmes accompagnées par les référents / par les temps de coordination

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

ACCOMPAGNER LA PRISE EN CHARGE PLURI PROFESSIONNELLE ET COORDONNÉE DES NOUVEAU-NÉS VULNÉRABLES

PROJET
STRUCTURANT
N° 3.3

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Ce projet vise à permettre à l'enfant et à ses parents de diminuer les risques de troubles et tendre vers un développement harmonieux en favorisant l'accès :

- à la prise en charge coordonnée et pluri professionnelle,
- à des prestations d'accompagnement psychologique, de psychomotricité, d'ergothérapie, notamment pour les soins « hors nomenclature », grâce au financement d'une prestation (« ticket santé »), qui sera expérimentée et évaluée dans un premier temps.

Ce projet concerne les nouveau-nés vulnérables du fait de leur histoire périnatale jusqu'à l'âge de 6 ans. Ce projet consiste à déployer, au niveau régional, le dispositif de prise en charge pluri professionnelle et coordonnée des nouveau-nés vulnérables, déjà mis en œuvre dans une partie de l'Occitanie Ouest.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Prise en charge pluri professionnelle ad hoc et coordonnée permettant de redonner à l'enfant et à ses parents les compétences essentielles au bon développement
- Diminution du nombre d'enfants présentant des troubles développement

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Réseau de santé en périnatalité régional, en tant que représentant de tous les acteurs de la périnatalité
- Professionnels de santé

Dont partenaires institutionnels :

- Assurance maladie

POPULATION CONCERNÉE

Enfants repérés à risque de troubles du développement dès la grossesse et répondant à des critères d'inclusion spécifiques non pris en charge et non diagnostiqués comme étant en situation de handicap.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Formalisation du ticket santé avec l'Assurance Maladie

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Temps de coordination du dispositif (médecin pédiatre pour validation des indications, suivi orientations et réalisation), pouvant être relié au réseau
Remboursement des prestations (psychologue, psychomotricité), en accord avec l'Assurance Maladie

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Projets Handicap
Programme en lien avec la pédopsychiatrie

INDICATEURS DE SUIVI

Utilisation du ticket santé (nombre, orientations...) et progression des indicateurs de troubles du développement pour les enfants bénéficiant du dispositif
(sous réserve de la mise en place d'un dispositif de suivi)

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

AMÉLIORER LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT, DU COMPORTEMENT ET DES APPRENTISSAGES ET LEUR PRISE EN CHARGE COORDONNÉE


 PRIORITÉ
 OPÉRATIONNELLE
 N° 4

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Les enfants en situation de vulnérabilité présentent plus de risques de développer des troubles (développement/compétences dans les apprentissages/comportement).

Les repérages de ces situations sont à ce jour trop tardifs, ne débouchent pas forcément sur une prise en charge rapide et appropriée en raison notamment de l'insuffisance de coordination, de non remboursement de certains soins essentiels et de l'insuffisance en nombre de compétences spécifiques à ces situations.

Ces conditions cumulées ne permettent pas un développement harmonieux de l'enfant, et inscrivent les parents dans une position de fragilité. Les troubles installés sont multiples et génèrent de véritables handicaps (notamment psychologiques et sociaux) qui perdureront jusqu'à l'âge adulte. Il est convenu à ce jour, que l'action précoce et appropriée diminue significativement les risques de développer les troubles cités.

Il apparait de plus que les examens « obligatoires » entre la naissance et 5 ans ne sont pas tous effectués, et pas de façon homogène. Un besoin de formation à partir d'un référentiel et harmonisation des pratiques des professionnels ressort.

Les résultats attendus sont :

- le repérage le plus précocement possible des nourrissons et des parents en risque de vulnérabilité afin de limiter et/ou retarder l'apparition et l'installation des troubles du développement, de l'attachement, des compétences en apprentissage, du comportement et du handicap ;
- la mise en place, selon l'étape du développement de l'enfant, selon le gradient dans l'apparition des troubles et du nourrisson/enfant et des parents, d'une prise en charge adaptée et coordonnée inscrivant les soins essentiels (notamment psychologue/psychomotricien) afin de remobiliser les compétences et ressources propres à un développement harmonieux de l'enfant et une gestion parentale adaptée.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

- Futurs Parents / future mère repérés lors de la grossesse (en lien avec la priorité 3)
- Parents/famille/nouveau-nés repérés lors du séjour à la maternité
- Parents/famille/nouveau-nés, nourrissons repérés lors de consultation avec PMI / 1^{er} recours /structures petites enfance

INDICATEURS DE SUIVI

- Organisation régionale et territoriale d'un parcours permettant de repérer et d'accompagner précocement l'enfant et les parents
- Organisation de sessions de formation spécifiques et nombre et profil de professionnels formés (maillage territorial)
- Âge au moment du diagnostic (sous réserve de source et de faisabilité)

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES



PROJET
STRUCTURANT
N° 4.1

DÉVELOPPER UN DISPOSITIF RÉGIONAL DE DÉPISTAGE ET D'ORIENTATION DES TROUBLES VISUELS (AMBLYOPIE) POUR TOUS LES ENFANTS AVANT 6 ANS

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'amblyopie est une atteinte oculaire dont la découverte précoce, par des tests simples chez les jeunes enfants, permet d'en limiter les conséquences sous traitement adapté réalisé le plus tôt possible, durant la période sensible. La rétinopathie est une des causes de l'amblyopie.

En population générale, il est primordial de dépister ces troubles notamment avant l'âge de 3 ans, notamment au décours d'examen par les pédiatres, les médecins généralistes et de PMI. Des référentiels existent et l'amblyopie est facilement traitable avant 6 ans.

On relève, actuellement, 14% de troubles visuels non connus dans l'académie de Toulouse, avec des conséquences souvent irréversibles après 6 ans.

La démographie médicale des ophtalmologistes et le coût potentiel d'un dispositif de dépistage et suivi amènent à imaginer la réalisation des examens par les orthoptistes en lien avec les médecins, dans le cadre d'un protocole de coopération.

Le projet est structuré à deux niveaux :

- diffusion, dans les maternités, de référentiels et bonnes pratiques vers les professionnels lors des examens de suivi des enfants,
- mise en place progressive de centres de compétences (avec examen de dépistage par l'orthoptiste, confirmation du diagnostic par le médecin ophtalmo pédiatre, orientation vers le professionnel de proximité). Un tel centre est en cours de mise en place à Toulouse (centre Jean Jaurès) et peut servir de modèle pour une mise en place d'autres centres sur la région. Son financement est à l'activité, sous condition de réalisation des tests par des orthoptistes. Ce centre est en lien avec le CHU de Toulouse et de Montpellier pour l'élaboration de protocoles, les modalités d'organisation. Ce projet est à relier avec un projet de recherche.

Une attention particulière sera portée pour que ce dispositif bénéficie aux enfants vivant sur les zones géographiques à indicateur de défavorisation élevé et aux prises en charge en secteur 1.

Ce dispositif est complété par celui du dépistage de la rétinopathie des enfants prématurés, anomalie de maturation de la vascularisation rétinienne pouvant conduire à des séquelles visuelles dont la cécité est la plus grave. Tous les enfants ayant un poids de naissance inférieur à 1500g ou un âge gestationnel inférieur à 32 semaines doivent bénéficier d'un dépistage. Cette population représente à ce jour environ 2% des naissances, soit environ 1000 enfants par an en Occitanie. Parmi ces 2%, 11% sont atteints de rétinopathie. Le traitement précoce permet de stopper la pathologie.

Actuellement ce dépistage est réalisé en Occitanie par un fond d'œil manuel sans capture d'images par des ophtalmologistes pédiatres nécessairement formés et entraînés. Il existe désormais un matériel de dépistage validé (Retcam : imagerie rétinienne), utilisé dans de nombreux établissements en France. Il est prévu d'équiper 5 établissements de santé en Occitanie sur la durée du PRS.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- information dans les maternités sur l'importance du dépistage visuel,
- déploiement progressif des centres de compétences dans les territoires
- équipement régional en caméras de rétine grand angle « RetCam » sur 5 sites



PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

DÉVELOPPER UN DISPOSITIF RÉGIONAL DE DÉPISTAGE ET D'ORIENTATION DES TROUBLES VISUELS (AMBLYOPIE) POUR TOUS LES ENFANTS AVANT 6 ANS

ACTEURS REPÉRÉS

- Réseaux
 - Professionnels de santé
 - Établissements de santé
 - CHU
 - Établissements accueillant des centres de compétences
- Partenaires institutionnels :
- Assurance maladie

POPULATION CONCERNÉE

Enfants 0-6 ans

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Modèle et centre existant sur Toulouse (centre Jean Jaurès-clinique Rive Gauche), existence de référentiels validés en fonction de l'âge. Attention à porter sur l'accessibilité financière pour les éventuelles interventions chirurgicales.

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Financement des centres par leur activité (protocole de coopération vers orthoptistes avec financement des actes de dépistage effectués par ces derniers), communication (information dans les maternités, diffusion de référentiels via les réseaux) et formations : FIR.

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Programmes éducatifs de santé (cf. priorité 5)

INDICATEURS DE SUIVI

Centre de compétence :

- nombre d'enfants orientés et suivis par les centres de compétence
- nombre de professionnels impliqués

Rétinopathie

- nombre de prématurés bénéficiant d'imagerie rétinienne et répartition par méthode

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES



PROJET
STRUCTURANT
N° 4.2

STRUCTURER L'ACCÈS RÉGIONAL AU DIAGNOSTIC DES TROUBLES DES APPRENTISSAGES DES ENFANTS DE 3 À 15 ANS

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Les professionnels et représentants d'usagers de la région concernés s'accordent sur la nécessité de poursuivre la structuration du dispositif régional de diagnostic des troubles de l'apprentissage à 3 niveaux de recours :

- premier niveau : intervention des professionnels qui bénéficieront de la diffusion des bonnes pratiques, avec référentiel HAS à venir,
- second niveau : centres de compétences avec consultation pluridisciplinaire,
- troisième niveau : centres de référence au CHU de Toulouse et Montpellier et au CH de Tarbes.

Le développement des centres de compétences de second niveau sera organisé, sur la partie Est de la région.

Ce dispositif est à mettre en lien avec les programmes de prévention des troubles du langage écrit et oral qui pourront être développés sur les zones les plus en difficulté (indicateurs de défavorisation), et un projet de recherche autour du dépistage par une série de tests permettant une orientation vers les centres de niveau 2 en cas de positivité.

Une coordination de l'ensemble du dispositif sera réalisée par une association régionale.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Structuration du dispositif à trois niveaux
- Diffusion des bonnes pratiques

ACTEURS REPÉRÉS

- associations et réseaux
- professionnels de santé

Partenaires institutionnels :

- Assurance maladie

POPULATION CONCERNÉE

Enfants repérés d'Occitanie (potentiellement 6% d'une classe d'âge, 1% pour troubles sévères)

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Référentiel HAS à venir
Structuration déjà en place sur la partie Ouest de la région, engagement des professionnels

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Centres de références déjà en place, activité des centres de compétences en hôpital de jour (HDJ)
Temps de coordination à prévoir (en lien avec réseaux périnatalité)

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Programmes éducatifs sur le langage écrit et oral
Projet structurant 3.3 « Accompagner la prise en charge pluri professionnelle et coordonnée des nouveau-nés vulnérables »

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre d'enfants orientés et suivis par les centres de compétences et les centres de référence (par analyse d'activité des dispositifs) au regard de la population cible théorique



PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

DÉVELOPPER UN PARCOURS EN PROMOTION ET ÉDUCATION POUR LA SANTÉ CHEZ L'ENFANT ET LE JEUNE (0-25 ANS)

DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

De façon globale, la santé des enfants et des jeunes en région Occitanie est considérée comme satisfaisante. Toutefois, on note des indicateurs de « vulnérabilité » en termes de problématiques mais également en termes de territoires « fragilisés ». La mortalité prématurée évitable est notamment impactée par les suicides et par les accidents de la route dus majoritairement à une alcoolisation excessive.

L'objectif est de mettre en place, dès la naissance, un parcours en promotion de la santé- éducation pour la santé (PDS/EPS), en articulation entre tous les intervenants auprès des enfants au cours de leur vie en associant fortement les parents. Ce parcours s'appuiera sur les dispositifs et programmes proposés par les différentes institutions et notamment sur le parcours éducatif de santé porté par l'éducation nationale et inscrit dans la loi de modernisation de santé

Les résultats attendus sont :

- le partage d'une culture professionnelle sur la promotion de la santé associant les différents intervenants auprès de l'enfant et de ses parents,
- l'acquisition de compétences pour l'enfant lui permettant de faire des choix adaptés,
- la diminution des comportements à risque.

Les projets structurants associés à cette priorité opérationnelle sont :

- développer les compétences des enfants et accompagner les parents pour prévenir les troubles et prises de risques,
- informer et accompagner les jeunes de 16 à 25 ans en situation d'insertion.

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

POPULATIONS CIBLÉES

Petite enfance (0- 6 ans)
Enfants, adolescents et jeunes adultes
Parents/familles
Professionnels

INDICATEURS DE SUIVI

Sous réserve de faisabilité :

- Évolution de l'estime de soi et des indicateurs de qualité de vie pour les jeunes 16-25 ans en mission locale - (Source : « recherche-interventionnelle » sur 5 ans à partir d'une cohorte ciblée sur une ou deux missions locales)
- Évolution du trouble des apprentissages chez les enfants suivis (étude de cohorte à envisager avec l'Education Nationale)

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES



PROJET
STRUCTURANT
N° 5.1

DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES DES ENFANTS ET ACCOMPAGNER LES PARENTS POUR PRÉVENIR LES TROUBLES ET PRISES DE RISQUE

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Développer et généraliser des programmes favorisant l'acquisition des compétences psychosociales, d'apprentissage et comportementales pour les enfants et les parents permettant de réduire les risques de troubles du développement, apprentissages, et à terme les prises de risques.

Ce projet consiste à développer des programmes validés, s'adaptant aux enfants et jeunes, et associant les parents, de nature au maximum participative, favorisant leur créativité, avec des outils de communication appropriés avec pour objectif :

- la prévention des troubles du langage oral et écrit (programme « parler », « parler bébé »),
 - le renforcement des compétences de gestion des parents et des enseignants /promotion des compétences scolaires, sociales et émotionnelles des enfants – prévention des Troubles Déficit de l'Attention Hyperactivité (TDAH) (déclinaison du programme « incredible years » : formation de formateurs essayant le programme qui propose un renforcement des compétences parentales).

Ces programmes sont complémentaires et seront déployés prioritairement sur les zones à indicateur de défavorisation élevé et seront coordonnés avec l'action du réseau de périnatalité et la coordination du dispositif de diagnostic des troubles des apprentissages.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Diminution du nombre d'enfants développant des risques
- Amélioration des compétences des parents dans le principe de parentalité
- Développement planifié de programmes selon les principes de développement des compétences psychosociales et apprentissages
- Développement de projets coordonnés sur des territoires limités auprès d'établissements scolaires de tous les degrés

ACTEURS REPÉRÉS

- Réseaux périnatalité
- Professionnels concernés (sages-femmes, équipes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, services de pédiatrie)
- PMI
- Professionnels de la petite enfance
- Professionnels de la protection de l'enfance
- CAF
- Collectivités locales
- Éducation nationale

POPULATION CONCERNÉE

Enfants de 0 à 6 ans
Professionnels
Parents

TERRITOIRES CONCERNÉS

Occitanie

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Programmes validés scientifiquement
Programmes initiés en Occitanie ou dans certaines autres régions
Convention avec l'Éducation nationale

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR Prévention, partenariats avec collectivités, projet de recherche pour évaluation des programmes sur le « parler » oral et écrit

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Programme éducatif de santé de l'EN

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de programmes développés
Nombre d'enfants touchés
Nombre et profil de professionnels formés
Études sur les comportements de santé des enfants et jeunes (ORS, extensions régionales d'études nationales)

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES, DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES



PROJET
STRUCTURANT
N° 5.2

INFORMER ET ACCOMPAGNER LES JEUNES DE 16 À 25 ANS EN SITUATION D'INSERTION

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Le projet prévoit la mise en place d'un dispositif de santé chez les jeunes de 16-25 ans s'appuyant sur les dispositifs d'insertion (missions locales - MLI) pour les accompagner vers une autonomie, quant à leur santé.

Ce dispositif combine :

- des actions d'éducation pour la santé participatives ;
- la formation en prévention promotion santé de référents adultes (conseillers mission locales) ;
- la généralisation du recours au bilan de santé gratuit proposé par les centres d'examen de santé de l'assurance maladie et l'accompagnement du jeune dans ses démarches en amont et aval du bilan ;
- le porter à connaissance des jeunes et des professionnels du dispositif d'accueil des jeunes (MDA, PAEJ, associations...) par le Répertoire Opérationnel des Ressources et les SPOC (Small Private Online Course).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Le développement des compétences des jeunes à prendre des décisions favorables à leur santé
- Le recours précoce aux dispositifs de prévention, de dépistage et de soins
- La diminution des comportements à risque
- L'accompagnement et le soutien des professionnels du social et de l'insertion pour une approche globale de la santé et la fourniture d'outils et de ressources nécessaires pour le suivi du jeune

ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Professionnels du 1^{er} recours

Partenaires institutionnels :

- Éducation nationale
- CAF
- Assurance maladie

POPULATION CONCERNÉE

Jeunes de 16-25 ans vulnérables

TERRITOIRES CONCERNÉS

Les 13 départements
Attention particulière sur les zones à indice de défavorisation élevé

LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

L'Association régionale des missions locales (ARML)

Les Missions locales d'insertion (MLI)

Les partenaires de proximité en lien avec les projets de Promotion de la santé/prévention portés par les MLI

MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

FIR

LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Thème transversal « Prévention et promotion de la santé »

Parcours « Santé mentale »

INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de jeunes ayant bénéficié du bilan de santé gratuit

Nombre de jeunes ayant participé aux actions de promotion de la santé (PDS)/prévention

Nombre de jeunes repérés en situation de vulnérabilité et orientés vers les dispositifs correspondants (PAEJ/MDA....)

Nombre de partenariats formalisés par les MLI

Nombre de référents MLI sensibilisés et formés en PDS

ÉQUIPEMENTS ACTIVITÉS ET FILIÈRES DE SOINS

SOMMAIRE

ACTIVITÉS STRUCTURANTES POUR LES PARCOURS DE SANTÉ	312
Activité de soins Médecine	313
Modalité de prise en charge en HAD	319
Activité de soins Chirurgie	324
Activité de Soins de Suite et de Réadaptation	331
SOINS NON PROGRAMMÉS	346
Activité de soins Médecine d'urgence	347
Permanence des soins	355
SOINS CRITIQUES	363
Activité de soins Réanimation - Soins intensifs - Surveillance continue	364
ACTIVITÉS ET FILIÈRES SPÉCIALISÉES	372
Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie	373
Activité de soins traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale	379
Filière de prise en charge des patients victimes d'Accident Vasculaire Cérébral	388
Soins palliatifs	392
EXAMENS DE DIAGNOSTIC ET DE SUIVI THÉRAPEUTIQUE	397
Biologie médicale	398
Équipements Matériels Lourds	402
Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales	413
POPULATIONS SPÉCIFIQUES	418
Santé des personnes détenues	419
Personnes en situation d'addiction	424
Populations en zone transfrontalière	429
Populations en zones de montagne	433

La dynamique évolutive de l'organisation de notre système de santé doit être poursuivie et consolidée, afin d'adapter l'offre de santé aux nouveaux besoins de la population et d'accompagner les acteurs concernés par les changements.

Cette organisation doit être fondée sur les perspectives suivantes :

- la poursuite du virage ambulatoire :
 - o développement d'alternatives à l'hospitalisation en Médecine, Chirurgie, Soins de Suite et de Réadaptation ;
 - o modalités de prise en charge à domicile pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique ;
 - o recours à l'hospitalisation à domicile y compris dans les substituts de domicile.
- l'accompagnement des transformations de l'offre, pour éviter les hospitalisations et améliorer le suivi des patients :
 - o renforcement de l'usage des outils de télémédecine, de télésurveillance et des objets connectés.
- la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charges, en :
 - o développant la pertinence des actes de cardiologie interventionnelle (cardiopathies de l'adulte...);
 - o améliorant la pertinence de la prescription des examens de biologie médicale et d'imagerie médicale ;
 - o sécurisant les plateaux techniques de chirurgie, obstétrique et soins critiques et pour sur la prise en charge du cancer.
- l'accessibilité territoriale, en :
 - confortant la place des hôpitaux de proximité, en tant que point d'appui à la prise en charge en ville ;
 - favorisant l'accès à des consultations avancées de spécialistes (télémédecine, temps partagé de praticiens) ;
 - développant les stratégies nécessaires au maintien des effectifs médicaux ;
 - répartissant de façon homogène les zones d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile, des services de soins infirmiers à domicile, des équipes mobiles de gériatrie et des équipes mobiles de soins palliatifs ;
 - accompagnant les regroupements territoriaux et les rapprochements, quelle qu'en soit la forme.
- la promotion de l'innovation en santé, en :
 - o s'inscrivant dans le développement de la médecine prédictive personnalisée pour les patients atteints de maladies génétiques et les patients prédisposés héréditairement au cancer ;
 - o suscitant les innovations organisationnelles (mutualisation des équipements et des personnels au sein de plateaux d'imagerie médicale mutualisés...).

Le schéma régional de santé précise les objectifs quantitatifs de l'offre de soins. Ils sont exprimés par zone : en implantations par site géographique pour les activités de soins et en implantations et en appareils pour les équipements matériels lourds. Dans ce cadre, l'Agence Régionale de Santé doit indiquer les cibles à atteindre au terme du PRS.

Conformément aux dispositions de l'article D 6121-10 du Code de la Santé Publique, les objectifs sont quantifiés soit par un minimum et un maximum, soit par une progression ou une diminution au décours de la période d'exécution du schéma, éventuellement assorti d'échéances intermédiaires sur tout ou partie de la période.

Le schéma régional de santé de la région Occitanie prévoit, sur la période de cinq ans couverte, des bornes basses et des bornes hautes, qui donneront lieu à un séquençage dans la programmation des implantations à ouvrir à chaque publication de bilan quantitatif de l'offre de soins.

ACTIVITÉS STRUCTURANTES POUR LES PARCOURS DE SANTÉ

ACTIVITÉ DE SOINS MÉDECINE	313
MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN HAD	319
ACTIVITÉ DE SOINS CHIRURGIE	324
ACTIVITE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION	331

ACTIVITÉ DE SOINS MÉDECINE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Pour répondre aux besoins de la population de la région Occitanie qui se caractérise par sa grande attractivité (plus de 51 000 nouveaux habitants par an entre 2007 et 2012), une part importante de population âgée et une précarité particulièrement élevée, l'ambition portée par le Projet Régional de Santé pour la filière médecine consiste à faire évoluer l'organisation actuelle des soins dans le sens d'un meilleur dépistage, d'un meilleur suivi et d'un meilleur accompagnement des patients notamment ceux porteurs de maladies chroniques, en leur garantissant l'accès à une offre de soins de proximité dans les différentes spécialités médicales et sur tous les territoires.

Pour cela, des axes de progrès ont été identifiés qui visent à :

- mieux impliquer le patient en tant qu'acteur de sa maladie ;
- garantir l'accès à une offre de soins graduée territoriale en favorisant la coordination entre les acteurs de terrain et les établissements de santé ;
- accroître la pertinence du service médical rendu en favorisant une prise en charge en hospitalisation de courte durée, en ambulatoire et en privilégiant le retour à domicile ;
- fluidifier l'aval des prises en charge en s'assurant dès l'entrée du patient des possibilités de transfert vers une structure adaptée ou d'un retour précoce à domicile ;
- mieux repérer et mieux prendre en charge les patients porteurs de maladies chroniques ;
- intégrer les progrès techniques en santé pour la prise en charge des populations.

La mise en œuvre de ces actions à l'échelle de la région doit conduire à une meilleure organisation des parcours de soins permettant de renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge.

Une attention particulière sera également portée sur les établissements isolés (hôpitaux de proximité, cliniques) qui servent de point d'appui à la prise en charge en ville.

L'objectif est de conforter leur place dans leur zone d'attractivité en tant que contributeur à l'offre de 1^{er} recours de médecine, organisateur de la transition vers le 2^{ème} recours hospitalier ou libéral ainsi que vers le médico-social, mais également en tant qu'acteur de prévention et de l'accès à l'éducation à la santé.

ACTIVITÉ DE SOINS MÉDECINE

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Article R. 6121-4 du CSP : objectif et cadre des alternatives à l'hospitalisation complète

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit dans l'organisation des soins en France une véritable médecine de parcours gradué (parcours de santé, de soins et de vie), tangible, pour les patients :

- un parcours de santé, qui articule les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile,
- un parcours de soins, qui permet l'accès aux consultations de 1^{er} recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- un parcours de vie, qui envisage la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Favoriser le virage ambulatoire

Ce virage ambulatoire, inscrit dans la loi de Santé, représente le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires constituées autour d'eux, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux.

Dans le cadre de la réforme des hôpitaux de proximité, le support méthodologique DGOS (2016) précise la définition des hôpitaux de proximité et des missions qui leur sont confiées :

- contribuer par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans le territoire qu'ils desservent et **favoriser l'accès à des consultations spécialisées** ;
- assurer un rôle d'orientation pour le patient en jouant **un rôle passerelle vers le deuxième recours et le médico-social**.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les priorités retenues s'articulent autour de deux axes :

- améliorer le parcours des patients porteurs de maladies chroniques afin de favoriser une prise en charge en proximité du lieu de vie ;
- conforter la place des établissements sanitaires de proximité dans leur zone d'attractivité en tant que point d'appui à la prise en charge en ville.

**ACTIVITÉ DE SOINS
MÉDECINE****DIAGNOSTIC PROSPECTIF
DES BESOINS
ET DES RÉPONSES**

La région Occitanie compte 5 684 000 habitants. Elle se caractérise par sa grande attractivité qui se traduit par une progression annuelle de sa population de plus de 50 000 habitants. La majorité vit sur le littoral ou dans les grandes agglomérations. Actuellement, 10,3% de la population de la région a plus de 75 ans contre 8,9 % en France métropolitaine. Elle compte également plus de 1.6 millions de jeunes de moins de 25 ans. En 2012, un habitant sur six vivait sous le seuil de pauvreté contre un sur sept en France métropolitaine. Quatre départements de la région figurent parmi les dix premiers ayant le taux de pauvreté le plus important en France métropolitaine.

Ces grandes tendances doivent se poursuivre à l'horizon 2030. Les plus de 75 ans représenteront 13,5 % des habitants contre 12,3 % en France Métropolitaine. La progression de la part des personnes de 60 ans et plus devrait être la plus forte de France métropolitaine pour l'ex Languedoc-Roussillon entre 2005 et 2030, avec une augmentation de plus de 73 %. La croissance démographique doit également se poursuivre même si l'écart avec les autres régions devrait se réduire (population estimée aux alentours de 6 628 000 habitants en 2030).

La prévalence des maladies chroniques devrait croître sensiblement en raison de ce contexte régional et notamment du fait du vieillissement de la population, de l'accroissement de l'espérance de vie et de la croissance ou de la persistance de certains facteurs de risques : sédentarité et inactivité physique, surpoids et obésité ; réduction insuffisante du tabagisme et des inégalités sociales de santé. On peut estimer à l'échelle de la région le nombre de nouveaux cas annuels de diabète en 2030 à un peu plus de 24 000, pour l'insuffisance cardiaque à un peu moins de 18 000 et pour l'insuffisance respiratoire à un peu moins de 12 000 (estimation réalisée à partir des effectifs repérés en ALD par la CNAMTS en 2015).

L'offre actuelle de soins de médecine en Occitanie est nombreuse et diversifiée (avec un total de 126 établissements). La majorité des séjours de médecine est réalisée dans les hôpitaux publics (environ 74 % des séjours). La région présente un nombre important de structures dans ses territoires ruraux (cliniques et hôpitaux de proximité) qui servent de point d'appui à la prise en charge en ville. Les praticiens sont nombreux mais inégalement répartis sur le territoire.

Pour s'adapter aux besoins de la population et notamment à son vieillissement, l'organisation actuelle de l'offre de soins de médecine doit évoluer d'une prise en charge de la pathologie aiguë vers le suivi et l'accompagnement des maladies chroniques, renforcer la place accordée à la prévention et au dépistage et mieux accueillir la personne âgée tout en garantissant l'accessibilité aux soins sur tout le territoire. Pour y parvenir, la coordination entre la médecine hospitalière et le premier recours doit être au cœur des préoccupations relatives à la structuration de l'offre de soins de médecine sur le territoire de la région.

ACTIVITÉ DE SOINS MÉDECINE

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
09	Modalité Temps Complet	3	3	3	-
	Modalité Temps Partiel	3	3	3	-
11	Modalité Temps complet	8	6	8	-2/0
	Modalité Temps partiel	4	6	8	+2/+4
12	Modalité Temps complet	7	7	7	-
	Modalité Temps partiel	5	5	7	0/+2
30	Modalité Temps complet	12	10	12	-2/0
	Modalité Temps partiel	5	10	12	+5/+7
31	Modalité Temps complet	25	22	24	-3/-1
	Modalité Temps partiel	19	23	24	+4/+5
32	Modalité Temps complet	7	6	7	-1/0
	Modalité Temps partiel	1	5	7	+4/+6
34	Modalité Temps complet	28	26	28	-2/0
	Modalité Temps partiel	16	27	29	+11/+13
46	Modalité Temps complet	6	5	6	-1/0
	Modalité Temps partiel	3	5	6	+2/+3
48	Modalité Temps complet	6	5	6	-1/0
	Modalité Temps partiel	2	5	6	+3/+4
65	Modalité Temps complet	6	6	6	-
	Modalité Temps partiel	6	6	6	-
66	Modalité Temps complet	8	8	8	-
	Modalité Temps partiel	2	8	8	+6
81	Modalité Temps complet	8	7	8	-1/0
	Modalité Temps partiel	5	7	8	+2/+3
82	Modalité Temps complet	4	4	4	-
	Modalité Temps partiel	2	4	4	+2

Les objectifs quantitatifs permettent de couvrir les besoins de santé de la population dans tous les territoires. Ils sont quantifiés par un minimum (borne basse) et un maximum (borne haute).

Ces objectifs prennent en compte des réorganisations en raison de l'évolution de l'activité des structures, des équipes médicales, des normes réglementaires et d'éventuelles transformations, regroupements ou coopérations.

Pour la modalité à temps complet :

- la borne haute prévoit le maintien du nombre de sites dans toutes les zones, à l'exception du 31 dans lequel un regroupement est prévu ;
- la borne basse prend en considération l'éventualité de réductions de sites de médecine, au regard des évolutions des activités et des équipes médicales (à l'exception des zones du 09, 12, 65, 82), dont pour certains par transformation en SSR (dans le 34) ou par transformation en USLD (dans les zones 11, 30 et 46).

Pour la modalité à temps partiel :

- la borne haute envisage un développement de l'hospitalisation à temps partiel, dans une démarche de poursuite du virage ambulatoire dans toutes les zones à l'exception du 09 et du 65,
- la borne basse ajuste le nombre de sites en fonction des possibles suppressions de sites de médecine à temps complet.

ACTIVITÉ DE SOINS MÉDECINE

Transformations-regroupements-coopérations

Il a été tenu compte des perspectives de transformation de l'activité de médecine en prévoyant une implantation éventuelle, en USLD, dans le 11, 30 et 46 et en SSR dans le 34.

Principes généraux d'organisation :

Coopération

- s'impliquer dans le renforcement des articulations entre le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social ;
- garantir l'accès à une offre de soins graduée pour l'ensemble des spécialités ;
- favoriser une meilleure coordination des acteurs autour de la personne malade pour la prévention, le dépistage et la post hospitalisation ;
- favoriser l'organisation d'une prise en charge de proximité notamment au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et développer un système d'information efficient autour du patient ;
- renforcer les coopérations entre les établissements publics et les établissements privés afin de permettre une meilleure accessibilité des patients aux soins en proximité, notamment dans les territoires excentrés.

Regroupements

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège et le Centre Hospitalier du Pays d'Olmes ont fusionné au 1er janvier 2018, avec maintien de la personnalité juridique du Centre hospitalier du Val Ariège.

La clinique Saint-Jean Languedoc et la Clinique Du Parc à Toulouse qui ont fusionné au sein de l'entité juridique Capiro La Croix du Sud, doivent regrouper l'ensemble de leurs activités sur un site unique à Quint-Fonsegrives en Haute-Garonne en 2018.

Focus sur les hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité servent de point d'appui à la prise en charge en ville. Ils doivent contribuer par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours (exercice mixte, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, etc.) et favoriser l'accès à des consultations avancées de spécialistes (télémédecine, temps partagé de praticiens...).

Ils doivent également développer des missions de prévention et d'accès à l'éducation à la santé.

Ils doivent être intégrés dans la logique des GHT. Une réflexion doit être menée dans le cadre des projets médicaux et de soins partagés (PMSP) et des systèmes d'information.

Chaque hôpital de proximité doit évaluer la pertinence de son offre de soins de médecine en hospitalisation complète, au regard du virage ambulatoire et des possibilités de reconversions vers des capacités de Soins de Suite et Réadaptation, d'Unité de Soins Longue Durée ou d'EHPAD.

ACTIVITÉ DE SOINS MÉDECINE

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients dans les services de médecine des établissements de la région Occitanie, les objectifs suivants ont été identifiés :

- maintenir des services de médecine polyvalente ;
- renforcer le virage ambulatoire en favorisant les alternatives à l'hospitalisation :
 - prévoir des implantations de médecine en hospitalisation à temps partiel dans tous les établissements d'Occitanie ayant une autorisation de médecine en hospitalisation à temps Complet,
 - augmenter le recours à l'Hospitalisation à Domicile (HAD).
- assurer le continuum des prises en charges de médecine vers les services de SSR ou vers le médico-social ;
- renforcer l'utilisation des outils de télémédecine et des objets connectés dans les établissements de santé afin de contribuer activement à la réduction des hospitalisations inutiles, des ré-hospitalisations précoces et des ruptures de parcours en s'appuyant sur la réglementation en vigueur ;
- fluidifier le parcours des personnes âgées :
 - en amont de l'hospitalisation, mettre en place des dispositifs de signalements précoces remontant de la médecine de ville afin d'éviter les passages par les urgences,
 - en aval de l'hospitalisation, améliorer le parcours de la personne âgée vers le SSR, l'EHPAD ou le retour au domicile, dans le cadre d'une véritable coordination autour de la personne âgée.

L'atteinte des objectifs sera appréciée lors de l'attribution et du renouvellement des autorisations d'activité de soins de médecine à temps plein et à temps partiel.

De manière générale, il convient :

- d'impliquer les établissements dans la prévention et le dépistage en lien avec les acteurs de premier recours (médecins, infirmiers, pharmaciens, etc.) :
 - favoriser la participation des structures d'hospitalisation dans les campagnes nationales de prévention et de dépistage,
 - limiter la progression, notamment, de l'obésité infantile, en soutenant des actions de prévention,
 - organiser la précocité des processus de diagnostic et de prise en charge,
- de favoriser le maintien de l'autonomie du patient :
 - faire du patient un acteur incontournable de sa santé,
 - développer les liens avec les associations de malades,
 - favoriser l'accès à des programmes d'éducation thérapeutique,
 - prendre en compte la place des aidants auprès de la personne soignée,
 - s'investir dans l'accueil des personnes handicapées,
- de renforcer la qualité des soins dans les établissements :
 - améliorer le parcours des patients par la mise en place d'organisations spécifiques pour certaines pathologies (ex : suivi des complications en HAD, éducation thérapeutique en ambulatoire, etc.),
 - se servir des services numériques d'appui à la coordination pour renforcer la coordination ville-hôpital-ville : remise par le médecin traitant d'une lettre de liaison médicale préalablement à l'hospitalisation, obligation pour les établissements de remettre à la sortie du patient une lettre de liaison adressée au médecin à l'origine de l'hospitalisation ou à tout autre professionnel, remise au patient d'un plan personnalisé de santé etc., utilisation de « fiches points clés organisation des parcours » de la HAS pour optimiser les parcours de soins des patients,
 - lutter contre les infections liées aux soins,
 - prévenir la iatrogénie médicamenteuse par un accès renforcé du médecin traitant au prescripteur hospitalier, selon des modalités à définir au niveau des établissements de santé dans le cadre de leur CPOM,
 - favoriser dans les hôpitaux de proximité le partage des fonctions supports au soin telles que l'hygiène ou la prise en charge sociale des patients pour garantir la qualité des soins et fluidifier les parcours patients.

MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN HAD

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'Hospitalisation à domicile (HAD) permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes.

Son développement participe au "virage ambulatoire" inscrit dans la loi de modernisation de notre système de santé.

Le caractère encore relativement récent de cette modalité d'hospitalisation et le nombre moyen régional de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants de 15,5, inférieur à la moyenne nationale (20,2), conduisent à poursuivre les efforts de promotion de l'HAD auprès des prescripteurs que sont les médecins hospitaliers ou libéraux.

Un des enjeux forts pour l'HAD sera sa capacité à démontrer que l'articulation entre HAD et secteur libéral ne complexifie pas la prise en charge mais en améliore la qualité. C'est pour cela que le travail de promotion de l'HAD auprès des prescripteurs passe d'abord par une définition claire des missions des différents acteurs du champ du domicile.

Un travail de concertation avec les différents acteurs de soins à domicile sera mené en lien avec l'Assurance Maladie et en collaboration avec les URPS et les conseils de l'ordre pour :

- rappeler la gradation des acteurs des soins à domicile : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral (IDEL), prestataires, réseaux, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), HAD, ainsi que le rôle des médecins généralistes ; et l'existence du dispositif PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile),
- sensibiliser les établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les établissements de santé à utiliser l'HAD en substitution ou en aval d'une hospitalisation conventionnelle.

Par ailleurs, un travail de redéfinition des territoires d'intervention d'HAD en Occitanie par commune va être engagé (principalement en Occitanie Est) afin d'éviter les superpositions et doublons (hors métropole) et pour favoriser l'atteinte du seuil minimum de 9 000 journées annuelles par structure, et ainsi pérenniser les HAD existantes.

MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN HAD

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 précise que le développement de l'HAD participe au "virage ambulatoire".

Le Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie conforte la place de l'HAD : pour les professionnels, il s'agira de mettre en action plusieurs dispositions d'organisation, de soutien et de recours, à partir notamment des dispositifs prévus par le projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours d'adoption : plateformes territoriales d'appui, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, etc.

Pour les aidants, les dispositifs de soutien financier ainsi que les nouvelles formes de bénévolat et de solidarité seront encouragés.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

L'action 7.5 du plan cancer précise que « sur la base des recommandations HAS, les ARS sont chargées de la montée en charge de l'HAD dans le champ du cancer et de l'organisation du maillage territorial pour répondre à un enjeu d'équité d'accès. »

Aujourd'hui, la part des chimiothérapies anticancéreuses ne représente que 2% de l'activité des HAD. Pour répondre aux recommandations de la HAS, **une réflexion sera menée, dans le cadre du parcours Cancer, sur le développement de la capacité des HAD à prendre en charge des patients complexes.**

MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN HAD

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Activité :

- lors de la publication du PRS 1, en 2012, le nombre de journées d'HAD en région Occitanie était de 260 464. Il est de 317 000 journées fin 2016, soit 22 % d'augmentation ;
- le nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants était de 12,9 patient/j en 2012 et de 15,1 en 2016, encore loin de la cible nationale fixée à 30 ;
- la part des séjours réalisés en ESMS a doublé, passant de 3 % en 2012 à 6,4 % en 2016 ;
- la part des séjours en HAD faisant suite à une hospitalisation en MCO reste constante entre 2012 et 2016 à 64 % environ ;
- les séjours dits « spécialisés » en HAD comme la rééducation neurologique, les soins palliatifs ou la chimiothérapie tendent à diminuer durant ces 5 ans passant de 30 % à 26 % ;
- entre ces deux périodes, le motif de prise en charge principal reste les pansements complexes et soins spécifiques qui progressent de 6 % en 5 ans (32 %) ; les autres motifs de prises en charge stagnent ou diminuent (exemple des soins palliatifs qui passent de 28 % à 24,3 %) ;
- la chimiothérapie anticancéreuse en HAD reste anecdotique à 2 % environ des séjours réalisés.

Diagnostic :

- la couverture théorique est quasi exhaustive pour la région (peu de zones blanches) ;
- la restructuration de l'offre sur les territoires est en cohérence avec les cibles fixées initialement ;
- le recours à l'HAD est en progression sur la période du PRS1 (+ 22 %) ce qui démontre son ancrage progressif chez les prescripteurs ;
- l'offre est équilibrée entre le secteur public et le secteur privé ;
- il existe de nombreuses zones d'intervention communes pour les HAD Occitanie Est, dans des territoires dont la densité de population ne le justifie pas ;
- plus d'une HAD sur deux est en dessous des 9 000 journées annuelles (seuil recommandé par la circulaire 2013), soit 57 % des 33 HAD de la région ;
- dans les Pyrénées-Orientales, le plateau Cerdan et le Vallespir ne bénéficient pas de structure d'HAD (20 000 habitants, avec une forte saisonnalité touristique en hiver et en été) ;
- des freins persistent dans la dynamique de déploiement de l'HAD.

S'agissant de la démographie des professionnels de l'activité, il est difficile de :

- trouver des médecins coordonnateurs et d'organiser des astreintes médicales opérationnelles H24 (souvent confiées aux Médecins urgentistes des centres hospitaliers avec une déperdition d'informations) ;
- mobiliser les IDEL dans les territoires sous dotés en professionnels de santé libéraux et d'assurer la continuité des soins.

Les prévisions d'activité sont de prendre en charge 30 patients en HAD pour 100 000 habitants ; il convient d'augmenter le nombre de journées de 25 % en 5 ans.

Les évolutions technologiques et les pratiques :

- les prises en charge plus techniques devraient se développer si l'HAD devient « un réflexe » mais elles sont freinées par le faible volume de journées réalisées par de nombreuses HAD et par le problème des ressources humaines ;
- le développement de prises en charge spécialisées comme les soins palliatifs ou la chimiothérapie est souhaitable.

Impact de l'évolution de la réglementation

- certaines prises en charge en HAD engendrent un problème de tarification déficitaire (nutrition entérale...) ;
- la procédure simplifiée d'intervention de l'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux au 1^{er} mars 2017 devrait favoriser le développement de l'HAD.

MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN HAD

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
09	Médecine	1	1	1	-
11	Médecine	3	2	3	-1/0
12	Médecine	1	1	1	-
	Gynécologie-obstétrique	1	1	1	-
30	Médecine	4	3	4	-1/0
31	Médecine	3	2	3	-1/0
	Néonatalogie	1	1	1	-
	Gynécologie-obstétrique	1	1	1	-
32	Médecine	1	1	1	-
34	Médecine	7	5	6	-2/-1
	Gynécologie-obstétrique	1	1	1	-
	Néonatalogie	1	1	1	-
46	Médecine	2	1	2	-1/0
	Gynécologie-obstétrique	1	0	1	-1/0
48	Médecine	1	1	1	-
65	Médecine	1	1	1	-
66	Médecine	2	2	2	-
81	Médecine	2	2	2	-
82	Médecine	2	1	2	-1/0
	Gynécologie-obstétrique	1	0	1	-1/0

Les objectifs quantitatifs permettent de couvrir les besoins de santé de la population dans tous les territoires. Ils sont quantifiés par un minimum (borne basse) et un maximum (borne haute).

Ces objectifs prennent en compte les réorganisations en raison de la faible activité des structures pour la modalité HAD en gynécologie-obstétrique pour les zones 46 et 82, et les transformations, regroupements ou coopérations pour les zones 11, 30, 31, 34, 46 et 82.

82.

Transformations – regroupements - coopérations

Les objectifs sont déclinés par département :

- 11 : Transformation d'une HAD en antenne
- 31 : Regroupement de 2 HAD
- 30 : Regroupement de 2 HAD
- 34 : Transformation d'une HAD en antenne et restructuration de l'offre pour assurer un meilleur maillage territorial et la couverture des « zones blanches »
- 46 : Regroupement de 2 HAD
- 82 : Regroupement de 2 HAD



MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN HAD

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Les structures d'HAD doivent s'engager :

– à ce qu'il n'y ait plus dans la région de zones blanches (non couvertes par au moins une structure) : les porteurs d'autorisation s'organiseront avec leur personnel ou par le biais de conventions avec d'autres professionnels de santé du territoire (IDEL, SSIAD...) après accord du médecin traitant pour la prise en charge,

– à ce que les territoires d'intervention de tous les établissements autorisés en HAD (EHAD) d'Occitanie soient définis par communes d'intervention (et non plus par distance en km, temps d'accès en minutes ou canton) : ces territoires seront redéfinis sous l'égide de l'ARS en concertation entre les différents titulaires d'autorisations en priorisant pour un territoire donné (département) les EHAD relevant de ce même territoire. Cette réorganisation se fera à nombre constant d'implantation ; les EHAD s'engagent à respecter le cahier des charges de leur autorisation et à assurer la qualité des soins attendue.

Les communes qui ne seraient pas couvertes par au moins un EHAD du département seront proposées aux EHAD des départements limitrophes y compris hors région.

Si exceptionnellement un titulaire d'autorisation se trouvait dans l'incapacité d'assurer une prise en charge sur son territoire, il pourrait s'entendre avec un autre EHAD pour répondre à cette demande.

Il est entendu que les EHAD n'ont pas vocation à intervenir en dehors des communes de leur autorisation, sauf accord écrit entre les EHAD concernés (cf. cas de figure précédent).

ACTIVITÉ DE SOINS CHIRURGIE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

La situation réglementaire de la chirurgie demeure inchangée depuis le précédent PRS. Dix sites hospitaliers publics et privés de la région réalisent une activité inférieure à 1500 séjours par an. Plusieurs projets de décret visant à fixer un seuil minimum concernant l'activité de chirurgie ont été soumis aux instances professionnelles et politiques ces dernières années mais n'ont pas fait, à ce jour, l'objet de publication.

Deux enjeux majeurs se distinguent en matière de chirurgie pour l'Occitanie pour les 5 prochaines années :

– **Le développement de la chirurgie ambulatoire :**

La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge pour une intervention chirurgicale qui permet de raccourcir la durée d'hospitalisation à moins de 12 heures, sans hébergement de nuit. La durée de séjour à l'hôpital est réduite à quelques heures.

Le développement de la chirurgie ambulatoire participant au « virage ambulatoire » est un axe fort de la stratégie nationale de santé et de la loi de modernisation de notre système de santé. Il permet de recentrer l'hôpital sur les activités de soins et non plus sur l'hébergement, au bénéfice des patients et des équipes.

Les précédents schémas régionaux ont permis de développer la pratique de la chirurgie ambulatoire en Occitanie.

En 2016, 52,4% des séjours de chirurgie étaient réalisés selon le mode ambulatoire. Ainsi, sur 591 992 séjours de chirurgie, 310 137 séjours relevaient de cette modalité de prise en charge.

Le ministère de la Santé a fixé comme objectif de parvenir à 70 % de chirurgie ambulatoire d'ici cinq ans.

– **La chirurgie infantile**, avec la formalisation d'un réseau de chirurgie pédiatrique sur la région :

Sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé, un réseau de chirurgie pédiatrique, association loi 1901, a été mis en place en ex-région Midi-Pyrénées. Ce réseau a pour objectif d'apporter une réponse coordonnée à la prise en charge des enfants justifiant un recours à la chirurgie pédiatrique, tout en veillant à maintenir proximité, qualité et sécurité des soins.

L'Agence Régionale de Santé Occitanie souhaite poursuivre cette initiative au sein de la région Occitanie, en tenant compte de l'expérience acquise par l'association « Réseau de chirurgie pédiatrique », et sur la base du cahier des charges de l'association, mais également, en prenant en compte les particularités de l'organisation et de l'offre de soins en région ex-Languedoc-Roussillon.

L'objectif est, à terme, de formaliser un réseau de chirurgie pédiatrique unique, structuré et gradué.

ACTIVITÉ DE SOINS CHIRURGIE

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

– **Concernant la chirurgie ambulatoire :**

Instruction DGOS/R3 n°2015-296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

– **Pour la chirurgie pédiatrique :**

La seule référence réglementaire est la circulaire du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent, notamment de l'organisation du réseau de chirurgie pédiatrique, ORL et des centres spécialisés ayant une unité de chirurgie pédiatrique individualisée.

– **Rapport d'orientation HAS pour promouvoir le développement de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) juin 2016.**

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

La poursuite du **développement de la chirurgie ambulatoire** est une priorité dans le cadre du PRS.

Une attention particulière sera également portée sur l'organisation de la prise en charge de l'enfant en matière de chirurgie avec **la création du réseau régional de chirurgie pédiatrique**.

ACTIVITÉ DE SOINS CHIRURGIE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Chirurgie ambulatoire : un taux régional inférieur à celui de la France métropolitaine

Taux de chirurgie ambulatoire par région d'implantation des établissements

Région	Année 2016
Ile-de-France	56,2%
Centre-Val de Loire	52,3%
Bourgogne-Franche-Comté	51,5%
Normandie	52,7%
Haut de France	54,9%
Grand Est	51,5%
Pays de la Loire	56,5%
Bretagne	53,4%
Nouvelle Aquitaine	53,8%
Occitanie	52,4%
Auvergne-Rhône-Alpes	53,8%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	56,2%
Corse	55,9%
Guadeloupe	54,7%
Martinique	49,9%
Guyane	34,8%
La Réunion	54,4%
NATIONAL	54,1%

Source scan santé, données Pmsi, année 2016, données "en production"

Un calcul de la part de la chirurgie ambulatoire globale par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de chirurgie.

Taux de chirurgie ambulatoire par département de résidence des patients.

	Taux global de chirurgie ambulatoire (%)	
	2010	2016
Ariège	36,3	47,2
Aude	41,2	52,3
Aveyron	35,2	49,6
Gard	41,6	53,1
Haute-Garonne	42,4	55
Gers	38,3	50,9
Hérault	46,9	55,3
Lot	37,3	48,7
Lozère	36,5	46,4
Hautes-Pyrénées	39,8	47,2
Pyrénées-Orientales	46,5	53,3
Tarn	40,1	48,7
Tarn-et-Garonne	40,8	52,4
Occitanie	42,3	52,8
France métropolitaine	43,3	54,3

Source Pmsi MCO (ATIH), année 2016, données "en consommation"

ACTIVITÉ DE SOINS CHIRURGIE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

De nettes disparités existent entre les départements de la région : le taux varie de 47,2% pour les résidents de l'Ariège et des Hautes - Pyrénées à 55,3% pour ceux de l'Hérault en 2016. (Le taux global de chirurgie ambulatoire est de 52,8 % en Occitanie, inférieur de 1,5 point au taux national, en dépit d'une hausse de 10,5 points entre 2010 et 2016).

Le développement de la chirurgie ambulatoire (CA) est une source d'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, de renforcement et d'amélioration de l'efficacité de l'activité de chirurgie et d'optimisation des ressources humaines et financières.

Il convient de poursuivre le développement de cette modalité de prise en charge dans l'Occitanie.

Chirurgie pédiatrique en ex région Midi-Pyrénées :

Labellisation des établissements de chirurgie pédiatrique :

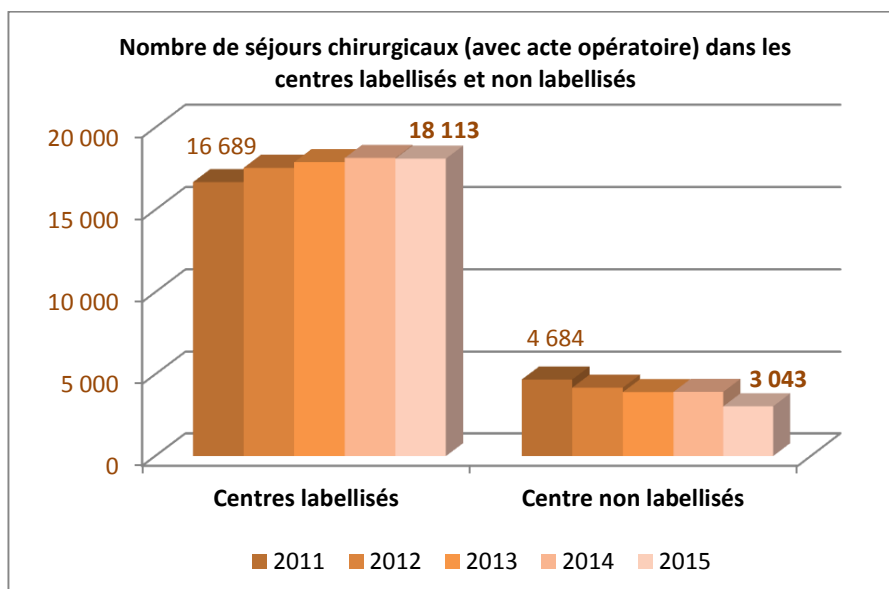
Etablissement	Centre de chirurgie pédiatrique de proximité					Centre de chirurgie pédiatrique spécialisé					Centre de recours régional
	Traumatologie Orthopédie	Viscéral	ORL	Maxillo-faciale	Ophtalmologie	Traumatologie Orthopédie	Viscéral	ORL	Maxillo-faciale	Ophtalmologie	
Ariège											
CHIVA	X	X	X	X							
Aveyron											
CH Villefranche de Rouergue	X	X	X	X	X						
CH de Rodez	X	X	X	X							
Haute-Garonne											
CI St Nicolas			X	X							
CI Sarrus Teinturiers	X			X			X	X			
CI Pasteur		X			X						
CI du Parc	X	X	X								
CHU site Hôpital des enfants											X
CI Ambroise Paré	X	X						X		X	
CI Union	X	X	X	X	X						
CI Médipôle Garonne		X				X		X	X	X	
CI Occitanie	X	X	X		X						
Gers											
CH Auch	X	X									
Lot											
CH Cahors	X	X	X	X							
Hautes-Pyrénées											
CH Tarbes - Vic Bigorre	X	X	X	X	X						
CI Ormeau			X	X							
CI Ormeau Pyrénées	X	X			X						
Tarn											
CH Albi	X	X									
CI C. Bernard	X	X	X	X							
CHIC Castres Mazamet	X	X	X	X	X						
CI Sidobre	X	X	X	X	X						
Tarn et Garonne											
CH Montauban	X	X			X						
CI Croix St Michel	X	X	X	X							
CI Cave			X	X	X						
CI Pont de Chaume	X	X		X	X						

ACTIVITÉ DE SOINS CHIRURGIE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

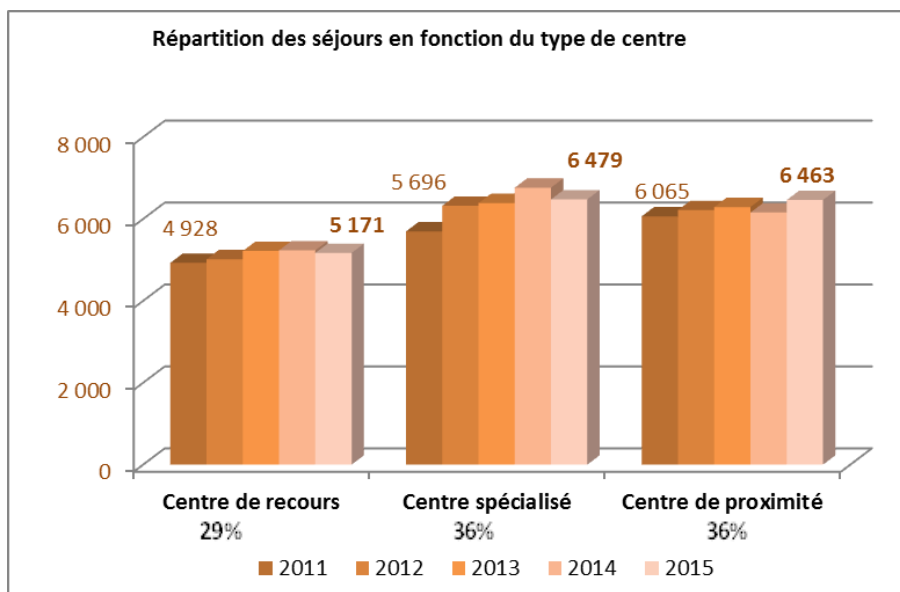
Réseau de chirurgie pédiatrique :

Les premiers éléments issus de l'évaluation du réseau ex-Midi-Pyrénées entre 2011 et 2015 indiquent que cette nouvelle organisation a permis de modifier la coopération entre les établissements :



Evaluation du réseau pour la partie ex-Midi-Pyrénées - Analyse PMSI années 2011 à 2015

Entre 2011 et 2015 : il est constaté une diminution de 1641 séjours (- 35 %) avec acte opératoire dans les centres non labellisés.



Il est noté une constance dans l'hospitalisation des centres de proximité et nette augmentation dans les centres spécialisés.

L'ensemble de ces éléments mettent en évidence les progrès réalisés grâce à la mise en place de ce réseau sur la partie Ouest-Occitanie.

ACTIVITÉ DE SOINS CHIRURGIE

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
09	Hospitalisation complète	2	2	2	-
	Chirurgie ambulatoire	3	2	3	-1/0
11	Hospitalisation complète	4	4	4	-
	Chirurgie ambulatoire	4	4	4	-
12	Hospitalisation complète	5	3	5	-2/0
	Chirurgie ambulatoire	5	4	5	-1/0
30	Hospitalisation complète	7	7	7	-
	Chirurgie ambulatoire	9	9	9	-
31	Hospitalisation complète	17	16	16	-1
	Chirurgie ambulatoire	17	16	16	-1
32	Hospitalisation complète	2	1	2	-1/0
	Chirurgie ambulatoire	2	1	2	-1/0
34	Hospitalisation complète	21	20	21	-1/0
	Chirurgie ambulatoire	21	20	21	-1/0
46	Hospitalisation complète	2	2	2	-
	Chirurgie ambulatoire	3	3	3	-
48	Hospitalisation complète	2	1	2	-1/0
	Chirurgie ambulatoire	2	1	2	-1/0
65	Hospitalisation complète	5	3	5	-2/0
	Chirurgie ambulatoire	5	4	5	-1/0
66	Hospitalisation complète	7	6	7	-1/0
	Chirurgie ambulatoire	7	7	7	-
81	Hospitalisation complète	5	5	5	-
	Chirurgie ambulatoire	6	6	6	-
82	Hospitalisation complète	5	3	5	-2/0
	Chirurgie ambulatoire	5	4	5	-1/0

Les objectifs quantitatifs permettent de couvrir les besoins de santé de la population dans tous les territoires. Ils sont quantifiés par un minimum (borne basse) et un maximum (borne haute).

Ces objectifs prennent en compte des réorganisations en raison de l'évolution de l'activité des structures, des équipes médicales, des normes réglementaires et d'éventuelles transformations, regroupements ou coopérations.

En hospitalisation complète :

- la borne haute prend en compte un maintien de l'offre par une consolidation de l'activité et des équipes en place, notamment par le renforcement des actions de coopérations prévues par le présent schéma, à l'exception du 31 dans lequel un regroupement est prévu
- la borne basse prend en considération l'éventualité de réductions de sites de chirurgie, au regard des évolutions des activités et des équipes médicales.

En chirurgie ambulatoire :

- la borne basse (et haute dans le 31) prend en considération de possibles réductions de sites de chirurgie en hospitalisation complète et par voie de conséquence, de diminution de sites de chirurgie ambulatoire.

ACTIVITÉ DE SOINS CHIRURGIE

Transformations – regroupements - coopérations

Conforter les coopérations existantes pour la chirurgie de proximité :

Les établissements dont le niveau d'activité chirurgicale est modéré (au regard du seuil non réglementaire de 1500 interventions par an) seront encouragés à poursuivre et renforcer les coopérations avec les autres établissements de leur territoire.

Les bénéfices attendus sont notamment qualitatifs par la mutualisation d'équipes. Les coopérations territoriales doivent améliorer la situation des sites de proximité dont les équipes peuvent être épaulées par les professionnels de sites plus importants et maintenir leur technicité en accédant, dans les établissements de recours et de référence, à la réalisation de gestes de technicité supérieure.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Promouvoir le développement de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) en Occitanie

La RAAC est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. À terme, elle devrait être applicable à tous les patients et à toutes les spécialités. Le patient a un rôle actif dans cette approche.

Un programme RAAC s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un chemin clinique pour l'ensemble des 3 phases avant, pendant et après la chirurgie.

La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes. Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluri professionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipes hospitalières et de ville.

Depuis son émergence dans les années 1990, la RAAC connaît une évolution croissante de données de la littérature, le développement au sein d'établissements français et à l'international ainsi que l'intérêt croissant des différents acteurs de santé.



ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR), définie par les décrets du 17 avril 2008, sera amenée dans les cinq années à venir à évoluer de manière substantielle, non seulement du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation corrélative de la prévalence des pathologies chroniques, mais aussi du développement des pratiques ambulatoires, de la structuration des parcours de soins et de l'innovation en santé. De plus, les réorganisations de l'offre de soins permises par les groupements hospitaliers de territoire permettront une meilleure intégration territoriale des activités de SSR des établissements concernés, portée par les projets médicaux et de soins partagés.

Le présent schéma vise plusieurs objectifs pour mieux préciser les réponses à apporter par les structures de SSR :

- Un objectif de répartition territoriale de l'offre : une offre de proximité, qui concerne les structures de SSR polyvalents ; une offre graduée pour les structures de SSR autorisées pour l'exercice des mentions spécialisées réglementaires, dans une logique de recours et d'expertise. Les établissements détenant des compétences humaines et matérielles (plateaux techniques) devront mieux appuyer les autres établissements de recours, dès lors que l'état du patient revêt une complexité particulière, notamment par l'usage des moyens de télémédecine.
- Un objectif d'amélioration de certaines offres en SSR pour les patients hémodialysés, les patients porteurs de pathologies cancéreuses, les patients en situation de handicap, les patients traumatisés crâniens, les enfants et les adolescents.
- Un objectif de décloisonnement de l'offre, visant à fluidifier le passage entre les structures de SSR elles-mêmes ainsi qu'entre les structures de SSR et les structures sanitaires et médico-sociales d'amont et d'aval. A cet effet, le logiciel d'orientation des patients VIATRAJECTOIRE déployé en région, est l'outil de référence.
- Un objectif de désengorgement du secteur de SSR :
 - par l'accompagnement du virage ambulatoire et en favorisant l'émergence de solutions innovantes ;
 - par l'analyse de la pertinence des séjours et le plan d'actions associé ;
 - par la recherche de la fluidité de l'aval des unités de SSR et la facilitation du retour au domicile en lien avec l'offre médico-sociale et l'offre de soins de premier recours.
- Un objectif de promotion d'une ou de plusieurs expériences d'équipes mobiles de rééducation à domicile spécialisée(s) en médecine physique et réadaptation (MPR) dans le but de favoriser les alternatives à l'hospitalisation complète en SSR sur le modèle des expériences ayant fait la preuve de leur efficacité ailleurs en France ou à l'étranger.

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Règlementation :

- Décrets du 17 avril 2008 et circulaire d'application du 31 octobre 2008.
- Décret du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

Orientations nationales :

- favoriser le virage ambulatoire en SSR ;
- mettre en œuvre le nouveau modèle de financement des SSR ;
- élaborer le cahier des charges d'unités spécialisées : états végétatifs chroniques (EVC), unités d'éveil, services de rééducation post-réanimation (SRPR) ;
- améliorer les systèmes d'information des structures de santé au niveau de l'activité de soins de suite et de réadaptation (Stratégie Nationale de Santé)

Déclinaison régionale :

- virage ambulatoire : développer l'hospitalisation à temps partiel et favoriser l'émergence de projets d'équipes mobiles de rééducation-réadaptation ;
- réforme du financement : accompagner les structures SSR selon les directives nationales ;
- organisation de la filière des cérébrolésés.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Pour permettre une meilleure fluidité des filières de prise en charge, les SSR porteurs de mentions spécialisées doivent mieux valoriser leur mission d'expertise et de recours (décrets 17 avril 2008) auprès des acteurs de soins primaires, des SSR polyvalents et des autres SSR spécialisés.

Les structures de recours et d'expertise doivent définir des organisations permettant de coordonner leurs actions et de définir la stratégie de soins la plus adaptée au patient.

Les priorités retenues s'articulent autour de 3 axes :

- **Le développement des outils de coordination pluridisciplinaire avec l'appui du GIP e-santé Occitanie** : notamment mise en place de réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) et utilisation d'outils numériques (télé-expertise) ;
- **L'organisation du recours et de l'expertise pour la filière neuro-orthopédique adultes** :
 - identification et développement des structures de recours proposant des consultations externes, des séances de rééducation et réadaptation complexes et/ou des injections de toxine botulique, afin de mailler le territoire ;
 - identification des structures d'expertise de haut niveau : consultation multidisciplinaire, analyse du mouvement, chirurgie orthopédique fonctionnelle, neurochirurgie fonctionnelle, pompe à baclofène, toxines complexes, blocs moteurs ;
 - développement des consultations multidisciplinaires aux niveaux de recours et d'expertise de haut niveau ;
 - Organisation de deux réunions de concertation pluridisciplinaire annuelles de préférence en télé-expertise.

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

Une réflexion sera également menée sur l'organisation de la filière neuro-orthopédique des enfants et adolescents.

– **L'organisation du recours et de l'expertise de la filière des cérébrolésés :**

- réflexion sur la création d'unités de SRPR supplémentaires ;
- création d'un registre régional pour le suivi épidémiologique des patients en éveil de coma, ou en état végétatif chronique ou pauci-relationnel ;
- définition d'un protocole régional d'évaluation clinique et paraclinique des patients en éveil de coma, ou en état végétatif chronique ou pauci-relationnel et identification des plateaux techniques capables de mettre œuvre des techniques d'exploration spécialisées ;
- organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire de suivi des patients en coma et état végétatif (EVC), état pauci-relationnel (EPR) par télé-médecine.

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Les **points forts** de la région Occitanie sont notamment :

- le déploiement opérationnel du logiciel d’orientation des patients VIATRAJECTOIRE, sur l’ensemble de la région Occitanie dans son volet sanitaire,
- de nombreux projets de restructuration ont été accompagnés par l’ARS et ont abouti ;
- le taux d’équipement en lits et places est globalement satisfaisant (2,1 lits et places pour 1000 habitants en Occitanie pour 1,8 lits et places/1000 habitants en France métropolitaine au 31 décembre 2015), avec cependant des disparités territoriales ;
- le taux de recours régional standardisé à l’hospitalisation à temps complet en SSR en 2015 est supérieur au taux de recours national.

L’un des **points faibles** significatif concerne le **développement de l’hospitalisation à temps partiel**. En effet, le taux de recours régional standardisé à l’hospitalisation à temps partiel en SSR en 2015 est inférieur au taux de recours national.

Les **suites à promouvoir** sont :

- la qualité des prises en charge en SSR au regard des textes réglementaires ;
- l’accompagnement du virage ambulatoire des SSR ;
- l’accompagnement des restructurations et des coopérations, notamment dans le cadre réglementaire des groupements hospitaliers de territoire ;
- les mutualisations de temps médicaux et paramédicaux.

Les **suites à évaluer** :

- la mise en place de la réforme de la tarification de l’activité de SSR modulée à l’activité, depuis le 1^{er} mars 2017 (décret du 6 avril 2017) ;
- les expérimentations de télémédecine, télé-rééducation, équipes mobiles de rééducation.

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles				Evolution (suppressions, créations)	
				bornes basses		bornes hautes			
		HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
09	Non spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	SSR Adultes	5	0	5	2	5	6	-	+2/+6
	SSR Enfants ou adolescents	0	0	0	0	0	0	-	-
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur	1	1	1	1	1	1	-	-
	du système nerveux	1	0	1	0	1	1	-	0/+1
	cardio-vasculaires	0	0	1	1	1	1	+1	+1
	respiratoires								
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	1	0	1	0	+1	-
	onco-hématologiques des brûlés liés aux conduites addictives								
de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	3	0	3	0	3	2	-	0/+2	
11	Non spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	SSR Adultes	13	3	13	3	13	8	-	0/+5
	SSR Enfants ou adolescents	0	0	0	0	0	0	-	-
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur	4	3	4	4	4	4	-	+1
	du système nerveux	2	2	2	2	2	2	-	-
	cardio-vasculaires	1	1	1	1	1	1	-	-
	respiratoires	1	1	1	1	1	1	-	-
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	1	0	1	0	1	1	-	0/+1
	onco-hématologiques des brûlés liés aux conduites addictives								
de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	5	0	5	0	5	2	-	0/+2	

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles				Evolution (suppressions, créations)	
				bornes basses		bornes hautes			
		HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
12	Non spécialisés								
	SSR Adultes	12	0	12	3	12	5	-	+3/+5
	SSR Enfants ou adolescents	0	0	0	0	0	0	-	-
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur	2	1	2	1	2	2	-	0/+1
	du système nerveux	1	1	1	1	1	1	-	-
	cardio-vasculaires	1	1	1	1	1	1	-	-
	respiratoires	1	1	1	1	1	1	-	-
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien								
	onco-hématologiques								
des brûlés									
liées aux conduites addictives									
de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	7	0	7	0	7	2	-	0/+2	
30	Non spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	SSR Adultes ¹⁹	19	8	17	8	19	10	-2/0	0/+2
	SSR Enfants ou adolescents (< à 6 ans)	0	1	0	1	0	1	-	-
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur	5	5	5	5	5	5	-	-
	du système nerveux	3	3	3	3	4	4	0/+1	0/+1
	cardio-vasculaires	2	2	2	2	2	2	-	-
	respiratoires	2	1	2	1	2	1	-	-
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	2	1	2	1	2	1	-	-
	onco-hématologiques	0	0	0	0	1	0	0/+1	-
des brûlés									
liées aux conduites addictives	2	0	2	0	2	0	-	-	
de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	5	1	5	1	8	3	0/+3	0/+2	

¹⁹ Dans le cadre de l'harmonisation des autorisations de psychiatrie à l'échelle de la région, il est convenu de transformer à terme 4 SSR en autorisations de psychiatrie selon la modalité « Centre de postcure psychiatrique » conformément à la réglementation. Historiquement, ces établissements accueillent des usagers atteints de pathologies psychiatriques dont les missions s'apparentent à de la réinsertion et réadaptation. 1 dans le Gard, 2 dans l'Hérault et 1 dans les Pyrénées-Orientales

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles				Evolution (suppressions, créations)	
		HC	HTP	bornes basses		bornes hautes		HC	HTP
31	Non spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	SSR Adultes	29	11	29	17	29	22	-	+6/+11
	SSR Enfants ou adolescents (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	3	3	3	3	3	3	-	-
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur	8	8	8	8	8	9	-	0/+1
	du système nerveux	6	6	6	6	6	7	-	0/+1
	cardio-vasculaires	2	2	2	2	2	2	-	-
	respiratoires	1	1	1	1	1	1	-	-
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	2	2	2	2	2	2	-	-
	onco-hématologiques	0	0	1	0	2	0	+1/+2	-
	des brûlés								
	liées aux conduites addictives	1	0	1	0	1	0	-	-
	de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	10	0	11	1	13	4	+1/+3	+1/+4
	SSR Enfants ou adolescents spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	1	1	1	1	1	-	-
	du système nerveux (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	1	1	1	1	1	-	-
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien (> 6 ans à 18 ans)	1	1	1	1	1	1	-	-

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles				Evolution (suppressions, créations)	
				bornes basses		bornes hautes			
	Non spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
32	SSR Adultes	10	1	10	2	10	4	-	+1/+ 3
	SSR Enfants ou adolescents (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	0	1	1	1	1	-	+1
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur	2	1	2	2	2	2	-	+1
	du système nerveux	1	1	1	1	1	1	-	-
	cardio-vasculaires	0	1	0	1	0	1	-	-
	respiratoires	0	0	0	1	0	1	-	+1
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien								
	onco-hématologiques								
	des brûlés								
	liées aux conduites addictives								
	de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	0	2	0	2	1	-	0/+1
	SSR Enfants ou adolescents spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	1	1	1	1	1	-	-
	du système nerveux (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	1	1	1	1	1	-	-
	des brûlés (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	0	1	0	1	0	-	-

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles				Evolution (suppressions, créations)	
				bornes basses		bornes hautes			
	Non spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
34	SSR Adultes ²⁰	33	16	31	16	34	20	-2/+1	0/+4
	SSR Enfants ou adolescents (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	2	2	2	2	2	2	-	-
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur du système nerveux	10 5	10 4	10 5	10 5	10 5	10 5	- -	- +1
	cardio-vasculaires	2	3	2	3	2	4	-	0/+1
	respiratoires	2	1	2	2	2	2	-	+1
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	1	1	1	1	+1	+1
	onco-hématologiques	1	0	1	0	2	0	0/+1	-
	des brûlés	1	0	1	0	1	0	-	-
	liées aux conduites addictives	1	0	1	0	2	0	0/+1	-
	de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	12	2	13	2	13	6	+1	0/+4
	SSR Enfants ou adolescents spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur du système nerveux								
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien								
	des brûlés	1	1	1	1	1	1	-	-

²⁰ Dans le cadre de l'harmonisation des autorisations de psychiatrie à l'échelle de la région, il est convenu de transformer à terme 4 SSR en autorisations de psychiatrie selon la modalité « Centre de postcure psychiatrique » conformément à la réglementation. Historiquement, ces établissements accueillent des usagers atteints de pathologies psychiatriques dont les missions s'apparentent à de la réinsertion et réadaptation. 1 dans le Gard, 2 dans l'Hérault et 1 dans les Pyrénées-Orientales

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles				Evolution (suppressions, créations)	
				bornes basses		bornes hautes			
		HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
46	Non spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	SSR Adultes	8	2	8	2	8	6	-	0/+4
	SSR Enfants ou adolescents	0	0	0	0	0	0	-	-
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur du système nerveux	1	1	1	2	1	2	-	+1
	cardio-vasculaires	1	0	1	0	1	0	-	-
	respiratoires	0	0	0	0	0	1	-	0/+1
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	1	0	1	0	+1	-
	onco-hématologiques								
	des brûlés								
	liées aux conduites addictives de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	1	0	1	1	1	1	-	+1
	4	0	4	0	4	2	-	0/+2	
48	Non spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	SSR Adultes	8	1	8	1	8	4	-	0/+3
	SSR Enfants ou adolescents (> 6 ans à 18 ans)	1	0	1	0	1	0	-	-
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur du système nerveux	1	1	1	1	1	1	-	-
	cardio-vasculaires	1	0	1	1	1	1	-	+1
	respiratoires	1	0	1	1	1	1	-	+1
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien								
	onco-hématologiques								
	des brûlés								
	liées aux conduites addictives de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	0	2	0	2	0	-	-
	1	0	1	0	1	1	-	0/+1	

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles				Evolution (suppressions, créations)	
				bornes basses		bornes hautes			
				HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
65	Non spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	SSR Adultes	8	2	8	2	8	4	0	0/+2
	SSR Enfants ou adolescents (> 6 ans à 18 ans)	1	0	1	0	1	0	-	-
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur	1	1	1	1	1	1	-	-
	du système nerveux	1	1	1	1	1	1	-	-
	cardio-vasculaires	0	1	0	1	0	1	-	-
	respiratoires	1	0	1	1	1	1	-	+1
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	0	0	1	0	0/+1	-
	onco-hématologiques								
	des brûlés								
	liées aux conduites addictives	1	0	1	0	1	0	-	-
	de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	5	0	5	0	5	2	-	0/+2
	SSR Enfants ou adolescents spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
des systèmes digestif, métabolique et endocrinien (> 6 ans à 18 ans)	1	0	1	0	1	0	-	-	

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles				Evolution (suppressions, créations)	
				bornes basses		bornes hautes			
	Non spécialisés	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
66	SSR Adultes ²¹	18	5	17	5	18	8	-1/0	0/+3
	SSR Enfants ou adolescents (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	4	2	1	2	3	2	-3/-1	-
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
	de l'appareil locomoteur	4	1	4	4	4	4	-	+3
	du système nerveux	4	2	4	4	4	4	-	+2
	cardio-vasculaires	2	3	2	3	2	3	-	-
	respiratoires	3	2	3	3	3	3	-	+1
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	1	0	1	0	1	0	-	-
	onco-hématologiques								
	des brûlés								
	liées aux conduites addictives	1	0	1	0	1	0	-	-
	de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	6	0	6	0	6	3	-	0/+3

Les objectifs quantitatifs permettent de couvrir les besoins de santé de la population dans tous les territoires. Ils sont quantifiés par un minimum (borne basse) et un maximum (borne haute).

Ces objectifs prennent en compte des réorganisations en raison de l'évolution de l'activité des structures, des équipes médicales et d'éventuelles transformations, regroupements ou coopérations.



²¹ Dans le cadre de l'harmonisation des autorisations de psychiatrie à l'échelle de la région, il est convenu de transformer à terme 4 SSR en autorisations de psychiatrie selon la modalité « Centre de postcure psychiatrique » conformément à la réglementation. Historiquement, ces établissements accueillent des usagers atteints de pathologies psychiatriques dont les missions s'apparentent à de la réinsertion et réadaptation. 1 dans le Gard, 2 dans l'Hérault et 1 dans les Pyrénées-Orientales

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles				Evolution (suppressions, créations)	
				bornes basses		bornes hautes			
		HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP	HC	HTP
81	Non spécialisés								
	SSR Adultes	11	6	11	7	12	11	0/+1	+1/+5
	SSR Enfants ou adolescents	0	0	0	0	0	0	0	0
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :								
	de l'appareil locomoteur	3	3	3	3	3	3	-	-
	du système nerveux	2	2	2	2	2	2	-	-
	cardio-vasculaires	0	1	0	0	1	2	0/+1	-1/+1
	respiratoires	0	1	0	1	0	2	-	0/+1
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	1	0	1	0	1	1	-	0/+1
	onco-hématologiques								
	des brûlés								
	liées aux conduites addictives	0	0	0	0	1	1	0/+1	0/+1
de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	6	0	6	0	6	2	-	0/+2	
82	Non spécialisés								
	SSR Adultes	8	1	8	3	8	4	-	+2/+3
	SSR Enfants ou adolescents	0	0	0	0	0	0	-	-
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :								
	de l'appareil locomoteur	1	1	1	1	1	1	-	-
	du système nerveux	1	2	1	2	2	2	0/+1	-
	cardio-vasculaires	1	0	1	0	1	1	-	0/+1
	respiratoires	0	0	0	0	1	1	0/+1	0/+1
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	0	0	1	1	0/+1	0/+1
	onco-hématologiques								
	des brûlés								
	liées aux conduites addictives	1	0	1	0	1	0	0	0
de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	0	2	0	3	1	0/+1	0/+1	

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

Transformations – regroupements – coopérations

Ces objectifs de transformations-regroupements- coopérations sont déclinés par département, comme suit :

ARIÈGE (09) :

- projet de fusion à mener concernant deux établissements publics avec relocalisation de lits sur l'un des sites concernés.

Gard (30) :

- Prise en compte des perspectives de recomposition de l'offre dans le cadre d'un partenariat public privé

HAUTE-GARONNE (31) :

- coopération à mettre en œuvre sur Toulouse dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) concernant l'offre de SSR spécialisés « Affections Cardio-vasculaires » HC et HTP.

HÉRAULT (34) :

- prise en compte des perspectives de transformation éventuelle de l'activité de médecine par la prévision d'une implantation supplémentaire ;
- projet commun dans le cadre d'un GCS sur Lunel visant à mettre en œuvre la mention spécialisée « Personne âgée poly-pathologique dépendante ou à risque de dépendance » ;
- réflexion à mener visant à recentrer une partie de l'offre SSR de Lamalou-les-Bains sur l'Ouest-Hérault.

PYRÉNÉES-ORIENTALES (66) :

- réflexion sur la recomposition de l'offre SSR enfants et adolescents du plateau cerdan ;
- rapprochement d'une partie de l'offre de SSR sur Perpignan pour bénéficier de la proximité du centre hospitalier.

TARN (81) :

- coopération à mettre en œuvre dans le cadre d'un GCS concernant l'offre de SSR polyvalents sur Albi.

Par ailleurs, dans le cadre de l'harmonisation des autorisations de psychiatrie à l'échelle de la région, il est convenu de transformer à terme 4 SSR²² en autorisations de psychiatrie selon la modalité « Centre de postcure psychiatrique » conformément à la réglementation. Ces établissements, dont les missions s'apparentent à de la réinsertion et à de la réadaptation, accueillent depuis plusieurs années, des usagers atteints de pathologies psychiatriques.

Conformément aux orientations du PRS et dans un souci d'harmonisation, ces structures, basées en Occitanie Est auront vocation à développer des activités de psychiatrie fondées sur la réinsertion et la réadaptation psycho-sociale (RRPS).

La RRPS étant considérée comme une priorité en matière de solution d'aval, un cahier des charges régional sera élaboré et appliqué à l'ensemble des structures de post cure de la région Occitanie.

²² 1 dans le Gard, 2 dans l'Hérault et 1 dans les Pyrénées-Orientales

ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

L'équité de l'accès aux soins en SSR repose sur les principes suivants :

- une offre distribuée pour les SSR polyvalents et les SSR mention spécialisée personnes âgées poly-pathologiques : logique territoriale de proximité répondant essentiellement aux besoins des personnes âgées ;
- une offre graduée pour les SSR détenant une ou plusieurs mention(s) spécialisée(s), avec une logique régionale de recours et d'expertise ;
- un décloisonnement de l'offre : fluidité du passage entre les structures de SSR polyvalents et les structures de SSR spécialisés, ainsi qu'entre les structures de SSR et leur amont et aval sanitaire et médico-social, en recherchant la facilitation du retour à domicile ;
- une évaluation médicale des besoins de chaque patient ;
- une étude des profils des patients en situation de "bed-blocking".

Le désengorgement du secteur SSR doit être facilité par :

- le déploiement d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet en SSR : ajout de mentions « hospitalisation à temps partiel » (HTP) selon les besoins des territoires;
- l'analyse de la pertinence des séjours et des admissions : analyse des données Observatoire de Via Trajectoire concernant l'adéquation entre l'Unité SSR demandée et l'Unité SSR d'accueil effective.

La prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance sera confortée par l'ajout de la mention spécialisée correspondante en HTP dans le but d'éviter des hospitalisations iatrogènes et de favoriser le retour et le maintien au domicile. De plus, la projection de l'évolution de la part des personnes âgées de plus de 75 ans en 2022 et un indice de besoin de 3 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus sont à l'origine de nouvelles propositions d'implantations de SSR sur cette même mention spécialisée en hospitalisation complète afin de répondre aux besoins à venir des territoires.

Les prises en charge en SSR onco-hématologiques doivent être améliorées afin de participer à l'amélioration du Parcours Cancer.

Les filières d'amont et d'aval des SSR Enfants/Adolescents doivent être mieux identifiées.

Le recours et l'expertise de la filière des cérébrolésés doivent être organisés :

- articulation des soins dans la filière : soins critiques (urgences, réanimation et soins continus) et neurochirurgie, service de rééducation en post-réanimation (SRPR), unité d'éveil, SSR neurologiques (HC et HTP) ;
- coordination avec la filière d'aval : unités EVC-EPR, USLD, secteur médico-social (MAS, FAM), secteur libéral (en appui des SAMSAH, SAVS) ;
- parcours organisé : suivi spécialisé en médecine physique et de réadaptation (MPR), accès à l'expertise et au recours (bilans MPR dans des services pouvant apporter une expertise de haut niveau), référents Parcours Santé en appui sur le médico-social et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), suivi des aidants et des familles ;
- suivi épidémiologique à partir d'un registre EVC/EPR.

SOINS

NON PROGRAMMÉS

ACTIVITÉ DE SOINS MÉDECINE D'URGENCE 347

PERMANENCE DES SOINS 355

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE D'URGENCE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'organisation de la prise en charge des situations d'urgence se centre sur un enjeu essentiel qui vise à assurer à l'ensemble de la population des territoires de santé un accès à des soins urgents de qualité, réalisés dans des conditions optimales de sécurité. Il s'agit de garantir :

- un accès permanent et rapide aux soins complexes requérant des équipes médico-chirurgicales et des plateaux techniques hautement spécialisés ;
- un accès à des soins non programmés nécessitant les compétences de la médecine de ville tant en continuité qu'en permanence des soins ambulatoires.

Pour porter cette politique, à l'interface de nombreuses composantes du système de soins, des objectifs multiples sont identifiés :

- garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes sur l'ensemble de la région, reposant sur un maillage territorial assuré par les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) tant terrestres qu'hélicoptérées, dont les interventions sont régulées par les Centres 15, s'appuyant également sur la complémentarité des Médecins Correspondants de SAMU (MCS) et les moyens médicaux des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) ;
- garantir un accès aux soins urgents gradués adaptés à l'ensemble de la population en limitant les inégalités territoriales notamment pour les filières spécifiques de la santé mentale, des personnes âgées et personnes handicapées, des personnes en situation de précarité ;
- améliorer le service rendu aux patients en garantissant par le rôle des SAMU, la coordination de l'ensemble des acteurs intervenant dans le secours des personnes, notamment les transporteurs sanitaires, les services d'incendie et de secours, mais aussi les associations agréées de sécurité civile ainsi que l'ensemble des professionnels de santé libéraux ;
- améliorer en partenariat avec les forces de l'ordre et la sécurité civile, sous l'autorité des préfets de département, les Dispositifs Prudentiels et Prévisionnels de Secours indispensables à toutes situations sanitaires exceptionnelles (convergence des plans ORSEC et ORSAN) ;
- améliorer les conditions d'exercice des médecins urgentistes, tout en développant le maintien de leurs compétences, afin de garantir une démographie médicale des urgentistes en adéquation avec les besoins en ressources humaines des services d'urgences implantés sur le territoire (notamment par la mise en place des directives sur le temps de travail aux urgences) ;
- améliorer la traçabilité de l'activité du parcours des urgences pour en organiser l'observation et l'analyse en temps réel, afin d'introduire une dimension prévisionnelle du risque, (situations de tensions hospitalières, disponibilité des lits, analyse médico-économique, SI SAMU, dossier médical embarqué, base de données fiable et exhaustive des Résumés de passage aux urgences (RPU).

En effet, une meilleure connaissance quantitative et qualitative des activités de médecine d'urgence permet d'améliorer les conditions de prise en charge des patients, d'adapter l'offre de soins aux besoins populationnels au quotidien comme lors des situations de tensions hospitalières. L'analyse des données disponibles, au sein d'un Observatoire Régional des Urgences, intégrant une expertise médicale, doit permettre d'évaluer l'organisation des services d'urgence et de fournir les éléments d'aide à la décision pour l'ARS et les professionnels.

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE D'URGENCE

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

La Loi de Modernisation du Système de Santé vise à améliorer l'égalité d'accès aux soins pour l'ensemble de la population tout en développant l'innovation technologique. Dans son axe 2, le système de santé est recentré sur les soins de proximité dispensés par le médecin traitant en collaboration avec l'ensemble des acteurs de la santé de la ville et de l'hôpital dans une médecine de parcours.

Par ailleurs, la survenue des attentats terroristes depuis 2015, traumatisme sociétal majeur, a mis en évidence la nécessité d'adapter l'organisation de notre système de santé à la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle à cinétique rapide, imposant d'adapter la réponse médico-chirurgicale à la prise en charge immédiate de multiples victimes en situation d'urgence absolue sans déséquilibrer l'ensemble du système sanitaire.

A ce titre, l'enjeu stratégique du PRS 2 relatif à la filière urgence consiste à offrir une réponse pertinente du système régional de santé aux demandes légitimes de soins urgents de l'ensemble des patients, qui réponde aux objectifs nationaux -déclinés en région- d'amélioration continue de qualité et de sécurité des soins urgents, en situation sanitaire normale et exceptionnelle.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Nous retrouvons les priorités associées à l'activité de soins de médecine d'urgence dans le thème transversal : « Accessibilité à l'expertise et à la prise en charge pour les urgences vitales ».

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE D'URGENCE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

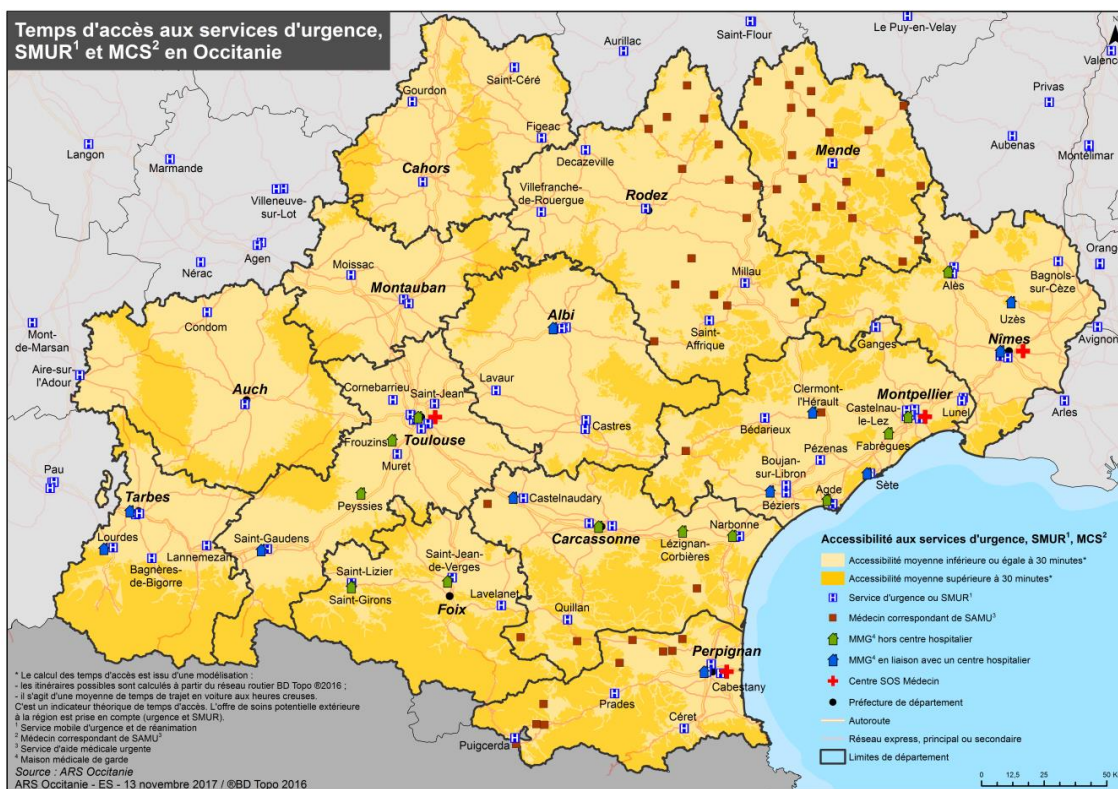
La région Occitanie est particulièrement caractérisée par les zones de montagnes, facteur d'isolement d'une partie des territoires à l'accès aux soins : mais seuls 2,2 % de la population se trouvent à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, d'un SMUR ou d'un dispositif médecins correspondants Samu (MCS) - solution alternative pour la prise en charge du patient dans la filière urgence.

On dénombre en région :

13 SAMU

41 SMUR (dont 8 antennes et 1 exclusivement pédiatrique)

70 Services d'accueil des urgences



D'ores et déjà, des dispositifs sont déployés pour répondre aux besoins spécifiques de prise en charge :

- le déploiement de dispositifs MCS dans 6 départements de la région (11, 12, 30, 34, 48, 66) ;
- la structuration de la prise en charge des urgences psychiatriques (enfants, adultes) sur la Haute-Garonne ;
- une expérimentation relevant de l'art.66 de la Loi de Finance de la Sécurité Sociale de 2012, sur des bases dérogatoires à l'organisation et aux règles de facturations du transport sanitaire privé en Haute-Garonne.

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE D'URGENCE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Cependant, la fragilité de certaines structures ou dispositifs en lien avec les problèmes de démographie médicale, la gestion des tensions hospitalières, la diversité des systèmes d'information des urgences, sont autant de facteurs qui nécessitent d'être pris en compte dans l'organisation à déployer en région.

L'articulation des différents dispositifs existants (lien ville-hôpital) pour fluidifier le parcours global, la coopération entre établissements de santé pour la gestion territoriale des lits d'hospitalisation, la coopération entre SAMU pour réguler l'accès aux soins gradués en moins de 30 minutes, l'évolution des systèmes d'information hospitaliers, la convergence des ORU (observatoire régional des urgences) des deux ex régions vers la constitution d'un ORU Occitanie, l'organisation des transports sanitaires, la politique d'harmonisation de gestion des transports hélicoptérés et l'articulation entre les vecteurs aériens des différents acteurs (sécurité civile et gendarmerie), sont autant de pistes de travail issues du diagnostic réalisé.

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE D'URGENCE

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
09	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	2	2	2	-
	SMUR pédiatriques	0	0	0	-
	SMUR saisonniers	0	0	0	-
	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	0	0	0	-
	Structures d'urgence	3	3	3	-
	Structures d'urgence pédiatrique	0	0	0	-
11	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	2	2	2	-
	SMUR pédiatriques	0	0	0	-
	SMUR saisonniers	0	0	0	-
	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	2	2	2	-
	Structures d'urgence	5	5	5	-
	Structures d'urgence pédiatrique	0	0	0	-
12	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	5	5	5	-
	SMUR pédiatriques	0	0	0	-
	SMUR saisonniers	0	0	0	-
	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	0	0	0	-
	Structures d'urgence	5	5	5	-
	Structures d'urgence pédiatrique	0	0	0	-
30	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	3	3	3	-
	SMUR pédiatriques	0	0	0	-
	SMUR saisonniers	0	0	0	-
	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	0	0	1	0/+1
	Structures d'urgence	5	5	5	-
	Structures d'urgence pédiatrique	1	1	1	-
31	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	2	2	2	-
	SMUR pédiatriques	1	1	1	-
	SMUR saisonniers	0	0	0	-
	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	0	0	0	-
	Structures d'urgence	9	9	9	-
	Structures d'urgence pédiatrique	1	1	1	-

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE D'URGENCE

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
32	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	1	1	2	0/+1
	SMUR pédiatriques	0	0	0	-
	SMUR saisonniers	0	0	0	-
	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	1	0	1	-1/0
	Structures d'urgence	2	1	2	-1/0
34	Structures d'urgence pédiatrique	0	0	0	-
	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	3	3	3	-
	SMUR pédiatriques	0	0	1	0/+1
	SMUR saisonniers	0	0	0	-
	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	3	3	4	0/+1
46	Structures d'urgence	14	14	14	-
	Structures d'urgence pédiatrique	1	1	1	-
	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	4	4	4	-
	SMUR pédiatriques	0	0	0	-
	SMUR saisonniers	0	0	0	-
48	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	0	0	0	-
	Structures d'urgence	4	4	4	-
	Structures d'urgence pédiatrique	0	0	0	-
	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	1	1	1	-
	SMUR pédiatriques	0	0	0	-
65	SMUR saisonniers	0	0	0	-
	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	1	1	1	-
	Structures d'urgence	5	5	5	-
	Structures d'urgence pédiatrique	0	0	0	-
	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	3	3	3	-

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE D'URGENCE

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
66	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	1	1	1	-
	SMUR pédiatriques	0	0	0	-
	SMUR saisonniers	0	0	0	-
	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	1	1	1	-
	Structures d'urgence	5	5	5	-
	Structures d'urgence pédiatrique	1	1	1	-
81	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	3	3	3	-
	SMUR pédiatriques	0	0	0	-
	SMUR saisonniers	0	0	0	-
	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	0	0	0	-
	Structures d'urgence	5	5	5	-
	Structures d'urgence pédiatrique	0	0	0	-
82	SAMU	1	1	1	-
	SMUR	2	2	2	-
	SMUR pédiatriques	0	0	0	-
	SMUR saisonniers	0	0	0	-
	Antennes SMUR (temporaires ou permanentes)	0	0	0	-
	Structures d'urgence	3	3	3	-
	Structures d'urgence pédiatrique	0	0	0	-

Les objectifs quantitatifs permettent de couvrir les besoins de santé de la population dans tous les territoires. Ils sont quantifiés par un minimum (borne basse) et un maximum (borne haute).

La borne basse établie pour la zone du Gers, prend en compte :

- la parution du décret n°2018-427 du 31 mai 2018 relatif à l'organisation des lignes de gardes communes entre structure des urgences et structure mobile d'urgence et de réanimation ;
- les conclusions de l'audit de l'organisation et du fonctionnement des urgences dans le territoire du Gers du 23 avril 2018 confié au Conseil National des urgences Hospitalières et réalisé par le Professeur Pierre CARLI, qui a été porté à la connaissance des acteurs de santé concernés.

Au regard de ces éléments, l'évolution pourrait consister à envisager « 1 SMUR H 24 sur le site de Condom, l'évolution de la structure d'urgence vers un centre de soins non programmés (ou un service d'urgences selon la nouvelle réglementation), un projet médical garantissant une mission de proximité ainsi que des consultations non programmées. De plus, ce projet devrait prévoir la redéfinition des zones d'intervention du SMUR ».

L'objectif est de proposer une réponse aux soins urgents garantissant l'accès en 30 mn, la qualité et la sécurité des prises en charges en tenant compte des plateaux techniques spécialisés, organisée autour d'une structure d'urgence et de deux SMUR fonctionnant H 24.

ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE D'URGENCE

Transformations – regroupements – coopérations

L'évolution annoncée de la réglementation en matière de médecine d'urgence suscitera, le moment venu, une révision du SRS sur cette activité.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Les établissements de la région disposant d'autorisations de médecine d'urgence sont tous confrontés à des problèmes de démographie médicale avec des postes vacants de médecins urgentistes.

Ces difficultés ont été aggravées par la mise en œuvre du référentiel national de gestion du temps de travail dans les structures de médecine d'urgence-SU-SAMU-SMUR.

Pour les résoudre, il faut rendre attractifs les postes de médecins urgentistes dans les établissements de santé et créer les conditions d'un exercice professionnel soutenable par les acteurs de l'urgence.

Cela doit se traduire par une diminution du recours à l'intérim, une stabilisation des équipes et une harmonisation régionale des conditions de travail des médecins urgentistes.

Par ailleurs, certains services connaissent de très fortes activités, même en dehors des périodes de tension. La non adéquation entre les moyens et les besoins rend ces services peu attractifs. Dans d'autres services à faible activité, la mutualisation des lignes de garde à certaines périodes doit être explorée. Une réflexion sera menée dans chaque territoire, au moment de l'évolution de la réglementation sur la médecine d'urgence, les autorisations seront adaptées en conséquence.

La demande de soins non programmés urgents et non urgents augmente et rend nécessaire l'optimisation de l'utilisation des plateaux techniques. L'organisation des soins doit être graduée (consultations de médecine générale, soins urgents hospitaliers, soins urgents complexes en établissements référents et plateaux techniques hautement spécialisés) et le patient doit être correctement orienté (régulation, rôle du médecin traitant). Le respect de cette gradation des recours doit permettre aux médecins urgentistes de se centrer sur leur cœur de métier médical « d'urgence ».

L'ARS expérimentera de nouveaux dispositifs : d'orientation de patients en demande de soins non programmés ; de structures de soins non programmés régulés ; ou de filières courtes en lien avec la médecine générale dans les services d'urgence. Ces expérimentations contribueront à l'objectif d'attribution adaptée des ressources médicales et technologiques et d'amélioration de l'articulation ville-hôpital, en journée (continuité des soins) et aux heures de fermeture des cabinets médicaux (Permanence des soins ambulatoires - PDSA).

PERMANENCE DES SOINS

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

La Permanence Des Soins (PDS) est à différencier de la continuité des soins :

La permanence des soins en établissement de santé (PDS) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h le plus souvent, et jusqu'à 8 h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

Il est à noter que la continuité des soins, définie comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés, est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la permanence des soins pour laquelle l'établissement doit être expressément désigné par le Directeur Général de l'ARS.

L'établissement éligible au titre de la PDS est par ailleurs dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. A l'inverse, la non éligibilité au titre de la PDS n'exonère pas l'établissement d'assurer toute prise en charge ou l'orientation de tout patient qui se présenterait à lui.

Le champ de la PDS :

La PDS s'articule avec les volets MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) et urgences du Schéma Régional de Santé, les besoins en permanence des soins étant liés à la répartition des autorisations d'activités.

La PDS couvre trois types de situations :

- la PDS liée à une obligation réglementaire et découlant d'une autorisation : réanimations, périnatalité, néonatalogie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, unités de soins intensifs, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, plateaux techniques spécialisés ;
- la PDS non réglementaire mais répondant à la continuité d'aval des structures d'urgences (permanences en chirurgie et anesthésie, en gastroentérologie, cardiologie, pneumologie, neurologie...) et à ce titre indispensable ;
- la PDS non réglementaire lié aux activités médico-techniques (biologie, pharmacie, radiologie) nécessaires à la prise en charge des urgences.

L'ambition de ce volet PDS s'articule autour de deux points forts :

– **Améliorer l'accès aux soins :**

L'organisation de la PDS doit être optimisée pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant de garantir un accès permanent aux soins, définie à l'échelle territoriale, au niveau infrarégional ou régional selon les disciplines concernées, en lien avec le réseau des urgences et ce la nuit, le week-end et les jours fériés.

– **Améliorer l'efficacité :**

Il convient d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles (médicales et financières) en évitant les redondances, en privilégiant les coopérations et les mutualisations entre établissements, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif.

PERMANENCE DES SOINS

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Le cadre juridique de la PDS :

1-1 PDS et notion de Service Public Hospitalier (SPH)

La PDS est régie par le décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier.

La notion de service public hospitalier (SPH) est définie dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (Article L6112-3 du Code de la Santé Publique) et précisée par le décret n°2016-1505 du 8 novembre 2016.

Elle garantit à tout patient :

- un accueil adapté ;
- la permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'Agence régionale de santé compétente ;
- l'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;
- l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du 1 de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale ;

Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

1-2 Elaboration du volet PDS dans le cadre du Schéma Régional de Santé :

Aux termes de l'article R. 6111-41 du code de la Santé Publique,

« Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le cadre du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6111-1-3. Ce volet évalue, sur la base du diagnostic défini à l'article R. 1434-2, les besoins de la population et fixe des objectifs, pour les zones définies au a du 2° de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations. Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans, au terme de la procédure prévue à l'article R. 1434-1. »

« Toutefois, il peut être révisé chaque année lorsque l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie. Dans ce cas, par dérogation aux dispositions de l'article R. 1434-1, le volet révisé est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Le délai pour rendre l'avis est de deux mois. A défaut d'avis émis dans ce délai, l'avis est réputé rendu ».

PERMANENCE DES SOINS

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Ce diagnostic a été partagé dans le cadre du groupe régional PDS. Il intègre les remarques et propositions qui se sont dégagées des groupes d'experts médicaux (anesthésie réanimation, obstétrique-pédiatrie, médecine, radiologie, chirurgie) ainsi que des réunions de concertation départementales, en présence des représentants des établissements.

Les groupes experts régionaux ont procédé :

- à la revue des textes réglementaires des activités autorisées ;
- à la réflexion sur le socle de spécialités nécessaires en aval des urgences ;
- à l'harmonisation des lignes en fonction de l'historique des deux ex-régions (qualification des lignes et modalités PDS).

Les réunions de concertations territoriales ont permis de :

- faire le recensement des lignes et vérifier l'opérationnalité des lignes ;
- mesurer la qualité des coopérations, d'évaluer les lignes partagées ou mutualisées.

Ces réunions ont permis de réaliser un état des lieux détaillé.

Pour réaliser l'état des lieux, différents critères ont été pris en compte :

- En premier lieu, l'ensemble des lignes attribuées sur les établissements de la région :

Nombre de lignes de gardes et d'astreintes mises en place au 31 décembre 2017 et nombre d'établissements participant à la PDS

	CHU	CH	ESPIC	Privé commercial	Total
Nombre de lignes de gardes	45,6	55,3	1	32	133,9
Nombre de lignes d'astreintes	117,5	183,85	6,3	161,82	469,47
Total des ES	3	25	2	17	47

- 1 Puis, les données complémentaires suivantes : les caractéristiques du territoire : données géographiques et démographiques, l'offre de soins et le niveau du plateau technique de chaque établissement ;
- 2 les données capacitaires définies règlementairement pour les activités réglementaires faisant l'objet d'une autorisation ou d'une contractualisation (réanimation, soins continus, USIC, UNV...) en lien avec des lignes de PDS ;
- 3 les données relatives aux effectifs médicaux pour chacune des spécialités assurant la PDS au sein des établissements répertoriés ;

PERMANENCE DES SOINS

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

- 4 pour chaque territoire, l'activité des établissements de santé publics et privés autorisés aux soins de médecine d'urgence. L'analyse de l'activité s'appuie à la fois sur les résumés de passage aux urgences (RPU), ainsi que sur les flux de patients :
 - répartition des admissions sur la semaine ;
 - répartition des admissions suivant les différentes tranches horaires ;
 - flux de patients par territoire et établissements aux heures de la PDS.

Ces éléments de diagnostic permettent de proposer une organisation harmonisée et plus performante à l'échelle de l'Occitanie.

PERMANENCE DES SOINS

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

G = Garde
AO = Astreinte opérationnelle
AS = Astreinte de sécurité

Spécialités	9		11		12		30		31		32		34		46		48		65		66		81		82	
	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO
Réanimation adulte	1		2		1		5	1	12,5	5	1		10	1	1		1		1		3		3		2	
Réanimation néonatale							1		1				1						1							
Réanimation pédiatrique									1	1			1													
Cardiologie interventionnelle				1		1		2		6				3					2		2		1		1	
Soins intensifs cardiologiques			2		1		4		4				5					2		2		3		2		
Gynécologie obstétrique		2	1	2		4	1	5	5	5		1	4	5		1		1	1	1	2	1		4		3
Pédiatre néonatalogie		1		1	1		1	3	2	2		1	2	3		1		1	1	1	1		2		1	1
Pédiatre (lien maternité)		1		2		3		1		4				3								1		2		2
Néphro-dialyse								1		2				1								1				
Chirurgie cardiaque								1		4				2								1				
Neurochirurgie								1	1	3			1	2								1				
Neuro-radiologie-interventionnelle										1				1												
« Grands brûlés »										1				1												
« Caisson Hyperbare »																						1				
Neurologie				2		1	1		1	2		1	1	2		1			1	1			2		1	
Cardiologie / affections vasculaires (hors USIC)		1											1			1		1								
Chirurgie orthopédique		1,5		3		2	1	4,3	1	8		1	1	7,8		1,5		1		1		3,8		2		1
Chirurgie viscérale et digestive		1		3		2,5	1	2,6		7,5		1	1	9		1,5		1		1		2,5		2		1
Anesthésie adulte et maternité	1	1	2	3	1	3	3	7	9	15		1,5	5	15		1,5		1	1	1	3	4,3	2	3,5	1	2,5
Chirurgie vasculaire				1		1		1		4		0		2		1				1		1		1		1
Chirurgie urologique				2		1		1		4,5		1		4,99		1		1		1		2		2		1
Ophthalmologie				1		1		1		1,5		1		1,5				1		1		1		1		1
ORL		1		1		1		0,5		2,99		1		2,99		1		1		1		0,99		2		1
Pneumologie		1		1		1		2		5		1		4		1				1		1		2		1
Gastro-entérologie		1		2		1		3		3,5		1		3		1,5		1		1		1		2		1
Anesthésie pédiatrique									1	2			0	2												
Chirurgie thoracique										1				1												
Soins intensifs pneumologiques										1				1												
Soins intensifs gastro-entérologiques										1				1												
Chirurgie maxillo-faciale								0,5		1				1								1				
Chirurgie pédiatrique										3				4												
Maladies infectieuses										1				1												
Radiologie et imagerie médicale		1		3		3	1,5	5		10		1		9,5		1		1		2		4		3		1,5
		AS		AS		AS		AS		AS		AS		AS		AS		AS		AS		AS		AS		AS
Hémo-clinique								1		1				1												
Biologie								1		1				1												

PERMANENCE DES SOINS

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Principes généraux par spécialité :

Spécialités	Orientations régionales
Activités « réglementées »	
Réanimation adulte	Les lignes de PDS sont définies réglementairement
Réanimation néonatale	Les lignes de PDS sont définies réglementairement
Réanimation pédiatrique	Les lignes de PDS sont définies réglementairement
Cardiologie interventionnelle	Les lignes de PDS sont définies réglementairement
Soins intensifs cardiologiques	Les lignes de PDS sont définies réglementairement
Gynécologie obstétrique	La PDS est définie réglementairement (en fonction des seuils d'accouchements (1) et/ou le niveau de la maternité)
Pédiatre néonatalogie	
Pédiatre (lien maternité)	
Néphro-dialyse	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Chirurgie cardiaque	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Neurochirurgie	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Neuro-radiologie-interventionnelle	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
« Grands brûlés »	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
« Caisson Hyperbare »	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Activités en aval des urgences	
Neurologie	PDS sur les sites avec UNV : Astreinte opérationnelle pour tous les sites ; gardes pour les UNV qui ont plus de 1 000 séjours annuels
Cardiologie / affections vasculaires (hors USIC)	Astreinte opérationnelle par département pour les établissements site d'urgence pour les territoires qui n'ont pas d'USIC
Chirurgie orthopédique	Les niveaux de PDS tiennent compte du flux de patients aux horaires PDS
Chirurgie viscérale et digestive	Les niveaux de PDS tiennent compte du flux de patients aux horaires PDS
Anesthésie adulte et maternité	Les lignes de PDS ont été définies selon les principes posés dans le tableau 2 page suivante
Chirurgie vasculaire	Le nombre de lignes PDS devra être mutualisé d'ici 2020 à partir de travaux complémentaires (+1 ligne dans le 34 et -1 ligne dans le 31)
Chirurgie urologique	Le nombre de lignes PDS devra être mutualisé d'ici 2020 à partir de travaux complémentaires (+1 ligne dans le 32, -1 ligne dans le 34 et -1 ligne dans le 31)
Ophthalmologie	Permettre la mise en place d'une ligne PDS par département au minimum
ORL	Astreinte opérationnelle
Pneumologie	Astreinte opérationnelle
Gastro-entérologie	Astreinte opérationnelle
Anesthésie pédiatrique	Activité de recours régional
Chirurgie thoracique	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Soins intensifs pneumologiques	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Soins intensifs gastro-entérologiques	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Chirurgie maxillo-faciale	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Chirurgie pédiatrique	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Maladies infectieuses	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Héмато-clinique	Activité de recours régional – Astreinte de sécurité
Activités médico-techniques	
Radiologie et imagerie médicale	Le nombre de lignes PDS devra être mutualisé d'ici 2020 à partir de travaux complémentaires (de 45 lignes à 35 lignes)
Biologie	Activité de recours régional – Astreinte de sécurité

PERMANENCE DES SOINS

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Modalités d'attribution des lignes PDS sur certaines spécialités :

(1) Gynécologie obstétrique, pédiatre néonatalogie et pédiatrie en lien avec la maternité :

	Gynéco-obstétricien		Pédiatre			
	Réglementation	Mise en œuvre ARS Occitanie	Pédiatre avec compétence en néonatalogie		Pédiatre sans compétence en néonatalogie	
			Réglementation	Mise en œuvre ARS Occitanie	Réglementation	Mise en œuvre ARS Occitanie
Seuil < 1 500 acc.	G ou AO	AO			G ou AO	AO
Seuil ≥ 1 500 acc.	G				G ou AO	
Seuil ≥ 3 500 acc.		Si activité ≥ 3500 accouchements (ou si activité de niveau III) + 1 AO à étudier				
Seuil ≥ 4 500 acc.		Si activité ≥ 4500 +1 G à étudier				
Maternité niveau IIa			G ou AO	AO		
Maternité niveau IIb		G (quel que soit le volume d'accouchements)	G			
Maternité niveau III		Si activité ≥ 3500 accouchements (ou si activité de niveau III) + 1 AO à étudier	G			

AO = Astreintes opérationnelles ; G = Gardes

Les niveaux d'activité pour l'attribution de lignes ont fait l'objet d'une concertation dans le cadre des travaux d'élaboration du PRS.

(2) Anesthésie (spécialités chirurgicales et maternités) :

	Pas de lignes PDS dans les spécialités chirurgicales	Lignes PDS identifiées dans les spécialités chirurgicales		
		Pas de maternité	Maternité inf. 2 000 accouchements / an	Maternité sup. 2 000 accouchements / an
Pas d'urgences	0	0,5 AO	1 AO	1 G
Urgences inf. 30 000 passages annuels	0	1 AO	1 AO	1G + 1AO
Urgences sup. 30 000 passages annuels		1 G	1 G	Situation des 3 CHU Volume G + AO défini en fonction des situations

AO = Astreintes opérationnelles

G = Gardes

PERMANENCE DES SOINS

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Suivi et évolution du cahier des charges de la PDS :

– Financement :

Un financement spécifique est attribué à chaque établissement éligible au titre de la PDS. Il fait l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et l'établissement. Ce financement est fonction :

- du nombre de lignes de PDS assurées dans chacune des spécialités ;
- de la nature de l'établissement public ou privé, les modalités d'indemnisation étant différenciées ;
- de la modalité organisationnelle effective de la PDS (astreinte opérationnelle, demi-astreinte opérationnelle, garde, astreinte de sécurité, astreinte mutualisée,...), dans le cadre de la recommandation régionale pour la spécialité le cas échéant.

Ce financement émerge sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Les établissements qui ne respecteraient pas leurs engagements en qualité de recours ou qui ne respecteraient pas les modalités d'organisation retenues pour faciliter le fonctionnement de la PDS au niveau du territoire, sont susceptibles de voir leur financement et leur contrat revus par l'ARS.

– Suivi de la PDS :

Un comité régional de suivi de la PDS sera mis en place par l'Agence Régionale de Santé. Ce comité se réunira au minimum une fois par an. Son rôle et ses missions seront arrêtés lors de sa mise en place.

Le comité régional s'appuiera pour mener ses travaux sur des systèmes d'information nécessaires au suivi de cette thématique (activité réalisée par tranche horaire et par spécialité : activité sur site, avis, flux, délais de prise en charge, qualité... ; lignes effectives ; registre des refus et des fonctionnements non conformes,...).

Le volet PDS de l'Occitanie sera dynamique.

Ainsi, afin de prendre en compte les évolutions nécessaires, le schéma PDS pourra faire l'objet d'une révision à tout moment dans les conditions réglementaires prévues.

Les évolutions peuvent concerner :

- toutes les formes de mutualisation de la PDS entre les établissements, dès lors qu'elles répondent aux objectifs du projet régional de santé ; elles constituent en effet une priorité majeure pour l'ARS ;
- les évolutions réglementaires et techniques ;
- les modifications de l'organisation des soins dans un territoire.

La liste des établissements participant à la PDS sera tenue à jour et disponible sur le site de l'ARS (cf. article R.6111-48 du Code de la Santé Publique).



SOINS CRITIQUES

ACTIVITÉ DE SOINS RÉANIMATION	
SOINS INTENSIFS - SURVEILLANCE CONTINUE	364

ACTIVITÉ DE SOINS RÉANIMATION – SOINS INTENSIFS – SURVEILLANCE CONTINUE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Ces dernières années sont marquées par la prise en charge souvent complexe de patients de plus en plus âgés, par le développement de la radiologie interventionnelle à visée thérapeutique, mais également par l'exigence de techniques de soins hautement spécialisées.

L'activité chirurgicale toujours plus pointue sur des patients vulnérables ou fragiles nécessite une coordination forte entre les professionnels pour anticiper les besoins d'admission en réanimation ou à contrario, pour éviter ces admissions.

De même, l'articulation entre actions de prévention et suivi thérapeutique soutenu des patients présentant une pathologie chronique ou à haut risque est un facteur essentiel pour éviter les hospitalisations en soins critiques ; cependant, la désertification médicale de certains territoires complexifie cette articulation.

En effet, si la démographie médicale des anesthésistes-réanimateurs est un sujet d'alerte depuis plusieurs années, elle est devenue une préoccupation structurelle et non plus conjoncturelle pour certains établissements.

Ce constat est susceptible de modifier l'offre de soins de la région Occitanie, et les situations de crise se doivent d'être anticipées. Le suivi des effectifs médicaux et de la pyramide des âges au sein des différentes unités de soins critiques de la région Occitanie, doit être organisé en collaboration avec les directions des établissements de santé, et des solutions innovantes, en lien avec les facultés de médecine et les responsables universitaires sont à élaborer (cartographie dynamique des effectifs médicaux des unités de soins critiques).

Cette fragilité démographique doit être considérée afin de ne pas disperser les compétences médicales spécialisées : la réflexion sur les restructurations possibles doit être poursuivie.

Enfin, l'organisation de filières de soins hautement spécialisées doit être poursuivie et la lisibilité auprès des professionnels et de la population, doit être assurée.

Une attention particulière sera donc portée sur :

- la pérennisation de l'offre de soins critiques existante en adaptant les données capacitaires et en améliorant la fluidité de la filière d'aval ;
- l'attractivité des postes et le maintien des compétences pour garantir la sécurité des soins ;
- la structuration des filières de soins spécialisées pour les pathologies nécessitant un recours à des soins de réanimation de haute technicité en facilitant l'accès direct ;
- la diminution des hospitalisations « évitables » ;
- le repérage des patients « bloqueurs de lits » et la nécessité de faciliter leur prise en charge dans des structures adaptées.

ACTIVITÉ DE SOINS RÉANIMATION – SOINS INTENSIFS – SURVEILLANCE CONTINUE

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Références

Décrets n°2002-465 et n°2002-466 du 5 avril 2002 dont réanimation (CSP art D.6124-27 à 33), soins intensifs (CSP art D.6124-104 à 116), surveillance continue (CSP D.6124-117 à 120).

Décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le décret n°2002-465 du 5 avril 2002.

Circulaire n°DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006 relative à l'application des décrets n°2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique.

Circulaire n°DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les priorités s'articulent autour de deux axes :

- Optimiser la filière des soins critiques
- Développer les stratégies nécessaires au maintien des effectifs médicaux

ACTIVITÉ DE SOINS RÉANIMATION – SOINS INTENSIFS – SURVEILLANCE CONTINUE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Quelques points clés :

- Une offre de soins critiques relativement bien répartie sur la région, chaque territoire disposant d'une ou plusieurs unités de réanimation.
- Une fragilité démographique des effectifs médicaux compétents en soins de réanimation, susceptibles de modifier les implantations.
- Des tensions structurelles dans certaines unités liées à une insuffisance capacitaire et/ou à un défaut de fluidité de la filière d'aval.
- Une organisation des unités de surveillance continue à optimiser, plus particulièrement en l'absence d'unité de réanimation de proximité.
- Une réponse à améliorer pour l'orientation des patients présentant des séquelles lourdes, mais exigeant une charge en soins élevée en dépit d'une pathologie stabilisée.

Démographie des professionnels :

A la lumière des projections réalisées par l'institut national d'études démographiques (l'INED) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère (DREES) à partir des données de l'enquête publiées en 2009 par l'ordre des médecins, le nombre d'anesthésistes-réanimateurs pourrait chuter de 16 à 20 % à l'horizon 2020.

Dès aujourd'hui, si les effectifs stagnent, l'âge moyen des anesthésistes-réanimateurs est désormais de 51 ans (contre 42,5 ans en 1989), un vieillissement qui n'est pas sans conséquence au vu de l'évolution du besoin lié à l'évolution de la population :

- augmentation de la population française de 6 à 7 % d'ici à 2020-2025 ;
- vieillissement de la population française ;
- progrès de la médecine et de la chirurgie offrant de plus en plus de possibilités d'interventions.

D'autres spécialités sont également touchées, notamment les neurologues et cardiologues qui interviennent respectivement dans les unités neuro-vasculaires (UNV) et les unités de soins intensifs de cardiologie (USIC). Ce constat est susceptible de modifier l'offre de soins de la région Occitanie, et les situations de crise se doivent d'être anticipées.

ACTIVITÉ DE SOINS RÉANIMATION – SOINS INTENSIFS – SURVEILLANCE CONTINUE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Les unités de réanimation adultes.

	2016	Réanimation adultes			
	Etablissements	Lits autorisés	Taux occupation	Taux Suppl. Réa / nb journées réalisées	% Suppl. Réa A/ Journées max potentielles
9	CHIVA	8	97 %	83 %	81 %
11	CH Carcassonne	8	83 %	95 %	79 %
	CH Narbonne	8	81 %	96 %	77 %
12	CH Rodez adulte	11	78 %	83 %	65 %
30	CHU Nîmes adultes	26	88 %	95 %	83 %
	HP Les Franciscaines	8	90 %	90 %	80 %
	CH Ales	8	73 %	95 %	70 %
31	CHU Toulouse Purpan	35	93 %	95 %	88 %
	CHU Toulouse Rangueil	58	79 %	100 %	79 %
	CI Pasteur	16	93 %	92 %	86 %
	CI Occitanie	8	100 %	74 %	74 %
	CL Cèdres	12	103 %	96 %	99 %
	Poly Parc	8	74 %	93 %	69 %
	L'Union	8	81 %	92 %	74 %
	Comminges Pyrénées	6	77 %	95 %	73 %
32	CH Auch	8	79 %	89 %	70 %
34	CHU 34 site Saint Eloi	16	83 %	93 %	77 %
	CHU 34 site Gui de Chauliac	16	96 %	99 %	95 %
	CHU 34 site ADV	14	83 %	95 %	78 %
	CHU 34 site Lapeyronie	40	86 %	102 %	87 %
	CI Parc	10	91 %	95 %	86 %
	Millénaire	16	83 %	96 %	80 %
	CHIBT	6	101 %	88 %	88 %
46	CH Cahors	8	92 %	102 %	93 %
48	CH Mende	6	56 %	93 %	52 %
65	CH Bigorre Adultes	12	77 %	92 %	70 %
66	CH Perpignan	24	89 %	88 %	78 %
	Saint Pierre	8	86 %	96 %	82 %
81	CH Albi	8	82 %	93 %	76 %
	Claude Bernard	8	86 %	99 %	85 %
	CH Castres-Mazamet	8	76 %	83 %	63 %
82	CH Montauban	10	70 %	98 %	69 %
	Pont de chaumes	8	82 %	97 %	79 %

Le maillage territorial des unités de réanimation est en accord avec les implantations ciblées dans le volet « Soins critiques » du SROS 2012-2017. La capacité totale en lits de réanimation sur la région Occitanie est de 473 lits, soit 8,2 lits/100 000 habitants.

A l'exception de 3 établissements disposant d'une dérogation (CH Mende, CHI Bassin de Thau, CH Comminges Pyrénées), la capacité règlementaire minimale de 8 lits est respectée.

L'activité reste soutenue comme le montre l'analyse des données PMSI 2016 (taux d'occupation moyen de 85%, taux moyen de journées avec suppléments réa de 95 %, durée moyenne de séjour de 6,6j). Bien que la typologie des patients accueillis dans ces unités soit conforme, on constate que le taux de suppléments réanimation sur le nombre de journées théoriques maximales potentielles est de 80 % en moyenne, témoignant de difficultés de fluidité d'aval qu'il importe de caractériser.

ACTIVITÉ DE SOINS RÉANIMATION – SOINS INTENSIFS – SURVEILLANCE CONTINUE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Les unités de réanimation pédiatrique, réanimation pédiatrique spécialisée et réanimation néonatale

Deux établissements, le CHU de Toulouse et de Montpellier, ont une autorisation de réanimation pédiatrique, activité hautement spécialisée, de recours régional. La mise en œuvre de techniques de suppléance d'organes (assistance circulatoire de type ECMO : Extracorporelle Membrane Oxygénation, épuration extra-rénale,..) s'accompagne d'une charge en soins élevée et nécessite une adaptation des effectifs.

Une nouvelle autorisation de réanimation pédiatrique spécialisée est à envisager.

Par ailleurs, la capacité de l'unité de réanimation pédiatrique du CHU de Montpellier et de l'unité de surveillance continue pédiatrique doit être ajustée pour répondre aux besoins de la partie Sud-Est de la région. L'unité de 4 lits dits « lits épidémiques » de surveillance continue du CHU de Montpellier a été une réponse pertinente en période d'épidémie hivernale ces dernières années.

Aujourd'hui, il convient de pérenniser cette unité à l'année afin de faire face aux décompensations cardio-respiratoires chez des enfants suivis pour pathologies chroniques et dont le nombre est en augmentation.

Quatre autorisations de réanimation néonatale ont été mises en œuvre, complétées par des reconnaissances contractuelles de lits de soins intensifs néonataux sur les départements 12, 34, 65 et répondent aux besoins.

Les reconnaissances contractuelles

– Les unités de surveillance continue :

Existant	09	11	12	30	31	32	34	46	48	65	66	81	82
Soins continus	2	4	5	7	14	1	13	2	1	5	3	6	2
Soins continus pédiatriques				1	2		1						

En région Occitanie, la capacité en lits de surveillance continue adultes est de 676 lits, soit 11,8 lits pour 100 000 habitants. Le taux d'occupation moyen est de 85 % avec un taux de supplément journalier de surveillance continue (SRC) de 80 %. Il existe cependant une disparité importante entre les unités avec un taux d'occupation variant de 31 % à 130 %, et un taux de suppléments SRC de 16 % à 97 %.

35 des 70 établissements disposant d'une reconnaissance contractuelle de lits de surveillance continue ne sont pas autorisés aux soins de réanimation : les atypies en termes de taux d'occupation et de suppléments de réanimation sont notées principalement au sein des unités de surveillance continue de ces établissements.

Quatre établissements disposent d'unités de surveillance continue pédiatrique : l'unité de 4 lits du CHU de Nîmes a été mise en œuvre en 2017.

ACTIVITÉ DE SOINS RÉANIMATION – SOINS INTENSIFS – SURVEILLANCE CONTINUE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

– Les Unités de Soins Intensifs :

	09	11	12	30	31	32	34	46	48	65	66	81	82
USIC	0	2	1	4	4	0	5	0	0	2	2	3	2
USIN/UNV	0	2	1	1	2	1	3	1	0	1	1	3	1
Soins intensifs néphrologiques				1	2		1				1		
Soins intensifs respiratoires	1				1		1						
Soins intensifs hémato adultes				1	1		1						
Soins onco-hémato pédiatriques					1		1						
Soins intensifs digestifs					1		1						
Soins intensifs adultes autres				1	1		1						
Soins intensifs pédiatriques					1		1						
Soins intensifs néonataux			1	1	2		2			1	1		

– Les Unités de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC) et Unités Neuro-Vasculaires (UNV) :

Au nombre de 25, les USIC répondent aux besoins de la région. Le taux d'occupation moyen est de 89 % avec une durée moyenne de séjour (DMS) régionale de 2,8 jours, quelques variations sur la DMS sont observées et feront l'objet d'une analyse plus détaillée. La mise à niveau des modalités de permanence des soins doit être actualisée au regard de l'organisation de certaines unités. L'articulation avec les autorisations de cardiologie interventionnelle type 1, type 2 et type 3 est respectée.

Les UNV constituent un maillage pertinent au sein de la région, avec 17 reconnaissances contractuelles. Les UNV disposent d'un minimum de 4 lits de soins intensifs, la durée moyenne de séjour est de 3,1 jours et le taux d'occupation régional est élevé, 94 %. La typologie des patients admis peut varier en fonction de l'offre de soins interne des établissements, expliquant les variations observées de DMS.

– Les plateaux techniques spécialisés :

	09	11	12	30	31	32	34	46	48	65	66	81	82
Plateaux techniques spécialisés (reconnaissance contractuelle CPOM)													
Traumatisés graves				1	1		1				1		
Traumatismes crânio-cérébraux et médullaires				1	1		1				1		
Chirurgie complexe Main				1	1		2				1		
Plateaux techniques spécialisés autorisés													
Cardiologie interventionnelle		1	1	2	4		3			2	2	3	2
Caisson hyperbare											1		
Grands Brûlés					1		1						

ACTIVITÉ DE SOINS RÉANIMATION – SOINS INTENSIFS – SURVEILLANCE CONTINUE

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles	Evolution (suppressions, créations)
09	Réanimation adulte	1	1	-
11	Réanimation adulte	2	2	-
12	Réanimation adulte	1	1	-
30	Réanimation adulte	3	3	-
	Réanimation néonatale	1	1	-
31	Réanimation adulte	9	9	-
	Réanimation pédiatrique	1	1	-
	Réanimation pédiatrique spécialisée	0	1	+1
	Réanimation néonatale	1	1	-
32	Réanimation adulte	1	1	-
34	Réanimation adulte	8	8	-
	Réanimation pédiatrique	1	1	-
	Réanimation néonatale	1	1	-
46	Réanimation adulte	1	1	-
48	Réanimation adulte	1	1	-
65	Réanimation adulte	1	1	-
66	Réanimation adulte	2	2	-
	Réanimation néonatale	1	1	-
81	Réanimation adulte	3	3	-
82	Réanimation adulte	2	2	-

Transformations – regroupements – coopérations

Si la démographie médicale des anesthésistes-réanimateurs est un sujet d'alerte depuis plusieurs années, elle est devenue une préoccupation désormais structurelle pour un certain nombre d'établissements de santé publics (ES). Non seulement le recours à l'intérim est onéreux, mais la demande des ES est de plus en plus difficile à satisfaire. Impactant les organisations et les relations interprofessionnelles, le recours à l'intérim est source de situation propice à la survenue d'évènements indésirables. Le maintien de la compétence médicale en unité de réanimation est un impératif pour garantir la sécurité des soins. L'insuffisance de médecins qualifiés est à même de modifier l'offre de soins critiques de la région Occitanie.

Il convient d'anticiper les situations de tension et de difficultés démographiques des effectifs médicaux compétents en soins de réanimation en élaborant des stratégies de coopération ou de partenariats et en soutenant toute mesure incitative facilitant le recrutement médical ou l'attractivité des postes (prime d'engagement, convention d'engagement de carrière hospitalière, prime d'exercice territorial,...).

ACTIVITÉ DE SOINS RÉANIMATION – SOINS INTENSIFS – SURVEILLANCE CONTINUE

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Les unités de réanimation répondent aux besoins de soins de haute technicité exigés par des patients présentant une ou plusieurs défaillances viscérales. La rapidité de prise en charge est essentielle et repose sur une reconnaissance précoce des défaillances, mais également sur une organisation performante des transports sanitaires médicalisés. La région Occitanie dispose d'un maillage fin avec au moins une unité de réanimation par département, mais deux éléments impactent cette organisation, la fragilité de la démographie médicale et les tensions structurelles qui compromettent la disponibilité des lits de réanimation (taux d'occupation de 85 %). Les unités de surveillance continue, maillon essentiel de l'aval des unités de réanimation, ne sont pas toujours performantes (taux d'occupation de 33 % à 130 %, supplément journalier de surveillance continue (SRC) de 42 % à 97 %), et certaines d'entre elles connaissent également des épisodes de tension. Enfin, la survie des patients est parfois compliquée de séquelles lourdes exigeant une charge en soins élevée en dépit d'une pathologie stabilisée, les structures d'aval permettant de répondre concrètement à ce besoin sont insuffisantes ou inexistantes.

Les capacités des unités de réanimation existantes peuvent être adaptées tout en veillant à une optimisation de l'organisation des unités de surveillance continue dont les taux d'occupation restent très hétérogènes et la typologie des patients pas toujours adaptée.

La réflexion sur les patients « bloqueurs de lits » doit être engagée aussi bien en unités de réanimation qu'en SSR pour dégager une ou plusieurs solutions pérennes.

Toute demande supplémentaire de reconnaissance contractuelle de lits de surveillance continue fera l'objet d'une évaluation rigoureuse des besoins et des conditions techniques de fonctionnement (avenant au contrat d'objectif et de moyens).

Filière AVC : Certaines UNV connaissent d'ores et déjà une fragilité en termes d'effectif médical. La structuration de la filière de soins AVC doit être poursuivie en articulation avec l'organisation médicale pré hospitalière afin de favoriser l'accès direct des patients au sein des plateaux techniques de neuroradiologie interventionnelle.

ACTIVITÉS ET FILIÈRES SPÉCIALISÉES

ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE....	373
ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR LA PRATIQUE DE L'ÉPURATION EXTRARÉNALE	379
FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	388
SOINS PALLIATIFS	392

ACTIVITÉ DE SOINS ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

La cardiologie interventionnelle concerne tous les domaines de la cardiologie, pathologies coronaires, troubles du rythme, malformations congénitales, insuffisance cardiaque et cardiomyopathies, pathologies valvulaires...

Les interventions sont réalisées par des médecins cardiologues interventionnels sur des plateaux techniques spécifiques qui utilisent des technologies de pointe.

La cardiologie interventionnelle s'est substituée assez largement aux traitements chirurgicaux de référence. 85 % des gestes de revascularisation coronaire et la quasi-totalité des procédures d'ablation pour arythmies sont maintenant faits par voie percutanée.

La cardiologie interventionnelle permet non seulement de réduire les risques liés à une anesthésie générale et à une intervention lourde, de réduire le temps d'hospitalisation et indirectement son coût, mais aussi et surtout de réduire la douleur et les séquelles post-opératoires pour le patient : la récupération est plus rapide, les cicatrices sont moins visibles...

Suite à ce développement rapide, la cardiologie interventionnelle a été classée en 2009 dans la liste des activités soumises à autorisation, au même titre que la chirurgie cardiaque.

En Occitanie, certains départements ne disposent pas de centre de cardiologie interventionnelle. Par ailleurs, certains centres voient leur activité fragilisée par des « fuites » des patients au profit des centres des métropoles urbaines.

L'ambition portée sur le thème de la cardiologie interventionnelle s'inscrit dans les priorités du Cadre d'Orientation Stratégique principalement sur deux engagements :

- améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée ;
- promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements.

ACTIVITÉ DE SOINS ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Depuis 2009, les trois champs d'autorisation des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie sont définis dans les dispositions inscrites au code de la santé publique. Ils sont limités aux activités les plus complexes nécessitant un plateau technique spécialisé.

Les trois types d'actes sont les suivants :

- Type 1 : Les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme ;
- Type 2 : Les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence ;
- Type 3 : Les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.

Des seuils sont fixés pour chacun de ces actes.

La réglementation concernant la cardiologie interventionnelle est la suivante :

- Publication de textes réglementaires datés du 14 avril 2009 :
 - décret relatif aux conditions d'implantation ;
 - décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement ;
 - arrêté fixant le nombre minimal annuel d'actes ;
- Circulaire DHOS du 12 août 2009 ;
- Arrêté du 23 février 2012 fixant les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels sous imagerie médicale.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

L'enjeu de ces activités très spécialisées est d'organiser une accessibilité géographique équitable sur la région avec une exigence de qualité et de sécurité des soins.

Les priorités s'articulent autour de deux axes :

- Développer la pertinence des prises en charge en cardiologie interventionnelle (notamment sur les actes relevant du type 3). Cette démarche est intégrée dans le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiace des Soins (CAQES), dans le thème transversal qualité, sécurité, pertinence du PRS.
Ce contrat sera signé entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé, quelle que soit leur catégorie (MCO, SSR, HAD). Le volet additionnel relatif à la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé vise à accompagner les professionnels de santé dans la démarche d'amélioration de la pratique des soins délivrés par l'établissement de santé signataire. Trois thématiques ont été retenues pour 2018 dont « l'angioplastie coronaire, hors contexte d'urgence ».
- Développer, expérimenter et évaluer la télésurveillance médicale et le télésoin des patients à domicile. Cette priorité s'inscrit dans le cadre du thème transversal du PRS sur la transformation numérique en santé. Il s'agit d'une expérimentation nationale prévue pour 4 ans, elle concernera la prise en charge par télésurveillance des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique (sur le fondement de la loi de la sécurité sociale pour 2018, dans son article 54).

ACTIVITÉ DE SOINS ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de 28 % des décès en France, soit près de 150 000 décès chaque année. Un tiers des décès des femmes et plus du quart des décès des hommes sont dus à une maladie cardiovasculaire. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité en France.

Epidémiologie des maladies cardiovasculaires en Occitanie :

L'Occitanie est une des régions les moins touchées par les maladies cardiovasculaires

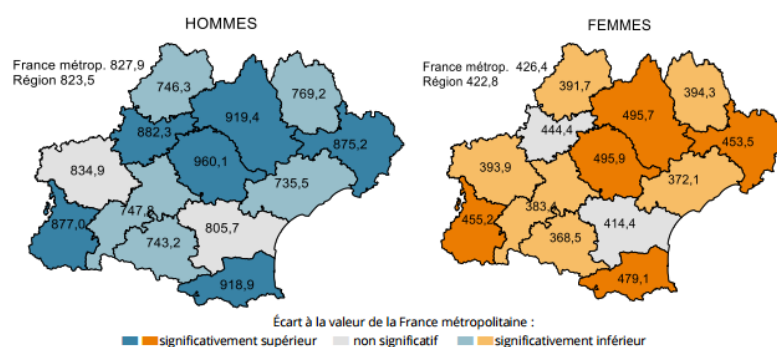
À structure d'âge comparable, la mortalité par maladies cardiovasculaires est significativement plus faible dans la région

qu'en métropole : elle se situe au 4^e rang des régions les moins touchées pour les hommes et au 5^e rang pour les femmes.

À structure d'âge comparable, le **taux standardisé d'incidence des ALD de la région est significativement plus faible que celui**

de la moyenne métropolitaine chez les hommes comme chez les femmes. Toutefois, dans six des treize départements, les taux standardisés d'incidence sont significativement plus élevés qu'en France métropolitaine : dans le Tarn, l'Aveyron, les Pyrénées-Orientales, le Tarn-et-Garonne, les Hautes-Pyrénées et le Gard. Cette sur-incidence des ALD pour maladies cardiovasculaires se retrouve chez les hommes comme chez les femmes dans les mêmes départements (à l'exception du taux d'incidence pour les femmes du Tarn-et-Garonne). À l'inverse, dans les départements de l'Ariège, de la Haute-Garonne, de l'Hérault, du Lot et de la Lozère, l'incidence des ALD pour maladie cardiovasculaire est significativement plus faible qu'en métropole, pour les hommes comme pour les femmes.

Carte 30. Taux standardisés d'incidence* des ALD pour maladies cardiovasculaires (1) dans les départements d'Occitanie en 2011-2013



L'offre de soins :

Elle s'apprécie à un niveau supra-départemental en cardiologie interventionnelle.

Quatre territoires ne disposent pas d'offre en cardiologie interventionnelle : Ariège, Gers, Lot et Lozère (territoires de population inférieurs à 200 000 habitants). Toutefois, les habitants sont pris en charge dans le cadre de l'offre existante en région.

Rythmologie de type 1 : 15 implantations.

Aude – Ouest Hérault : absence d'offre alors que des besoins de proximité sont repérés.

Hautes Pyrénées : deux implantations à Tarbes et absence de coopération.

Tarn : deux implantations, une à Albi et une à Castres.

ACTIVITÉ DE SOINS ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Angioplasties type 3 : 17 implantations.

Hautes - Pyrénées : deux implantations à Tarbes et absence de coopération.

Tarn : une implantation à Albi sans coopération avec le centre hospitalier.

L'Occitanie dispose d'une autorisation pour les actes de type 2.

Cette activité très spécifique est effectuée actuellement sur un seul site (CHU Haute - Garonne).

Concernant l'activité de type 1, certains établissements présentent un niveau d'activité en dessous des seuils réglementaires.

Le niveau de consommation des soins pour les actes d'angioplastie :

Le taux standardisé de recours à l'angioplastie est en Occitanie de 2,61 pour 100 000 habitants pour une moyenne France métropolitaine de 2,36.

Dans le tableau ci-dessous, les départements d'Occitanie sont comparés à un indice standardisé (ICH 100) sur l'âge et le sexe.

Ainsi, il apparaît que des départements sont en « sous-consommation » (ICH inférieur à 100, référence nationale) alors que d'autres sont au-dessus de 100, donc en « surconsommation ».

Résidence du patient	ICH 100* = Base 100
09 - Ariège	105,8
11 - Aude	109,6
12 - Aveyron	94,4
30 - Gard	115,7
31 - Haute-Garonne	126,3
32 - Gers	107,5
34 - Hérault	89,8
46 - Lot	95,5
48 - Lozère	60,1
65 - Hautes-Pyrénées	117,0
66 - Pyrénées-Orientales	132,3
81 - Tarn	107,0
82 - Tarn-et-Garonne	129,2
Occitanie	110,5
France	100

* ICH100: indice de comparaison hospitalière du nombre de séjours base nationale France 100. Données PMSI 2015.

ACTIVITÉ DE SOINS ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
09	Type 1	0	0	0	-
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	0	0	0	-
11	Type 1	0	1	1	+1
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	1	1	1	-
12	Type 1	1	1	1	-
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	1	1	1	-
30	Type 1	2	2	2	-
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	2	2	2	-
31	Type 1	2	2	2	-
	Type 2	1	1	1	-
	Type 3	4	4	4	-
32	Type 1	0	0	0	-
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	0	0	0	-
34	Type 1	3	4	4	+1
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	3	3	3	-
46	Type 1	0	0	0	-
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	0	0	0	-
48	Type 1	0	0	0	-
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	0	0	0	-
65	Type 1	2	1	2	-1/0
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	2	2	2	-
66	Type 1	2	2	2	-
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	2	2	2	-
81	Type 1	2	1	2	-1/0
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	1	1	1	-
82	Type 1	1	1	1	-
	Type 2	0	0	0	-
	Type 3	1	1	1	-

Les objectifs quantitatifs permettent de couvrir les besoins de santé de la population dans tous les territoires. Ils sont quantifiés par un minimum (borne basse) et un maximum (borne haute).

Ils prennent en compte des objectifs non atteints dans les PRS précédents, de nouveaux besoins, des réorganisations en raison de l'évolution de l'activité des structures, des équipes médicales, des normes réglementaires et d'éventuelles transformations, regroupements ou coopérations.

Au regard du diagnostic posé, les bornes basses prennent en compte la possibilité de suppression d'implantations liée au non-respect de seuils réglementaires, notamment dans les zones 65 et 81.

ACTIVITÉ DE SOINS ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

Transformations – regroupements - coopérations

Hautes-Pyrénées / pour le type 1 : les deux établissements (public et privé) doivent coopérer pour permettre le maintien d'une offre de qualité sur le territoire en respectant les seuils d'activité.

Tarn / pour le type 1 : les deux établissements publics qui assurent cette activité doivent coopérer pour permettre le maintien d'une offre de qualité sur le territoire en respectant les seuils d'activité.
Pour le type 3, les établissements publics et privés doivent coopérer.

Tarn-et-Garonne / pour les types 1 et 3 : les deux établissements doivent coopérer dans le cadre d'un GCS afin de maintenir une offre publique et une offre privée en respectant les seuils d'activité.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

- Faciliter l'accès direct au plateau spécialisé de cardiologie interventionnelle pour les syndromes coronariens aigus avec sus décalage du segment ST (signes d'ischémie myocardique à l'électrocardiogramme : classifications ST+).
- Faciliter la prise en charge d'aval des syndromes coronariens aigus.
- Promouvoir les recommandations de bonnes pratiques de la Société Française de Cardiologie (SFC) et de la Société Européenne de Cardiologie (ESC).

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR LA PRATIQUE DE L'ÉPURATION EXTRARÉNALE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

La stratégie nationale de santé propose de développer une approche plus intégrée des modalités de prise en charge des patients atteints de maladie chronique, notamment d'Insuffisance Rénale Chronique, grâce à de nouveaux modes d'organisation centrés sur le parcours.

Il s'agit en effet d'une pathologie grave (taux de décès de 10,6 %) à forts enjeux de santé publique par le nombre des patients, environ 5 millions de personnes atteintes de maladie rénale chronique en France, par le nombre important de dialyses en urgence (plus de 30 %), celles-ci pouvant être évitées, dans certains cas, par une meilleure prise en charge des patients en amont de la suppléance (stades III B et IV).

Une attention particulière sera donc portée sur :

- l'amélioration du diagnostic de la maladie rénale chronique (MRC) et le retardement de son délai d'évolution vers l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) nécessitant l'instauration d'un traitement de suppléance (dialyse et greffe),
- l'harmonisation des pratiques afin d'améliorer l'accès équitable des patients aux différents types de traitement sur l'ensemble du territoire, en tenant compte du nombre et de la répartition des néphrologues,
- pour la dialyse : l'augmentation du pourcentage de patients pris en charge hors centre et plus précisément au domicile,
- la création d'un espace d'échange afin de fédérer les équipes dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi du PRS,
- l'harmonisation de l'offre de soins régionale en dialyse notamment les Unités de dialyse hors centre et plus spécifiquement les Unités d'autodialyse (UAD) en fonction des besoins déterminés sur les territoires.

Par ailleurs, il est établi que **la greffe rénale**, lorsqu'elle est possible, constitue le traitement le plus efficient pour le patient IRC au stade de suppléance en termes de qualité de vie mais aussi de coût. Ainsi parmi les traitements de suppléance possibles, l'accès à la greffe doit être privilégié.

Cependant la part des patients greffés varie selon les régions de 33 % à 53 % avec des temps d'accès à la liste d'attente et **à la greffe très variables**. **L'objectif national est de développer la greffe avec un objectif de plus de 50 % de patients greffés en 2018** (Plan 2017-2021 pour la greffe d'organes et de tissus).

Pour continuer à développer la greffe, il convient :

- d'améliorer l'accès à la liste d'attente de greffe :
 - en améliorant le recensement du nombre de patients éligibles à la greffe et non inscrits en liste d'attente ;
 - en organisant une concertation sur les indications de greffe entre les professionnels de la greffe et de la dialyse (Réunions de concertation pluridisciplinaires RCP greffe) en réduisant les délais du bilan pré-greffe ;
- d'augmenter le nombre de greffes :
 - à partir de donneur vivant, notamment en améliorant l'information du patient sur les différents types de greffes ;
 - à partir de donneurs décédés en augmentant l'activité des différents types de prélèvement possibles sur donneur décédé en lien avec l'Agence de Biomédecine ;
- de généraliser le suivi partagé des patients greffés entre les équipes de transplantation et celles des centres périphériques.

ACTIVITÉ DE SOINS

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE

RÉNALE CHRONIQUE PAR LA PRATIQUE

DE L'ÉPURATION EXTRARÉNALE

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Les orientations nationales s'appuient sur les résultats de l'étude médico-économique de la HAS* : efficacité de la greffe, avec en alternative (si greffe non possible) la dialyse hors centre au démarrage de l'insuffisance rénale chronique et terminale (IRCT). Ces orientations s'inscrivent dans une logique de parcours dans le respect des choix des patients et pour la meilleure autonomie possible de ces derniers, avec trois axes stratégiques à l'horizon de 2020 :

1. Agir sur le parcours en amont de la phase de suppléance : objectif de baisse de la dialyse en urgence évitable de 50 %
2. Développer la greffe : objectif du pourcentage de patients greffés > 50 % des patients prévalents en 2018 (versus 45,7 % en 2013)
3. Améliorer l'efficacité et la qualité des soins en dialyse en privilégiant la dialyse hors centre : objectif d'augmentation du taux de nouveaux patients admis en hors centre à 50 % en 2020 (versus 30 % en 2013)

Dans le cadre de ces orientations, la qualité des soins en dialyse constitue un axe majeur ainsi que l'amélioration de l'efficacité des structures de dialyse.

* *Stratégies efficaces de prise en charge de l'IRCT, HAS, 2012*

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

L'enjeu est de retarder l'évolution de la maladie rénale vers l'insuffisance rénale chronique terminale en améliorant le dépistage et en favorisant l'implication des patients IRC en amont de la suppléance.

Il s'agit de :

- dépister la maladie rénale le plus tôt possible en identifiant les patients à risque de maladie rénale chronique et en dépistant une fois par an la population à risque (diabète, maladies cardiovasculaires etc.) ;
 - prévenir l'aggravation de la maladie rénale par :
 - l'information régulière du patient sur sa maladie et le suivi d'un programme d'éducation thérapeutique. Ce projet structurant est décliné dans le cadre du thème transversal relatif à la prévention et la promotion de la santé ;
 - l'amélioration de la prise en charge du patient par le médecin traitant, en facilitant la coordination ville/hôpital ainsi qu'avec les autres spécialistes pour le suivi des comorbidités ;
 - la détermination des mesures d'accompagnement selon l'évaluation des besoins identifiés ;
 - préparer le patient à la suppléance en l'associant au choix de la modalité de suppléance. Ce projet structurant est décliné dans le cadre du thème transversal droit des usagers ;
- Pour cela, il convient :
- d'harmoniser l'information donnée sur les modalités de traitement de l'IRCT lors de l'annonce de la suppléance ;
 - d'organiser la concertation entre les professionnels de santé sur l'orientation à prévoir (évaluation des possibilités de greffe, de dialyse hors centre) ;
 - de mener des interventions spécifiques : soins de préparation à la suppléance, éducation thérapeutique, soins de support et d'accompagnement (diététique, accompagnement socio-professionnel, psychologique).

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR LA PRATIQUE DE L'ÉPURATION EXTRARÉNALE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

1. Épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique et besoins²³

L'IRC est une pathologie grave (taux de décès de 10,6 %) à forts enjeux de santé publique :

- par le nombre des patients, environ 5 millions de personnes atteintes de maladie rénale chronique en France. Fin 2015, on dénombrait 82 300 patients au stade d'insuffisance rénale chronique terminale traités :
 - par dialyse pour 55,7 % des patients (moyenne d'âge 70,5 ans) dont 6,4 % en dialyse péritonéale
 - par greffe pour 44,3 % des patients (moyenne d'âge 55,7 ans) dont 10,3 % à partir de donneurs vivants. Le nombre de patients en traitement de suppléance augmente de 3,5 % par an.
- par le nombre important de dialyses en urgence (plus de 30%), celles-ci pouvant être évitées, dans certains cas, par une meilleure prise en charge des patients en amont de la suppléance, aux stades III B et IV de l'insuffisance rénale chronique,
- par les liens entre l'activité de greffe et l'activité de prélèvement : en 2015, 3 486 greffes rénales ont été réalisées en France, dont 16 % à partir d'un donneur vivant, dont 14% étaient des greffes préemptives chez des non dialysés. Malgré l'augmentation de l'activité de greffe, le nombre de personnes en attente de greffe continue d'augmenter car le nombre de greffons augmente moins rapidement que le nombre de patients inscrits en liste d'attente. Au 1er janvier 2016, 12 459 personnes restaient en attente d'un greffon.

Les patients greffés ont un taux de mortalité très inférieur à ceux des patients en dialyse ainsi qu'une bien meilleure qualité de vie. L'étude médico-économique publiée par la HAS sur les stratégies efficaces de prises en charge de l'IRCT, parue en octobre 2014²⁴, permet d'identifier des stratégies efficaces lors de l'entrée au stade de suppléance en fonction de l'âge et du statut diabétique. Sont privilégiés l'accès à la greffe dès qu'elle est possible, puis la dialyse en hors centre (versus en centre). Le choix de la modalité dépend de l'état de santé, de l'âge, des choix et des possibilités d'autonomie du patient.

L'IRCT présente également des enjeux en termes d'accès aux soins, avec d'importantes disparités constatées selon les régions en termes de prise en charge en dialyse et en termes d'accès à la greffe, avec des temps d'accès à la liste d'attente et à la greffe très variables.

Enfin, les enjeux médico-économiques liés à l'IRCT sont importants : les dépenses de santé de la prise en charge de l'insuffisance rénale au stade de suppléance, selon les données de l'Assurance maladie, seraient de 3,8 milliards d'euros, dont 3,1 milliards consacrés à la dialyse et 0,7 milliard à la greffe en 2013.

En région Occitanie des différences existent entre les deux ex-régions et entre les départements en termes de traitement de suppléance – dialyse et greffe- et en terme de modalité de dialyse.

²³ Sources : Rapport REIN 2015, Rapport médical et scientifique 2016 de l'Agence de la biomédecine

²⁴ www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1775180/fr/evaluation-medico-economique-des-strategies-de-prise-en-charge-de-linsuffisance-renale-chronique-terminale-en-france

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR LA PRATIQUE DE L'ÉPURATION EXTRARÉNALE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Nombre de patients traités pour IRCT dans les deux ex-régions au 31 décembre 2015

	Hémodialyse	Dialyse péritonéale	Total dialyse	Porteurs de greffon fonctionnel	TOTAL
Ex-Midi-Pyrénées	1728 (49,9%)	74 (2,1%)	1802 (52%)	1660 (48%)	3462
Ex-Languedoc-Roussillon	2012 (53,2%)	134 (3,5%)	2146 (56,7%)	1637 (43,3%)	3783
Total Occitanie	3740 (51,6%)	208 (2,9%)	3948 (54,5%)	3297 (45,5%)	7245

Nombre de patients traités par modalité de dialyse dans les deux ex-régions au 31 décembre 2015

	Hémodialyse						Dialyse Péritonéale	Total Dialyse
	Centre	UDM*	UAD (unité d'autodialyse)	Entraînement	Domicile	TOTAL		
Ex-Midi-Pyrénées	1024	152	535	1	16	1728	74	1802
Ex-Languedoc-Roussillon	1090	496	339	49	172	2012	134	2146

*Plusieurs UDM (unités de dialyse médicalisées) autorisées en ex-MP dans le cadre du SROS précédent n'étaient pas encore fonctionnelles en 2015

Le nombre de nouveaux patients traités par dialyse par an est équivalent dans les deux ex-régions, avec une moyenne d'âge comparable :

Nombre de patients incidents résidents dans les deux ex-régions en 2015

	Nombre de patients ayant démarré un traitement par dialyse en 2015	Ratio H/F	Age moyen
Ex-Midi-Pyrénées	470	1,7	69,5 ans
Ex-Languedoc-Roussillon	456	1,9	69,7 ans
Total Occitanie	926	1,8	69,6 ans

Bien que le nombre de greffes rénales soit en augmentation depuis plusieurs années en ex-Languedoc Roussillon, le nombre de greffes réalisées en ex-Midi Pyrénées y est plus élevé ainsi que le pourcentage de greffes effectuées à partir de donneurs vivants. L'accès à la liste d'attente de greffe diffère également entre les territoires des deux ex-régions.

Nombre de greffes rénales réalisées en 2015 par équipe de greffe

Equipe de greffe	Nombre total de greffes	Dont donneur vivant
Montpellier La Peyronie (adultes)	145	29 (20%)
Montpellier Arnaud de Villeneuve (enfant)	1	0
Toulouse Rangueil (adultes)	200	54 (27%)
Toulouse Purpan (enfant)	3	1
Région Occitanie	349	84 (24%)
France entière	3486	547 (15,7%)

Nombre de patients en attente de greffe au 1^{er} Janvier 2016

	Total inscrits en liste d'attente	Inscrits en liste d'attente en 2015	% de patients en liste d'attente /patients dialysés*
Ex-Languedoc- Roussillon	137 pmh**	72,3 pmh	31 %
Ex-Midi-Pyrénées	171,1 pmh	81,3 pmh	45 %
France entière	187,4 pmh	77,6 pmh	40 %

*Agés de moins de 70 ans ** par million d'habitants

En complément des données épidémiologiques, un outil de prédiction des besoins en fonction du parcours de soins des patients est en cours de réalisation par le registre REIN. Il sera disponible début 2018.

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR LA PRATIQUE DE L'ÉPURATION EXTRARÉNALE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

2. Analyse de l'offre de soins disponible et de l'activité par modalité de dialyse

L'offre de soins de dialyse apparaît globalement suffisante dans la région mais est inégalement répartie selon les territoires, notamment en termes de temps d'accès. En 2015, le PMSI a recensé un total de 553 745 séances de dialyse effectuées en Occitanie, parmi lesquelles 54 % en centre lourd et 46% en hors centre. Ces pourcentages varient cependant beaucoup d'un département à l'autre en fonction de l'offre de soins disponible.

	09	11	12	30	31	32	34	46	48	65	66	81	82
Total séances de dialyse	14 035	38 829	20 483	66 351	123 472	16 741	142 902	12 381	7 141	21 972	37 817	32 267	19 354
CENTRE	52%	60%	40%	57%	66%	29%	50%	51%	0%	48%	40%	68%	84%
UDM	9%	22%	24%	32,6%	6%	5%	23%	0%	100%	4,5%	15%	2%	0%
UAD	39%	16%	34%	10%	24%	62%	15%	48%	0%	47%	45%	26%	16%
Entraînement à domicile	0%	2%	2%	0,4%	4%	4%	12%	1%	0%	0%	0%	4%	0%

Données PMSI 2015

Aujourd'hui une gradation des soins existe dans la majorité des territoires, mais certaines unités de dialyse médicalisée et d'autodialyse déjà autorisées ne sont pas encore fonctionnelles en 2017. La part d'activité hors centre devrait augmenter progressivement avec l'ouverture de ces unités, mais il est nécessaire de renforcer encore l'offre de dialyse hors centre dans certains territoires en favorisant si besoin la mixité UDM/UAD.

L'offre de soins doit tenir compte de la démographie médicale. Avec 162 néphrologues (source DREES) recensés en 2017, soit 2,8 pour 100 000 habitants, la région se situe au-dessus de la moyenne nationale de 2,5. Cependant ces chiffres ne reflètent pas la répartition inégale des néphrologues entre le secteur public et le secteur privé et entre les territoires urbains et ruraux, surtout en ex-Midi Pyrénées où les praticiens hospitaliers du CHU effectuent déjà des consultations avancées dans 7 CHG (centre hospitalier général). Il convient aussi de tenir compte de la pyramide des âges des néphrologues avec de nombreux départs à la retraite dans les 5 ans à venir et la diminution depuis 2017 du nombre de postes d'interne proposés (de 4 à 3 pour chacune des 2 facultés de médecine).

3. Evolutions technologiques et des pratiques

Deux expérimentations sont en cours en Région Occitanie.

→ Le projet ORIS (Occitanie Rein Interopérabilité Système)

Afin de répondre aux besoins :

- de partage d'informations sur la prise en charge des atteints d'insuffisance rénale chronique ;
- d'interopérabilité entre les dossiers de dialyse et les DPI (Dossier Patient Informatisé).

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR LA PRATIQUE DE L'ÉPURATION EXTRARÉNALE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Le projet ORIS s'inscrit dans la continuité des travaux engagés dans le cadre du précédent PRS de l'ex-région Midi-Pyrénées.

Ce projet a pour objectif de déployer auprès des établissements de santé la solution MedWare (de l'éditeur SINED) afin de permettre la mise en place d'une base régionale de partage de données de santé pour les patients atteints d'IRC.

Cette dynamique de déploiement est restreinte à l'Ouest de la région Occitanie (ex-territoire Midi-Pyrénées) dans un premier temps, et sera présentée dès 2019 aux acteurs de l'Occitanie Est.

→ L'amélioration du parcours du patient IRC (sur le territoire ex région Languedoc-Roussillon)

La Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (article 43) autorise la mise en œuvre des expérimentations tendant à améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique : « Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er juillet 2014 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes destinés à améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique et relevant de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale ». L'ex-région Languedoc-Roussillon a été sélectionnée pour participer à ces expérimentations. Dans ce cadre, deux projets ont été retenus pour démarrer fin 2017-début 2018 :

- un projet portant sur le parcours pré-dialyse dans le département du Gard avec deux objectifs opérationnels :
 - un objectif de « prévention » visant à préserver la fonction rénale pour retarder (ou éviter) la survenue de l'entrée dans la suppléance,
 - un objectif de préparation à l'entrée en suppléance visant à améliorer les modalités d'instauration de la suppléance.
- un projet portant sur le parcours des dialysés sur toute l'ex-région LR, avec deux objectifs opérationnels :
 - l'amélioration de l'accès à la liste d'attente de transplantation ;
 - le développement de la dialyse hors centre, et particulièrement à domicile.

D'autre part **la télémédecine** constitue un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins de dialyse et constitue en outre un facteur d'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des soins par l'assurance maladie.

Il est prévu de **promouvoir la télésurveillance médicale des patients insuffisants rénaux chroniques** au cours d'une expérimentation nationale prévue pour 4 ans.

Le cahier des charges associé à cette expérimentation a été publié au JO du 15/12/2017. L'objectif est de fixer une tarification préfiguratrice des actes de télémédecine permettant aux professionnels de santé de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale. Le forfait de télésurveillance médicale comprendra le suivi des données selon le calendrier des recommandations professionnelles, ainsi que le traitement des alertes reçues, un accompagnement thérapeutique et une solution technique et organisationnelle.

L'expérimentation concernera le territoire régional.

ACTIVITÉ DE SOINS

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE

RÉNALE CHRONIQUE PAR LA PRATIQUE

DE L'ÉPURATION EXTRARÉNALE

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles	Evolution (suppressions, créations)
09	Modalité Centre adulte	1	1	-
	Modalité UDM adulte	1	2	+1
	Modalité UAD/UAD assistée	3	3	-
	Modalité Domicile	0	1	+1
11	Modalité Centre adulte	2	2	-
	Modalité UDM adulte	2	2	-
	Modalité UAD/UAD assistée	3	3	-
	Modalité Domicile	1	3	+2
12	Modalité Centre adulte	1	1	-
	Modalité UDM adulte	2	3	+1
	Modalité UAD/UAD assistée	4	6	+2
	Modalité Domicile	1	2	+1
30	Modalité Centre adulte	3	3	-
	Modalité UDM adulte	3	3	-
	Modalité UAD/UAD assistée	3	3	-
	Modalité Domicile	1	3	+2
31	Modalité Centre adulte	3	3	-
	Modalité UDM adulte	6	7	+1
	Modalité UAD/UAD assistée	18	18	-
	Modalité Domicile	2	4	+2
	Modalité d'hémodialyse Pédiatrique	1	1	-
32	Modalité Centre adulte	1	1	-
	Modalité UDM adulte	1	2	+1
	Modalité UAD/UAD assistée	6	7	+1
	Modalité Domicile	0	1	+1
34	Modalité Centre adulte	4	4	-
	Modalité UDM adulte	5	6	+1
	Modalité UAD/UAD assistée	9	9	-
	Modalité Domicile	1	5	+4
	Modalité d'hémodialyse Pédiatrique	1	1	-
46	Modalité Centre adulte	1	1	-
	Modalité UDM assistée	1	2	+1
	Modalité UAD/UAD adulte	5	5	-
	Modalité Domicile	0	1	+1

ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR LA PRATIQUE DE L'ÉPURATION EXTRARÉNALE

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant	Cibles	Evolution (suppressions, créations)
48	Modalité Centre adulte	1	1	-
	Modalité UDM adulte	2	2	-
	Modalité UAD/UAD assistée	2	2	-
	Modalité Domicile	1	1	-
65	Modalité Centre adulte	1	1	-
	Modalité UDM adulte	1	1	-
	Modalité UAD/UAD assistée	5	5	-
	Modalité Domicile	0	1	+1
66	Modalité Centre adulte	2	2	-
	Modalité UDM adulte	1	1	-
	Modalité UAD/UAD assistée	8	7	-1
	Modalité Domicile	1	3	+2
81	Modalité Centre adulte	1	1	-
	Modalité UDM adulte	1	2	+1
	Modalité UAD/UAD assistée	5	5	-
	Modalité Domicile	0	1	+1
82	Modalité Centre adulte	1	1	-
	Modalité UDM adulte	1	1	-
	Modalité UAD/UAD assistée	2	2	-
	Modalité Domicile	0	1	+1

Les objectifs permettent de garantir la réponse aux besoins de santé de la population dans tous les territoires.

Ces objectifs prennent en compte des objectifs non atteints dans les PRS précédents, de nouveaux besoins, des réorganisations en raison de l'évolution de l'activité des structures, des équipes médicales, des normes réglementaires et d'éventuelles transformations, regroupements ou coopérations.

Au regard du diagnostic posé, la cible dans la zone 66 prévoit une suppression d'implantation liée à une constatation de cessation d'activité.



ACTIVITÉ DE SOINS TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR LA PRATIQUE DE L'ÉPURATION EXTRARÉNALE

Transformations – regroupements - coopérations

L'hôpital transfrontalier de Puigcerdá prévoit une modalité de prise en charge de l'IRCT pour les patients du plateau Cerdan avec une collaboration des équipes franco-espagnoles afin d'offrir une prestation de soins unique sur le territoire. Cette restructuration de l'offre est en cours, une convention doit définir les modalités d'organisation entre les équipes.

A également été mis en place **une coordination des soins à travers le suivi partagé des patients greffés** et le suivi des conventions inter-établissements qui est à poursuivre dans le PRS 2018-2022.

Il conviendra de développer la coopération ville/ hôpital dans le parcours de soins en pré-dialyse du patient IRC (prévention, éducation thérapeutique...).

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

- **Développer les unités mixtes UAD/UDM (unité d'autodialyse et unité de dialyse médicalisée) afin de garantir une gradation des soins sur chaque territoire de la région Occitanie :**

Sans accroître le nombre d'implantations, une transformation de l'offre est attendue en développant de nouvelles modalités de traitement au sein même des unités déjà existantes.

Il est attendu une mise en adéquation des moyens matériels et humains nécessaires pour un respect des conditions techniques de fonctionnement relevant des deux modalités.

- **Ouvrir et développer l'offre à domicile en dialyse péritonéale, en hémodialyse à domicile en harmonisant les pratiques sur l'ensemble de la région Occitanie :**

Sur la base de l'article R6123-55 du code de la santé publique portant sur l'autorisation et la mise en œuvre des différentes modalités de dialyse il est nécessaire d'harmoniser les modalités de délivrance des autorisations entre les deux ex régions.

Désormais la possibilité est ouverte pour tout établissement autorisé dans le traitement de la dialyse de déposer un dossier de modalité de traitement à domicile.

- **Renforcer la fluidité en aval en portant une réflexion sur un projet d'identification de SSR néphrologique :**

Un travail sur le recensement des structures de SSR polyvalents étant prêtes à proposer cette prise en charge spécialisée est à mener. Ce travail est à faire en lien avec la filière SSR afin d'étudier la réforme de la tarification ainsi que les conséquences sur la prise en charge néphrologique.



FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

En France, l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est :

- la 1^{ère} cause de handicap acquis de l'adulte ;
- la 2^{ème} cause de démence après la maladie d'Alzheimer ;
- la 3^{ème} cause de mortalité (1^{ère} cause de mortalité chez la femme).

L'AVC est responsable de séquelles qui affectent la qualité de vie des patients. Suite à un AVC, le patient peut garder des séquelles psychomotrices importantes allant jusqu'à une perte d'autonomie. Un patient sur 2 restera handicapé à vie.

L'AVC est un enjeu majeur de santé publique, tant par le nombre de personnes atteintes, en constante augmentation compte tenu du vieillissement de la population, que par ses conséquences médicales, sociales et économiques. La région Occitanie est particulièrement concernée en raison de son fort dynamisme démographique, une augmentation de plus de 20 % de la population est prévue d'ici 2040. Cette augmentation prévisionnelle rend encore plus prégnant le phénomène de vieillissement de sa population puisqu'en 2040, 28 % des habitants devraient être âgés de 65 ans ou plus (contre 20 % en métropole).

En 2015, dans la région Occitanie, plus de 16 000 personnes ont été hospitalisées pour accident vasculaire cérébral (y compris accident ischémique transitoire) (Source : PMSI MCO). Chaque jour, 39 occitans sont victimes d'un AVC/Accident Ischémique Transitoire (AIT), 4 décèdent en phase aigüe et 5 ont entre 40 et 60 ans.

Des traitements efficaces existent. Ils doivent être mis en œuvre le plus rapidement possible dans les 4h30 après le début des symptômes, car leur efficacité est inversement corrélée aux délais de réalisation. Les Unités Neuro-Vasculaires (UNV) sont les structures de prise en charge spécialisées et dédiées aux AVC. Plus la prise en charge est rapide, moins les séquelles sont importantes : un diagnostic précoce et une prise en charge rapide permettent de réduire la mortalité de 30 % et limitent la gravité des lésions.

Les premières heures sont donc cruciales, c'est pourquoi la prise en charge de l'AVC repose sur une organisation graduée et structurée des soins non programmés tant en ambulatoire qu'en établissement. En phase aigüe, l'ensemble des opérateurs de l'urgence sont impliqués et ont un rôle spécifique et déterminant à jouer.

En amont, la prise en charge de l'AVC dépend d'une bonne connaissance par la population et les médecins libéraux des signes de l'AVC et de la notion d'urgence absolue, conditionnée à un appel immédiat au 15.

L'enjeu principal est que la prise en charge des AVC réponde en H24 et 7j/7 à des critères de qualité et de sécurité en tout point de la région et tout au long de la chaîne des intervenants qui relèvent d'une grande multidisciplinarité.

Il nécessite de structurer une organisation des filières de prise en charge de ces personnes en renforçant la coordination ville/hôpital et la promotion de la prise en charge pluri professionnelle de proximité dans une logique de parcours du patient.

En appui à cette structuration, les professionnels de santé et acteurs des filières doivent pouvoir bénéficier de données d'évaluation leur permettant de connaître les filières de prise en charge et d'évaluer leurs pratiques professionnelles. Pour exemple, le nombre de patients bénéficiant d'une thrombolyse ou d'une thrombectomie n'est pas connu pour la région Occitanie. Une des ambitions de cette filière est de rendre accessibles ces données d'activité via un observatoire dédié et partagé avec les professionnels.

FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

En 2010, le ministère de la Santé et des Sports a élaboré un plan national d'actions sur l'AVC sur 4 ans dont l'objectif principal était de «réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées aux AVC», par la mise en œuvre d'une politique de qualité globale de la prise en charge, impliquant l'ensemble des acteurs.

Ce plan, déployé en région par les ARS, a notamment permis d'accroître le nombre d'UNV sur l'ensemble du territoire et ainsi d'augmenter le nombre de patients pris en charge au sein de ces structures. En Occitanie, 12 UNV étaient ouvertes à la publication du premier Projet Régional de Santé fin 2012. En 2017, le maillage est assuré avec 17 UNV sur la région dont 2 UNV régionales performantes et reconnues. Une politique de sensibilisation et de communication sur la connaissance des signes l'AVC et l'appel immédiat au 15 a également été menée auprès du grand public et des professionnels.

Le traitement de l'AVC ischémique à la phase aiguë repose sur la thrombolyse (dissolution du caillot) qui doit être mise en œuvre le plus rapidement possible et dans les 4h30 après le début des symptômes. La thrombectomie mécanique (extraction du caillot) s'est développée ces dernières années. Elle permet d'élargir les modalités de prise en charge et d'améliorer l'efficacité du traitement de l'AVC ischémique. Elle peut être réalisée seule ou en association avec la thrombolyse intra veineuse. L'augmentation du recours à cette technique est un des enjeux de demain pour améliorer la prise en charge de l'AVC en phase aiguë.

Après la phase aiguë de prise en charge de l'AVC, la phase de rééducation et de réadaptation est cruciale car elle vise à limiter les séquelles en gagnant le maximum d'autonomie et à améliorer la qualité de vie. La rééducation est initiée au moment de la prise en charge en UNV, dès que l'état du patient le permet, puis elle est poursuivie au sein de SSR spécialisés, voire si besoin, en ambulatoire ou à domicile.

Ainsi, un des axes du plan national portait sur la mise en place d'une consultation d'évaluation pluri professionnelle post AVC. Son objectif est que toute personne ayant été victime d'un AVC ou d'un accident ischémique transitoire (AIT) ait accès dans les 6 mois - au plus tard dans l'année suivant son accident - à une évaluation pluri-professionnelle dans des lieux identifiés et connus des professionnels. Le déploiement et le financement de ce dispositif sont en cours au sein des établissements de la région.

La déclinaison régionale des objectifs nationaux porte sur :

- la qualité et la sécurité des soins ;
- la lutte contre les inégalités territoriales ;
- l'amélioration du service rendu au patient par une organisation du parcours des soins urgents graduée ;
- l'amélioration de la collaboration entre tous les acteurs du parcours de soins : la ville, l'hôpital, le public, le privé, les établissements référents et les établissements de proximité, le système de santé et la sécurité civile ;
- le développement de l'utilisation d'outils communs communicants innovants notamment concernant la télémédecine et les systèmes d'information dans un objectif d'évaluation de parcours et de gestion de risque.

FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Etant donné le caractère d'urgence de la prise en charge en phase aigüe, les priorités relatives à la filière AVC sont déclinées au sein de la thématique transversale « Accessibilité à l'expertise et à la prise en charge pour les urgences vitales ».

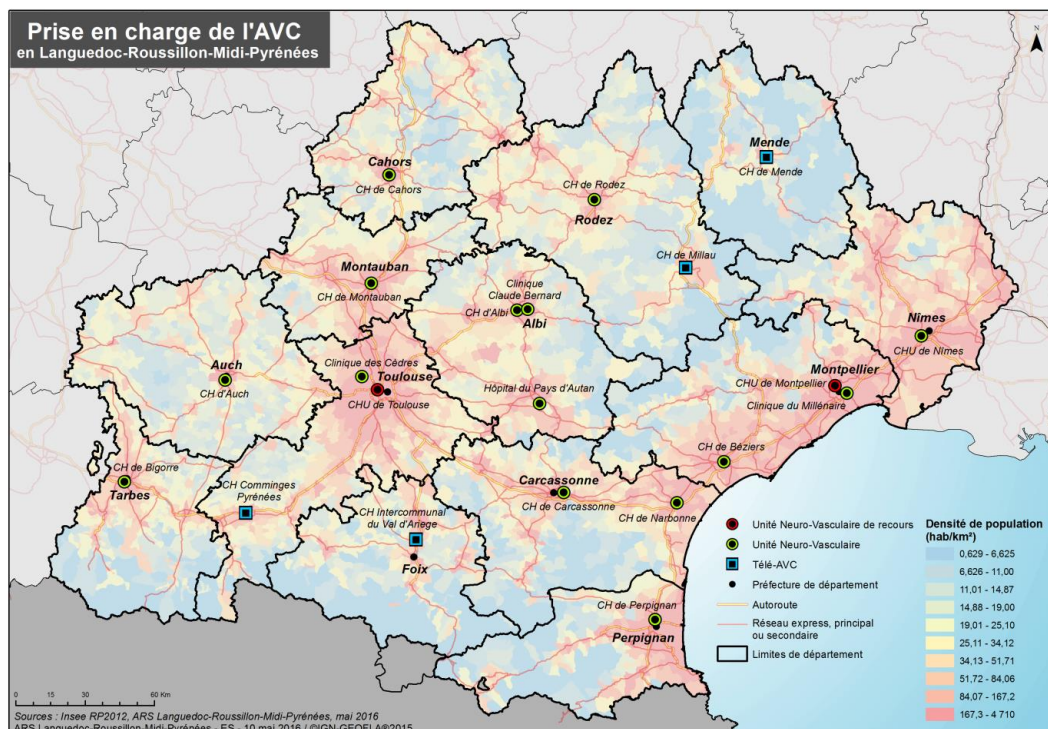
Elles portent sur l'organisation de l'appui aux professionnels en charge de l'AVC dans un objectif d'améliorer l'orientation et la prise en charge en UNV des AVC/AIT et d'augmenter le recours en urgence à l'expertise neurologique et neuradiologique.
D'autre part, la promotion de la bonne prise en charge post AVC fait l'objet de deux projets relatifs à la consultation pluri-professionnelle et au diagnostic de la spasticité.

FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

En 2015, 54 % des AVC (hors AIT) ont été pris en charge au sein d'une UNV. On peut noter des avancées telles que :

- le maillage territorial, assuré avec 17 UNV sur la région dont 2 UNV régionales performantes et reconnues ;
- le déploiement du télé-AVC en faveur des sites « orphelins » (St-Gaudens, CHIVA, Mende, Millau) ;
- le déploiement de la télé expertise entre UNV pour le recours à la thrombectomie ;
- le déploiement de Via-trajectoire pour faciliter l'orientation en SSR ;
- l'amélioration de la rapidité d'accès à l'imagerie en coupe (ouverture de 5 IRM supplémentaires en région) ;
- la structuration des filières sur les territoires grâce aux animateurs (connaissance, partage scientifique).



On note cependant que des travaux restent à mener pour améliorer l'organisation de la filière :

- poursuite de l'organisation de la filière AVC pour le recours à l'expertise régionale (entre UNV territoriale et UNV de recours) ;
- communication sur l'appel au 15 ;
- prévention des facteurs de risque de l'AVC ;
- amélioration de la coordination entre les acteurs de la prise en charge, notamment entre les neurologues et les professionnels des soins de suite afin d'organiser la rééducation des patients précocement pour réduire les séquelles graves ;
- organisation de la prise en charge de l'AVC de l'enfant ;
- éducation thérapeutique des patients.

SOINS PALLIATIFS

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Les soins palliatifs correspondent à des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle.

L'accès aux soins palliatifs et à la démarche palliative constitue un droit pour tout patient le requérant. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Éléments essentiels de la prise en charge, l'organisation des soins palliatifs doit couvrir les besoins sur l'ensemble des territoires.

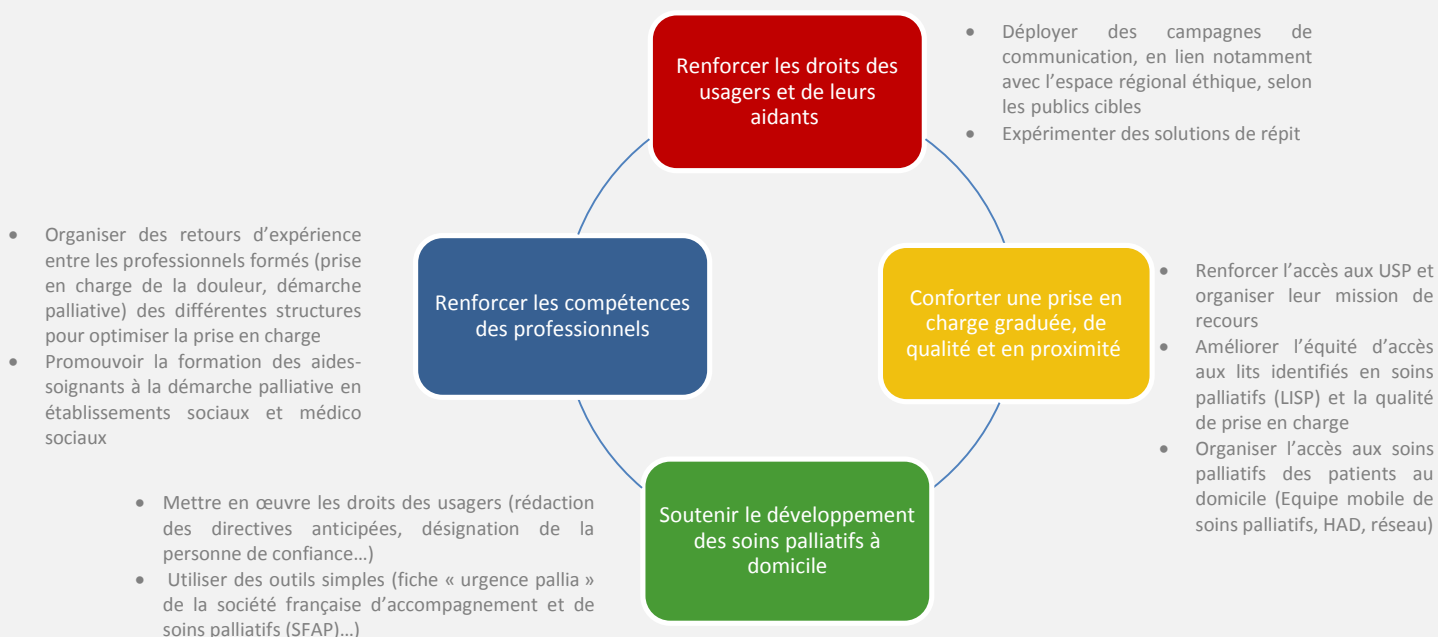
La structuration de la prise en charge en soins palliatifs au sein des groupements hospitaliers de territoire, y compris avec les établissements associés ou partenaires fera l'objet d'une attention particulière, cette structuration se fera en cohérence et en complémentarité avec l'offre des soins de premier recours.

Actuellement en France comme en Occitanie, les décès ont lieu majoritairement en établissement de santé et ce depuis le milieu des années 70. En Occitanie, seule un peu plus d'une personne sur quatre décède à domicile en 2015, près de 14 % décèdent en maison de retraite.

Les séjours longs en unités de soins palliatifs (USP), au-delà de 30 jours (ce qui représentent 12 % des séjours en USP) sont en cours d'étude dans le cadre d'un groupe de travail, afin de les caractériser.

Afin de permettre le décès à domicile ou dans son substitut, des mesures simples peuvent être prises notamment d'anticipation, en améliorant le recours à une expertise en établissement médico-social ou au domicile.

Les enjeux régionaux peuvent être schématisés autour de quatre axes clés :



SOINS PALLIATIFS

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

- **Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 dite loi « Léonetti » relative aux droits des malades et à la fin de vie**
- **Loi n°2016-87 du 2 février 2016 dite loi « Claeys-Léonetti » créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie**

La diffusion progressive de la culture palliative et le renforcement de l'effectivité des droits des personnes malades ont conduit, suite à la première loi Léonetti de 2005, à la loi « Claeys-Léonetti » de 2016.

La formalisation des directives anticipées qui désormais s'imposent au professionnel et le rôle renforcé de la personne de confiance, y compris en établissement médico-social, figurent parmi les avancées. Par ailleurs, face au progrès de la médecine pouvant induire un maintien en vie difficile, si l'euthanasie demeure toujours illégale, la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, encadrée par la loi, constitue l'ultime moyen de soulager la souffrance réfractaire du patient en fin de vie. Cependant sa mise en œuvre s'avère délicate tant dans l'appropriation par les professionnels que dans la compréhension par tout un chacun.

- **Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs et ses annexes**
- **Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie :**

Synthèse du plan :

Face à des inégalités d'accès aux soins qui demeurent, l'investissement sur la connaissance ainsi que l'implication des usagers permettront de réduire ces dernières.

Dans le but d'améliorer l'accompagnement en fin de vie, le Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 priorise 4 axes, déclinés en 14 mesures, mises en œuvre par 40 actions, et pour un effort global de plus de 190 millions d'euros sur 2016-2018.

SOINS PALLIATIFS

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Ces 4 axes sont les suivants :

Axe 1 : Informer le patient, lui permettre d'être au cœur des décisions qui le concernent :

Le droit des patients de par les évolutions législatives en cours sur la fin de vie exige la nécessité pour chacun de conserver la maîtrise des décisions qui les concernent jusqu'au décès. Il convient donc de communiquer auprès du grand public et des professionnels de santé sur le sujet, de favoriser l'autonomie des patients dans les décisions qui les concernent et de renforcer la démocratie sanitaire sur la question des soins palliatifs et de la fin de vie.

Axe 2 : Former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs :

La diffusion de la démarche palliative auprès de tous les professionnels impliqués dans les situations de fin de vie est essentielle. Cela conduit au renforcement des enseignements sur les soins palliatifs pour tous les professionnels, la formation accentuée des professionnels particulièrement concernés par les patients en soins palliatifs, le développement et le soutien de la recherche, et enfin la diffusion de bonnes pratiques.

Axe 3 : Développer les prises en charge en proximité : favoriser les soins palliatifs à domicile y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux :

Suite à un constat du précédent plan de déficit du déploiement des soins palliatifs à domicile, l'axe 3 mobilise le soutien des professionnels et des aidants dans la prise en charge et l'accompagnement en soins palliatifs à domicile, le développement des soins palliatifs en établissements et services sociaux et médico-sociaux, le renforcement des soins palliatifs en hospitalisation à domicile (HAD) et la facilitation des coopérations au bénéfice des parcours des patients.

Axe 4 : Garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous : réduction des inégalités d'accès aux soins palliatifs :

Le plan prévoit une politique ambitieuse de réduction des inégalités d'accès aux soins palliatifs par le biais de la promotion du repérage précoce des besoins en soins palliatifs, la mise en place dans chaque région d'un projet spécifique pour les soins palliatifs et enfin la complétude de l'offre spécialisée en soins palliatifs sur les territoires.

Il découle de ces constats, des besoins supplémentaires en unités de soins palliatifs, en équipes mobiles de soins palliatifs ainsi qu'en lits identifiés en soins palliatifs qui seront autorisées et financées, en particulier dans les zones sous dotées, de manière à ne laisser aucun territoire sans réponse aux besoins exprimés.

Déclinaison régionale :

L'ambition régionale est de poursuivre le développement des soins palliatifs autour de l'accessibilité et la qualité, en s'appuyant sur une démarche d'appropriation par les acteurs.

SOINS PALLIATIFS

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

L'appel à candidature territorialisé sera le cadre de la recombinaison de l'offre soumise à reconnaissance contractuelle.

Les priorités retenues s'articulent autour de 3 axes :

– **Réduire les zones dépourvues d'accès aux soins palliatifs et éviter les prises en charge redondantes, au domicile :**

- L'accès aux soins palliatifs des patients au domicile sera organisé afin de réduire les zones dépourvues d'accès et d'éviter les prises en charge potentiellement redondantes (HAD, réseau, équipe mobile)
- En établissements et services médico-sociaux, substituts de domicile, l'organisation s'appuiera sur l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), des réseaux territoriaux selon le principe de subsidiarité et des structures d'HAD.

– **Renforcer l'accès aux USP et organiser leur mission de recours :**

- L'accès aux USP pour les prises en charge complexes sera renforcé et intégrera une mission de recours assurée par les professionnels des USP au profit des professionnels du premier recours
- Dans certains territoires peu peuplés, le renfort passera par un adossement de LISP à l'USP
- L'orientation des patients relevant d'USP pourra bénéficier aux cas complexes grâce à l'appui des plateformes territoriales d'appui (PTA) au service des professionnels du premier recours.

– **Améliorer l'équité d'accès aux LISP et la qualité de prise en charge :**

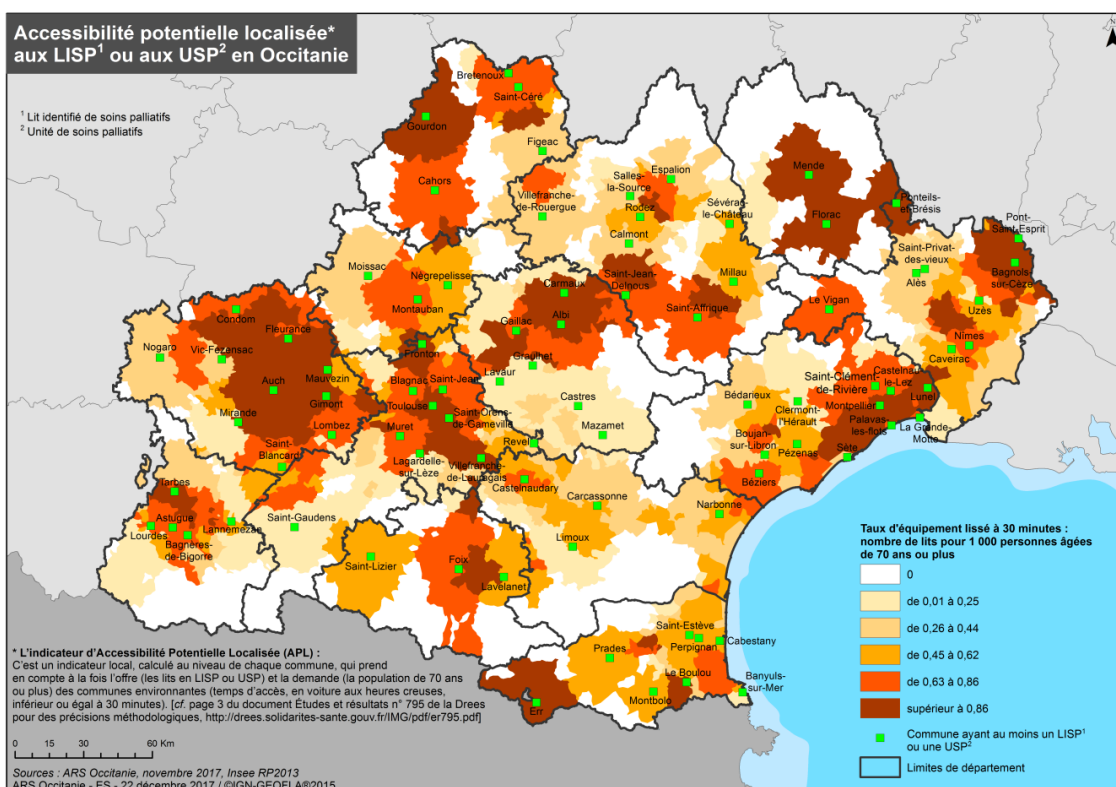
L'accès aux LISP, principal maillage sanitaire, déjà déployé dans une grande partie du territoire régional sera réévalué selon des critères populationnels et de qualité de prise en charge s'appuyant notamment sur des compétences opérationnelles majorées.

SOINS PALLIATIFS

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Les points forts de la région Occitanie sont notamment :

- Une réponse en soins palliatifs présente sur tous les territoires
- Une gradation de l’offre de soins qui se met en place (USP-LISP-EMSP-réseau HAD)



Les points à travailler sont notamment :

- Un maillage incomplet des USP (notamment absence d’USP dans les Pyrénées-Orientales et en Lozère)
- Une prise en charge incomplète dans les ESMS et parfois au domicile

La suite à évaluer :

- Une adéquation des LISP à leur mission.

EXAMENS DE DIAGNOSTIC ET DE SUIVI THÉRAPEUTIQUE

BIOLOGIE MÉDICALE	398
ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS	402
EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES	413

BIOLOGIE MÉDICALE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 modifiée et ratifiée par la loi du 30 mai 2013 relative à la biologie médicale a induit une **réforme importante de la législation dans ce domaine et par conséquent de l'organisation des laboratoires de biologie médicale tant publics que privés**. Elle avait notamment pour ambition d'accroître la fiabilité et la traçabilité des résultats d'examens de biologie médicale. Des exigences d'accréditation ont été imposées aux laboratoires de biologie médicale dans l'intérêt des patients. La médicalisation de cette discipline a été renforcée par cette réforme de même que les conditions de dialogue entre biologiste médical et médecin clinicien. La biologie médicale s'intègre dans une approche transversale et constitue un levier incontournable pour améliorer le parcours de soins.

Le rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale expose à ce titre que « Il n'est plus possible, aujourd'hui, pour le biologiste médical, et a fortiori pour le médecin clinicien, de suivre seul, de façon satisfaisante, l'évolution de toutes les branches de la discipline (biochimie, hématologie, immuno-hématologie, microbiologie, etc.). Les connaissances et les techniques évoluent très rapidement ».

Dans ce même rapport le constat est également fait « qu'il est aujourd'hui nécessaire d'opérer un choix entre une biologie purement analytique, dont le rapport estime qu'elle est plus coûteuse et de moindre efficacité pour les patients, et une biologie pleinement médicale qui s'attache à la **pertinence des examens biologiques pratiqués**, à la fiabilité de l'ensemble des phases de ces examens (pré-analytique, analytique et post-analytique) et à l'efficacité de la discipline (notamment en maîtrisant les volumes de prescription). Ses auteurs exposent par ailleurs que **« une vraie marge de progrès existe sur des prescriptions mal adaptées, sur des doublons, encore trop nombreux »**.

Dans le rapport de juillet 2015 au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 (loi du 13 août 2004), il est estimé que 3,9 millions d'examens pré anesthésiques réalisés en France en 2013 n'étaient pas pertinents.

Les professionnels réunis par l'ARS Occitanie dans le cadre d'un groupe de concertation ont partagé le constat qu'au niveau des établissements de santé publics et privés de la région **des examens de biologie médicale pouvaient être redondants, injustifiés** comme l'indiquent les auteurs du rapport au Président de la République, leur prescription n'étant pas pertinente.

Par ailleurs, l'ARS souhaite porter une réflexion sur **l'amélioration de l'accès des usagers aux examens de biologie médicale**.

En première intention, l'amélioration de cet accès en période de **PDSA** (Permanence des Soins Ambulatoires)²⁵ mérite une attention particulière.

Une réflexion préalable de diagnostic et d'évaluation des besoins débouchera sur un plan d'actions et des propositions organisationnelles d'optimisation. Celles-ci devront concerner à la fois les usagers, les médecins et les services d'urgences.

Au regard de ces différents constats, l'ambition portée par l'ARS vise à **réduire dans les établissements de santé de la région Occitanie la prescription d'examens de biologie médicale redondants, injustifiés, inutiles, sans affecter la qualité et la sécurité des soins, tout en prenant en compte la qualité de vie du patient dans son parcours de soins et la garantie d'un accès aux examens utiles, quel que soit le moment où la demande s'exprime**.

²⁵ **PDSA** : Réponse apportée aux besoins de soins non programmés de la population aux heures de fermeture habituelle des cabinets libéraux et des centres de santé.

L'organisation de la PDSA repose sur une régulation médicale des appels **assurée par des médecins libéraux volontaires**.

Elle est organisée toutes les nuits de 20h à 8h du matin, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. En fonction des besoins de la population, ces horaires peuvent être modulés et notamment être étendus aux samedis à partir de 12h ainsi qu'aux lundis, vendredis et samedis dits "de ponts".

BIOLOGIE MÉDICALE

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Rapport d'information de M. Jean-Marie VANLERENBERGHE, rapporteur général, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales n° 668 (2016-2017) - 20 juillet 2017 : **Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé.**

L'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 modifiée et ratifiée par la loi n°2013-442 du 30 mai 2013 relative à la biologie médicale induit une réforme importante de la législation dans ce domaine et par conséquent de l'organisation des laboratoires de biologie médicale tant publics que privés.

D'autres dispositions sont intervenues depuis pour modifier quelques dispositions du code de la santé publique relatives à la biologie médicale (loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, en particulier).

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les priorités s'articulent autour de deux axes :

- **L'amélioration de la pertinence de la prescription des examens de biologie médicale** dans les établissements de santé publics et privés s'inscrivant **dans le cadre du thème transversal « qualité, sécurité, pertinence »**. Cette démarche est intégrée dans le volet additionnel du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins (CAQES), contrat signé entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé.
- **L'amélioration du recours des médecins aux examens de biologie médicale**, en période de PDSA, visant à répondre tant au besoin des professionnels que des usagers. **Cette priorité répond aux exigences d'organisation des soins primaires.**

L'article R. 1434-31 dispose que : « Les zones du schéma régional de santé définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de **territorialité** mentionnées au b du 2° de l'article L. 1434-9 sont délimitées par le directeur général de l'agence régionale de santé ... »

En Occitanie, ces zones ont été définies par **l'arrêté ARS-OC n° 2017-4311 du 12 janvier 2018** (article 3).

La délimitation retenue pour les zones permet en effet d'apprécier plusieurs dispositions (articles L. 6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5 et L. 6223-4 du code de la santé publique) et de fixer certaines conditions permettant de déroger à ces dispositions.

Par exemple, l'article L. 6222-5 impose que les sites d'un laboratoire soient localisés « soit sur la même zone déterminée en application du b du 2° de l'article L.1434-9, et au maximum sur trois de ces zones limitrophes, sauf dérogation accordée par le directeur général de l'agence régionale de santé dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat et prévue par le schéma régional de santé. »

BIOLOGIE MÉDICALE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Le schéma régional définit les besoins quantitatifs en nombre d'examens de la population de chaque zone. Les besoins sont fixés au plus près de la consommation actuelle par habitant pour les départements en dessous de la moyenne régionale et dans un intervalle de 12 à 20 examens/hab/an pour les autres.

Une évolution possible de ce nombre d'examens par habitant pourrait être liée notamment :

- à l'augmentation de la population et au vieillissement de celle-ci ;
- à l'essor des maladies chroniques nécessitant un suivi biologique ;
- au développement de l'approche théranostique des cancers (médecine personnalisée) favorisant une thérapie personnalisée mieux ciblée (biomarqueurs) sûre et efficace (tests compagnons),
- au renforcement de l'automatisation et miniaturisation des technologies ;
- au développement de la biologie délocalisée ;
- au renforcement de la médicalisation de la biologie médicale ;
- au développement des autotests, des Tests d'orientation de diagnostic rapide (TROD), et des automates d'autotests par les patients (« santé connectée ») qui concurrencent partiellement les examens de biologie ;
- à l'inscription à la nomenclature des actes de biologie des examens innovants.

Département	Activité en nombre d'examens prélevés*	Population **	Nombre d'examens par habitant
9	2 570 333	152 684	16,83
11	6 598 117	364 877	18,08
12	5 410 808	277 740	19,48
30	12 570 942	733 201	17,14
31	27 586 198	1 298 562	21,24
32	2 865 001	190 276	15,06
34	23 876 931	1 092 331	21,86
46	2 942 059	173 758	16,93
48	1 192 833	76 607	15,57
65	5 643 862	228 868	24,66
66	7 723 475	462 705	16,69
81	6 256 912	381 927	16,38
82	3 164 634	250 342	12,64
Total	108 402 105	5 683 878	19,07

*Source : Biomed/déclaration d'activité 2016

**Source: INSEE

BIOLOGIE MÉDICALE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Face aux enjeux liés au vieillissement, à l'essor des maladies chroniques, au développement de la médecine personnalisée, l'amélioration de la pertinence des prescriptions d'examen de biologie médicale permettra de garantir le meilleur diagnostic en évitant le gaspillage des ressources ce qui contribuera à préserver les équilibres économiques dans un contexte de croissance tendancielle des demandes d'examen.

Concernant le recours aux examens, une approche quantitative des recours aux laboratoires de biologie médicale par les praticiens de garde/astreinte pour les patients pris en charge en période de Permanence des soins ambulatoire (PDSA), est indispensable. Elle pourra se traduire par l'identification des actes en B réalisés via les services d'urgences et prescrits par des médecins libéraux notamment les dimanches et jours fériés.

Ces données sont à mettre en perspective avec les indicateurs relatifs aux notions de « passages aux urgences et hospitalisations potentiellement évitables » :

- files actives des urgences et nombre de passages en période de PDSA ;
- nombre de patients hospitalisés en période de PDSA ;
- identification des cotations en CCMU 1 et CCMU2 (patients non hospitalisés ayant eu besoin d'au moins un examen).

Sur un plan plus qualitatif, est apparue la nécessité :

- d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins assurant la PDSA pour faire appel à des plateaux d'examen de biologie médicale publics (centres hospitaliers) ou privés (notamment laboratoire privés en proximité avec des établissements de santé privés) ;
- d'identifier les problèmes rencontrés par les patients (accès et organisation des prélèvements) ;
- d'identifier les problèmes de délais et de qualité de la prise en charge, ainsi que de délais de restitution des résultats.

ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'imagerie médicale est une discipline structurante, à la croisée des mutations en cours de notre système de soins : base indispensable de la démarche diagnostique et de progrès dans l'action thérapeutique.

Cette discipline est concernée par les évolutions techniques, numériques et organisationnelles :

- évolution des techniques médicales : radiologie interventionnelle et développement des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques, émergence de nouveaux médicaments radio-pharmaceutiques, avancées technologiques (nouvelles générations de détecteurs, accès à des caméras dédiées) et thérapeutiques ;
- évolution numérique : échange d'images et télé-lecture, accès à une base de stockage des examens, intelligence artificielle (assistance à la lecture) ;
- évolution technologique : IRM à haut champ, TEP-IRM, scanners analyse spectrale photonique, biopharmaceutiques ;
- évolution organisationnelle : mutualisation et logiques de parcours, GHT, plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMMs) ;
- évolution sociologique : demande croissante de soins, de médicalisation, d'actes techniques et en particulier d'IRM, qui peut « tout voir au plus profond du corps » sans irradier ;
- évolution démographique médicale : baisse du nombre de radiologues généralistes et spécialisés.

Selon les recommandations de l'HAS (2013-2015), l'imagerie médicale se retrouve en première ligne d'un questionnement **éthique** (décision thérapeutique fondée sur une image, question de l'annonce en radiologie, gestion de découvertes fortuites, des incidentalomes (masses d'allure tumorale découvertes de façon fortuite lors d'un examen)...), d'autant plus que certains développements majeurs actuels génèrent des préoccupations éthiques (intelligence artificielle...).

L'annonce qui est une nécessité légale, technique et éthique, pose en pratique le problème du devoir d'informer et du droit d'ignorer. Dans la mesure où l'imagerie devient de plus en plus déterminante dans la prise en charge des patients, la place du radiologue dans l'annonce de la maladie demande donc à être sécurisée.

Le patient qui vient de passer son examen radiologique est souvent en attente d'une éventuelle « sanction » thérapeutique au décours de l'évaluation de sa maladie.

Le dispositif d'annonce respectueux du patient et de son entourage, a pour objectif de permettre à la personne malade de bénéficier des meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien.

Sa mise œuvre est de nature à aider le médecin radiologue lui-même. La question de l'annonce en radiologie peut aussi tout à fait s'intégrer dans le champ du développement professionnel continu et de l'évaluation des pratiques professionnelles, tout en sachant qu'il faut en même temps saisir l'ouverture offerte par la mise en œuvre du Plan Cancer.

ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'ambition de ce PRS comporte 4 points forts :

- **L'organisation et la mutualisation** : Une organisation rénovée, basée sur des plateaux techniques et des personnels mutualisés au sein de PIMMS, de GHT et de GIE. Cette mutualisation sera organisée selon une logique de territoire, de parcours et de filières dans un partenariat public-privé, avec une attention particulière dans les territoires défavorisés peu accessibles à l'imagerie médicale (activité en présentiel et/ou en téléradiologie). Elle devra inclure un système de priorisation des rendez-vous selon l'urgence (plages dédiées à l'imagerie d'urgence en optimisant la gestion des délais d'accès en cas d'urgence).
- **L'organisation et le développement de la radiologie interventionnelle** : La radiologie interventionnelle, spécialité rapidement innovante, offre de nouvelles possibilités thérapeutiques mais aussi des opportunités alternatives à des actes de chirurgie, impliquant des temps de séjours réduits et de moindres morbidités, du fait de leur caractéristiques mini-invasives. Le besoin des prochaines années est l'ouverture et la reconnaissance des centres permettant une prise en charge en urgence (notamment pour la thrombectomie cérébrale dans le cas des AVC et l'embolisation du polytraumatisé), et la prise en charge de gestes programmés au sein d'un maillage structuré pour permettre à toute la population d'y accéder équitablement, en particulier dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de cancer.
- **L'organisation et les technologies innovantes du numérique** : Une participation au Service Numérique Régional d'Imagerie (SNRI) dès lors que celui-ci sera opérationnel, favorisant ainsi le maillage territorial par téléradiologie organisée régionale. La mise en place du SNRI devra proposer des services pour les producteurs et utilisateurs d'images : PACS (archivage ; sauvegarde) ; RIS système d'information radiologique d'échange et de partage (télémédecine, demande d'examens d'imagerie médicale informatisée, coordination de parcours, accès à une banque d'examens, de diffusion de compte-rendu d'examens aux patients et aux professionnels de santé, suivi de dosimétrie).
L'apport du big data, de l'intelligence artificielle et du machine learning dans l'analyse des images fera notamment évoluer les pratiques professionnelles et les méthodes d'apprentissage.
- **La pertinence et la qualité améliorée** : La pertinence sera améliorée par l'accès aux archives, par la demande d'examens informatisée avec aide à la décision (recours au guide de bonnes pratiques et du bon usage selon les recommandations de la société française de radiologie, demande motivée à confirmer par le radiologue), par la baisse des délais d'attente.
La qualité sera améliorée par des prescriptions plus adaptées et un meilleur suivi dosimétrique (démarche d'amélioration continue de la qualité sur la base des travaux de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)).

Ces organisations nouvelles doivent permettre d'atteindre :

- 16 IRM / million d'habitants par an en 2018, et 18 IRM / million d'habitants par an en 2022 pour la région,
- 19,5 TDM / million d'habitants par an (hors proximité, interventionnel, recherche, dépistage) en 2018, et 20 TDM / million d'habitants par an en 2022 pour la région.

ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Les équipements matériels lourds (EML) suivants sont soumis au régime des autorisations prévu à l'article R.6122-26 du code de la Santé Publique :

- caméra à scintillation, munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) ;
- scanographe à utilisation médicale (CT) ;
- caisson hyperbare ;
- cyclotron à utilisation médicale.

Des plans nationaux de santé publique sont concernés par l'accès à l'imagerie: Plans Cancer 2014-2019 en vue de faciliter l'accès au diagnostic et la surveillance des cancers, Plan d'action national Accidents vasculaires cérébraux qui souligne l'accent particulier devant être mis sur l'accès en urgence à l'imagerie, Plan Maladies Neurodégénératives, Plan obésité....

Des recommandations émanent des travaux de l'IRSN sur l'augmentation de l'exposition de la population aux rayonnements ionisants liée au diagnostic médical, entre 2007 et 2012.

L'utilisation et la diffusion d'images dans le cadre d'une activité professionnelle sont par ailleurs soumises à une législation précise, pour protéger les patients²⁶.

Une révision du cadre juridique des autorisations d'imagerie est engagée par la Direction générale de l'offre de soins, dans l'objectif de remplacer l'actuel régime d'autorisations des équipements médicaux lourds par des autorisations des activités d'imagerie interventionnelle et non interventionnelle. Cette réforme est annoncée à mi-parcours de la période d'application du SRS (fin 2019, début 2020).

En région, il a donc été choisi d'adopter des objectifs quantifiés et qualitatifs pour l'imagerie établis sur la base du droit en vigueur au moment de la rédaction du PRS et de prévoir une révision en 2020 du volet imagerie, soit pour prendre en compte la réforme - si le calendrier annoncé est respecté- soit pour prendre acte de son report et adapter alors les objectifs quantifiés et qualitatifs du schéma à l'évolution des besoins et du progrès médical et technologique intervenus entre temps.

²⁶ Les éléments et documents concernant nominativement un patient doivent obligatoirement être inclus dans le dossier médical (CSP).

- Le consentement du sujet est explicitement demandé pour utiliser son image soit dans le cadre d'une télé-expertise, d'un dossier patient, d'une communication. Il peut donc s'y opposer : principe d'autonomie.
- Le principe de confidentialité s'applique entièrement aux images et photos numériques. Le patient a droit de regard sur ses données : visualisation, modification, suppression, production et reproduction ; auquel s'ajoute le droit au respect de la vie privée.
- Traitement de l'image: "toute personne effectuant un traitement d'informations nominatives, s'engage vis-à-vis des personnes concernées, à prendre toutes précautions utiles, afin de préserver la sécurité des informations et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées, ou communiquées à des tiers non autorisés" (article 29, Loi n° 7817 du 6 janvier 1978).

ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les priorités se déclinent autour de deux axes :

– **Organiser l'offre de soins en radiologie et améliorer la qualité**

La réponse à ces constats n'est pas univoque, mais une organisation renouvelée et plus efficace pourra constituer le fondement des actions à conduire, dans l'objectif d'un meilleur soin aux patients (qualité - sécurité - accessibilité).

Le PRS 2018-2022 vise à assurer un égal accès aux innovations en matière de diagnostic, de traitement et de modes de prise en charge pour tous les patients, quel que soit leur lieu de prise en charge.

– **Organiser et développer la radiologie interventionnelle**

La radiologie interventionnelle, spécialité rapidement innovante, offre de nouvelles possibilités thérapeutiques mais aussi des opportunités alternatives à des actes de chirurgie, impliquant des temps de séjours réduits et de moindres morbidités, du fait de leur caractéristiques mini-invasives.

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Le niveau d'équipement national en imagerie de coupe est faible, si l'on prend comme référence une moyenne OCDE. **Notre région est au-dessus de la moyenne nationale, avec un déséquilibre entre territoires (déficit en ex-Midi-Pyrénées)** comme le montre les données suivantes.

Taux d'EML, en IRM ou TDM par million d'habitants et par an (source DGOS)

	Ex-Languedoc-Roussillon	Ex-Midi-Pyrénées	Occitanie	France
IRM	14,6	12,9	13,7	13,7
Scanner	20,7	17,5	19,03	17,1

Mais l'activité mesurée en nombre d'examen par habitant est très supérieure à la moyenne OCDE, ce qui traduit **une forte productivité des appareils** : le taux de recours régional IRM de 89/1000 habitants est dans la moyenne nationale et le taux de recours au scanner de 189/1000 est très supérieur à la moyenne nationale (153).

En France, on dénombre plus de 20 millions d'actes d'imagerie par an.

L'activité d'imagerie en coupe est très élevée, en particulier pour les pathologies ostéo-articulaires (54% des IRM) et doit faire l'objet d'une évaluation de sa pertinence.

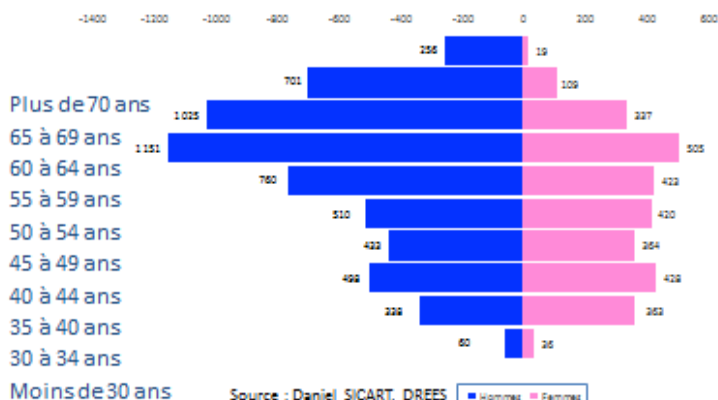
Les scanners les plus anciens et les plus irradiants devront être remplacés en priorité. Concernant les IRM, il faudra organiser l'égal accès territorial aux IRM 3 teslas.

La démographie des radiologues est préoccupante : la pyramide des âges laisse prévoir une baisse des effectifs jusqu'en 2027. Un des leviers pour améliorer cette situation repose sur les évolutions juridiques en lien les délégations de tâches aux manipulateurs (décret de compétences 2016-1672 du 5 décembre 2016) et les regroupements public/privé, la télé-imagerie, la mutualisation et organisations (PIMMs), l'assistance informatique à la lecture.

ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

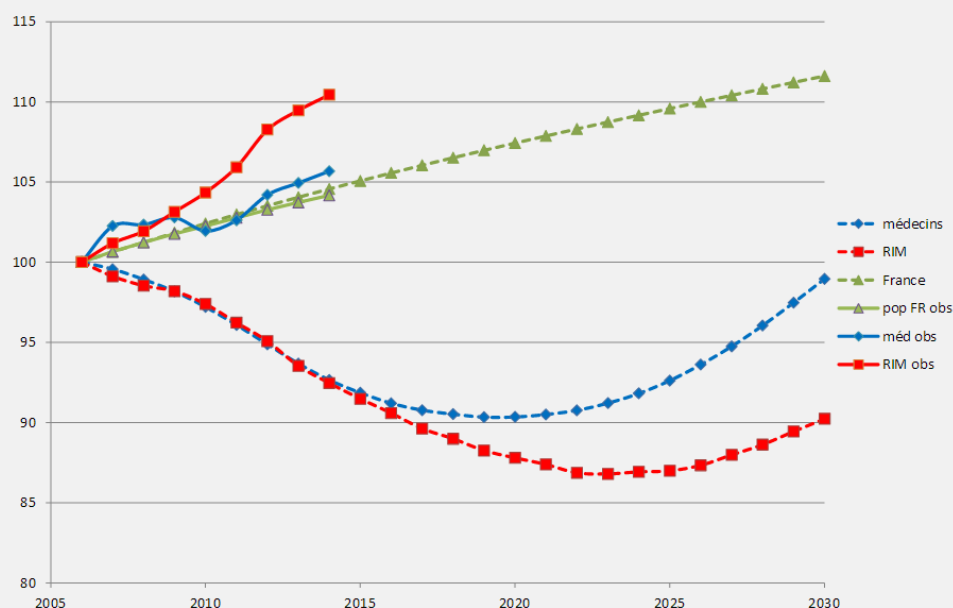
DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Radiodiagnostic et imagerie médicale Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2016



Source : Daniel SICART, DREES
La démographie des médecins
Open Data - Site web du Ministère de la Santé
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>

Projection des effectifs entre 2006 et 2030 (base 100)



EQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles			Evolution (suppressions, créations)
		Implantations	Appareils	Implantations	Appareils		
					Bornes basses	Bornes hautes	
09	Modalité A IRM	1	1	1	1	2	0/+1 appareil
	Modalité B TEP	-	-	-	-	-	-
	Modalité C Scanner	2	2	2	2	3	0/+1 appareil
	Modalité D Gamma Camera	0	0	0	0	0	-
11	Modalité A IRM	4	5	4	5	7	0/+2 appareils
	Modalité B TEP	0	0	1	0	1	0/+1 appareil
	Modalité C Scanner	6	7	6	7	8	0/+1 appareil
	Modalité D Gamma Camera	1	2	1	2	2	-
12	Modalité A IRM	4	4	4	4	5	0/+1 appareil
	Modalité B TEP	1	1	1	1	1	
	Modalité C Scanner	6	6	6	6	6	-
	Modalité D Gamma Camera	1	1	1	2	2	+1 appareil
30	Modalité A IRM	8	11	8	11	14	0/+3 appareils
	Modalité B TEP	1	2	1	2	2	-
	Modalité C Scanner	8	11	8	11	15	0/+ 4 appareils
	Modalité D Gamma Camera	2	4	2	4	4	-
31	Modalité A IRM	17	22	18	22	28	+1 implantation 0/+6 appareils
	Modalité B TEP	3	3	3	3	4	0/+1 appareil
	Modalité C Scanner	17	24	18	24	28	0/+4 appareils +1 implantation
	Modalité D Gamma Camera	5	13	5	13	13	-
	Caisson hyperbare	1	1	1	1	1	-

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles			Evolution (suppressions, créations)
		Implantations	Appareils	Implantations	Appareils		
					Bornes basses	Bornes hautes	
32	Modalité A IRM	2	2	2	2	3	0/+1 appareil
	Modalité B TEP	-	-	-	-	-	-
	Modalité C Scanner	2	2	2	2	3	0/+1 appareil
	Modalité D Gamma Camera	-	-	-	-	-	-
34	Modalité A IRM	13	17	16	17	22	+3 implantations 0/+5 appareils
	Modalité B TEP	3	4	3	4	4	-
	Modalité C Scanner	22	28	23	28	29	+1 implantation 0/+1 appareil
	Modalité D Gamma Camera	6	12	6	12	12	-
46	Modalité A IRM	1	1	1	1	2	0/+1 appareil
	Modalité B TEP	-	-	-	-	-	-
	Modalité C Scanner	4	4	4	4	4	-
	Modalité D Gamma Camera	-	-	-	-	-	-
48	Modalité A IRM	1	1	1	1	1	-
	Modalité B TEP	-	-	-	-	-	-
	Modalité C Scanner	2	2	2	2	2	-
	Modalité D Gamma Camera	-	-	-	-	-	-
65	Modalité A IRM	2	3	2	3	4	0/+1 appareil
	Modalité B TEP	-	-	-	-	-	-
	Modalité C Scanner	4	5	4	5	5	-
	Modalité D Gamma Camera	1	2	1	2	2	-

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant		Cibles			Evolution (suppressions, créations)
		Implantations	Appareils	Implantations	Appareils		
					Bornes basses	Bornes hautes	
66	Modalité A IRM	4	7	6	7	9	+2 implantations 0/+2 appareils
	Modalité B TEP	1	2	1	2	2	-
	Modalité C Scanner	8	10	8	10	10	-
	Modalité D Gamma Camera	1	2	1	2	2	-
	Caisson hyperbare	1	1	1	1	1	-
81	Modalité A IRM	4	5	4	5	7	- 0/+2 appareils
	Modalité B TEP	1	1	1	1	1	-
	Modalité C Scanner	6	6	6	6	8	0/+ 2 appareils
	Modalité D Gamma Camera	1	2	1	2	2	-
82	Modalité A IRM	3	3	3	3	4	0/+1 appareil
	Modalité B TEP	-	-	-	-	-	-
	Modalité C Scanner	4	4	4	4	5	0/+1 appareil
	Modalité D Gamma Camera	1	2	1	2	2	-

Les objectifs permettent de garantir la réponse aux besoins de santé de la population dans tous les territoires.

Ils prennent en compte des objectifs non atteints dans les PRS précédents, de nouveaux besoins, des réorganisations en raison de l'évolution de l'activité des structures, des équipes médicales, des normes réglementaires et d'éventuelles transformations, regroupements ou coopérations, notamment pour les zones 31, 34 et 66.

En termes d'installation d'EML, une évolution prudentielle est prévue pour atteindre un seuil cible. Ce taux cible à atteindre pour les IRM et Scanner TDM peut faire l'objet d'une progression par étapes : un seuil à atteindre dans deux ans avec une évaluation du respect des conditionnalités, puis selon évaluation, objectif à réévaluer pour les années suivantes. Il convient d'harmoniser les 2 anciennes régions ex-Languedoc-Roussillon et ex-Midi-Pyrénées en taux d'équipements matériels lourds (Scanner et IRM) dans le but d'assurer un accès équitable proche des lieux de vie (résidence, travail...) et de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

Transformations – regroupements - coopérations

Parmi les projets en réflexion, le cas des **Pyrénées-Orientales** : Un projet de mutualisation est repéré dans le cadre d'un plateau d'imagerie médicale mutualisée (PIMM).

Haute-Garonne : Prise en compte de la nouvelle entité juridique suite au regroupement des cliniques Saint-Jean Languedoc et Clinique du Parc sur un même site.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Les demandes d'installation d'EML, en remplacement ou en nouvel équipement, devront être argumentées à partir d'un ensemble d'éléments, dont l'aspect quantitatif (ratio par habitant) n'est qu'un critère parmi d'autres, comme la logique de territoire, de parcours, de mutualisation, de participation au service au public et en tenant compte de l'amplitude d'ouverture des appareils déjà autorisés.

Les critères de priorisation comporteront l'adossement à des structures réalisant des activités fortement demandeuses d'imagerie, c'est-à-dire ayant :

- une activité de cancérologie, de cardiologie ou de neurologie,
- une activité de cancérologie réalisant de nombreux actes thérapeutiques sous guidage de l'imagerie en coupe (ponction sur sein sous IRM – traitement du cancer et de la douleur sous scanner),
- une activité d'urgence autorisée (couverture TDM pour les urgences et IRM pour la neurologie en urgence).



ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

– **En termes organisationnels :**

La constitution ou la consolidation d'équipes territoriales de radiologie pour répondre aux enjeux de la démographie médicale et de la permanence des soins, seront recherchées :

- soit dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires (GHT) ;
- soit dans le cadre de coopérations structurées et formalisées entre professionnels libéraux et hospitaliers, partageant un projet médical et des protocoles de prise en charge communs ainsi que la charge de la permanence et de la continuité des soins en imagerie, notamment dans le cadre de plateaux d'imagerie médicale mutualisée (PIMMs, prévus par l'article L.6122-15 du Code de la santé publique).

Dans tous les cas, ces équipes doivent pouvoir échanger entre elles les données administratives, cliniques et d'imagerie des patients pour mutualiser les compétences, accéder rapidement aux antécédents (comptes rendus et images), et permettre les usages de la téléradiologie.

La constitution ou le renforcement de plateaux d'imagerie complets et diversifiés sera prioritaire sur la création de nouvelles implantations, sauf sur des localisations nettement déficitaires, ainsi que sur la création d'une offre d'imagerie ne comportant, pour la radiologie, qu'une offre de scanner ou d'IRM, et pour la médecine nucléaire, qu'une offre de TEMP (tomoscintigraphie par émission monophotonique) ou de TEP.

Lors des demandes de renouvellement d'autorisation des IRM spécialisées en ostéo-articulaire, la possibilité de remplacement par un équipement polyvalent pourra être étudiée en fonction des besoins du territoire.

– **En termes de nouvelles demandes, une nécessaire prise en compte des filières et trajectoires des patients :**

Pour des pathologies ou groupes de pathologies données, en lien avec tous les professionnels de santé spécialisés concernés, notamment par la participation des radiologues aux réunions de concertations pluridisciplinaires. Cette articulation doit permettre au promoteur de quantifier et de caractériser dans sa demande le besoin local, filière par filière, en estimant le nombre d'examen à réaliser à partir de la file active de patients et des recommandations de bonnes pratiques ou du guide du bon usage des examens d'imagerie et de prévoir des priorisations des rendez-vous dans des délais compatibles avec les nécessités de la prise en charge de ces patients.

ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

– **En termes de qualité, de sécurité, de l'efficacité et de la pertinence des examens proposés et réalisés :**

Les projets retenus doivent fournir les éléments d'appréciation des méthodes et des indicateurs mis en place pour objectiver les efforts permanents dans ces différentes dimensions qualitatives et permettre de les évaluer dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens. Cette évaluation doit notamment permettre de démontrer que les appareillages, lorsqu'ils sont d'une catégorie tarifaire supérieure, sont effectivement utilisés majoritairement pour des patients ou des pathologies pour lesquels ils apportent une réelle plus-value médicale, reconnue par la Haute autorité de santé ou scientifiquement établie.

Doivent être promues les déclarations d'événements indésirables et dysfonctionnements graves dans tous les secteurs de prise en charge par les radiologues, ainsi que le recours aux méthodes d'analyse des risques et la pratique des retours d'expérience des radiologues.

– **En termes d'innovation, organisationnelle ou technologique, de l'enseignement des internes et des besoins de la recherche,**

des autorisations exceptionnelles pourront être justifiées pour besoins de santé publique, à titre expérimental. Ces expérimentations devront être positivement évaluées avant une généralisation.

– **En termes de médecine nucléaire,** les objectifs poursuivis sont :

- l'évolution du parc en fonction des progrès technologiques et de la saturation des appareils existants (TEP ou TEMP) ;
- l'accessibilité de l'ensemble des traceurs TEP et TEMP ayant une AMM sur tout le territoire actuellement limitée ou impossible (Gallium), doit être améliorée dans des conditions d'équilibre médico-économique en mutualisant les patientèles sur quelques installations (matériel spécifique de radio-pharmacie pour l'utilisation des traceurs au Gallium) ;
- le maintien de l'accessibilité aux techniques de radiothérapie interne vectorisée ayant une AMM sur le territoire ;
- l'implantation d'une TEP-IRM à partir d'un projet régional collaboratif de médecine nucléaire adossé aux centres de recherche sera envisagée en Occitanie.

ACTIVITÉ DE SOINS EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal. La génétique post-natale ou constitutionnelle intervient dans trois situations différentes : le diagnostic des maladies génétiques, l'identification de facteurs de risque génétique ayant un impact soit sur la santé, soit sur la prise en charge thérapeutique de la personne, et la détection de porteurs sains dans le cadre du conseil génétique sur les risques de transmission à la descendance.

Ces analyses ont pour objet :

- de poser, confirmer, ou infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- de rechercher les caractéristiques d'un ou de plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Dans ce schéma, le cadre des autorisations concerne exclusivement les activités des laboratoires. Au plan technique, on distingue deux « spécialités » faisant l'objet d'autorisations distinctes, la cytogénétique (étude des chromosomes) et la génétique moléculaire (étude de l'ADN et de l'ARN). Cette distinction va en s'atténuant avec le développement très rapide des outils diagnostiques.

Nonobstant le cadre des autorisations, **la génétique est une discipline mixte clinico-biologique, et le lien entre la clinique et la biologie est essentiel**. La prescription et la restitution d'une analyse de génétique s'inscrivent dans un contexte très précis et relèvent d'une expertise confirmée. L'interaction entre l'activité biologique et les consultations cliniques est indispensable et indissociable. Les avancées technologiques renforcent cette considération : résultats d'examens de plus en plus complexes à interpréter pour le laboratoire et à expliquer au patient par les médecins prescripteurs compétents en génétique.

Les activités de génétique post-natale doivent s'articuler de façon cohérente avec trois grands domaines :

- le domaine de la génétique prénatale ;
- le domaine des maladies rares et le plan Maladies rares ;
- le domaine du cancer et le plan cancer pour l'oncogénétique.

L'ambition portée pour les 5 ans à venir se développe sur deux axes principaux :

- développer l'accès à un diagnostic précis de qualité en génétique ;
- œuvrer à la structuration et à la sécurisation d'un parcours de soins personnalisé en génétique et en oncogénétique.

ACTIVITÉ DE SOINS EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Les orientations nationales s'inscrivent et se déclinent dans les objectifs et mesures du plan France Médecine Génomique 2025. Ce plan a pour but d'examiner la mise en place et la prospective sur 10 ans des conditions de l'accès au diagnostic génétique par séquençage à haut débit de type Next Generation Sequencing (NGS), à l'échelle nationale, par la création de 12 plateformes réparties sur l'ensemble du territoire.

L'ambition ultime de ce plan est **d'aborder dans les meilleures conditions l'émergence de la médecine personnalisée, ou médecine dite de précision.**

En région Occitanie, a été formalisé le projet « Occigène » consistant en la mise en place d'une plateforme bi-site (Montpellier et Toulouse) de séquençage à très haut débit s'appuyant sur les plateformes existantes.

Ce projet permet de se projeter dans une configuration optimisée, il reste toutefois dans une perspective temporelle assez lointaine.

Dès maintenant, les orientations régionales ont vocation à s'inscrire dans le développement à venir de la médecine personnalisée.

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les priorités s'articulent autour de deux axes :

– **Développer la médecine prédictive, préventive et personnalisée :**

La durée moyenne de l'errance diagnostique est de 4 ans ; elle peut aller jusqu'à 8 ans et impacte plus lourdement les enfants jusqu'à 18 ans et les femmes.

Dans le cadre de la politique régionale de développement de la prévention et de la promotion de la santé, la réalisation de cette priorité permet de mettre en place au plus tôt et le plus rapidement possible les prises en charge adaptées qui permettront d'anticiper ou d'amortir les effets délétères de la maladie.

– **Répondre de façon satisfaisante aux besoins de la région Occitanie en oncogénétique :**

Près de 5 % des cancers diagnostiqués sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles et, à ce jour, plus de 80 gènes de prédisposition génétique ont été identifiés. Ces altérations sont transmissibles à la descendance.

Dans le cadre du parcours Cancer, l'identification des gènes de prédisposition chez les personnes malades (cas index) et non malades est un enjeu majeur pour leur prise en charge spécifique en matière de surveillance, de thérapeutique et de chirurgie préventive.

ACTIVITÉ DE SOINS EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

Les établissements autorisés en Occitanie : bilan des implantations et des activités autorisées (laboratoires)

		30	31	34	Total
Activité de cytogénétique implantations	Situation actuelle	1 (CHU de Nîmes)	2 (1 CHU de Toulouse et 1 Labosud Gascogne)	2 (1 au CHU de Montpellier et 1 LaboSud OcBiologie)	5
Activité de génétique moléculaire implantations	Situation actuelle	1 (CHU de Nîmes)	2 (1 au CHU de Toulouse et 1 Institut Claudius Rigaud)	3 (CHU de Montpellier)	6
Type d'activité de génétique moléculaire	Situation actuelle	1 limitée et 2 non limitées (CHU de Nîmes)	2 limitées et 2 non limitées (CHU de Toulouse)	1 limitée et 4 non limitées (au CHU de Montpellier)	
Total implantations	Situation actuelle	2	4	5	11

La distinction entre activité limitée et activité non limitée fait référence à l'article 3 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008.

L'autorisation délivrée aux laboratoires peut être limitée à certaines des analyses mentionnées aux 1° et 2° de l'article R. 1131-2 du Code de la Santé Publique, à savoir les analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire et les analyses de génétique moléculaire.

ACTIVITÉ DE SOINS EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Catégories d'analyse	Existant en nombre de sites (et nombre de laboratoires)	Cibles en nombre de sites		Evolution (suppressions, créations)
			bornes basses	bornes hautes	
09	Analyses de cytogénétique (*)	-	-	-	-
	Analyses de génétique moléculaire	-	-	-	-
11	Analyses de cytogénétique (*)	-	-	-	-
	Analyses de génétique moléculaire	-	-	-	-
12	Analyses de cytogénétique (*)	-	-	-	-
	Analyses de génétique moléculaire	-	-	-	-
30	Analyses de cytogénétique (*)	1	1	1	-
	Analyses de génétique moléculaire	1 (3 laboratoires)	1	1	-
31	Analyses de cytogénétique (*)	2	2	2	-
	Analyses de génétique moléculaire	2 (3 laboratoires)	2	2	-
32	Analyses de cytogénétique (*)	-	-	-	-
	Analyses de génétique moléculaire	-	-	-	-
34	Analyses de cytogénétique (*)	2	2	2	-
	Analyses de génétique moléculaire	3 (5 laboratoires)	1	1	-2
46	Analyses de cytogénétique (*)	-	-	-	-
	Analyses de génétique moléculaire	-	-	-	-
48	Analyses de cytogénétique (*)	-	-	-	-
	Analyses de génétique moléculaire	-	-	-	-
65	Analyses de cytogénétique (*)	-	-	-	-
	Analyses de génétique moléculaire	-	-	-	-
66	Analyses de cytogénétique (*)	-	-	-	-
	Analyses de génétique moléculaire	-	-	-	-
81	Analyses de cytogénétique (*)	-	-	-	-
	Analyses de génétique moléculaire	-	-	-	-
82	Analyses de cytogénétique	-	-	-	-
	Analyses de génétique moléculaire	-	-	-	-

(*) y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

ACTIVITÉ DE SOINS EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

OBJECTIFS

Commentaires :

L'existant dans ce tableau indique le nombre d'établissements (site géographique) et le décompte des laboratoires autorisés tel que présenté dans le SROS PRS 1.

La volonté du PRS 2 étant de s'exprimer en établissements autorisés (FINESS géographique), les cibles dans ce tableau annoncent les implantations au sens établissements de santé autorisés en génétique (FINESS géographique) pour la cytogénétique et la génétique moléculaire.

En effet, au sein d'un même établissement géographique peuvent coexister plusieurs laboratoires ou services autorisés pour pratiquer les examens des caractéristiques génétiques (activités limitées ou non limitées).

* Gard : 3 laboratoires opérateurs autorisés en génétique moléculaire, ce qui permet de mettre la cible à 1, soit un établissement géographique autorisé en génétique moléculaire.

**Haute-Garonne, on décompte deux laboratoires opérateurs en génétique moléculaire, le laboratoire de biochimie et le service de génétique médicale et cytogénétique. La cible, exprimée en établissements géographiques autorisés est donc de 2.

Transformations – regroupements - coopérations

Hérault : S'agissant de la génétique moléculaire, un futur site géographique doit être construit, au sein duquel seront regroupés 5 laboratoires.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

- s'inscrire dans le développement de la médecine personnalisée pour les patients atteints de maladies génétiques et les patients prédisposés héréditairement au cancer, qu'il s'agisse de personnes malades (cas index) ou de leurs apparentés (membres non malades de leur famille) ;
- garantir un diagnostic précis de qualité conforme aux recommandations ;
- maîtriser les délais de prise en charge en cohérence avec les exigences d'une prise en charge adaptée ;
- généraliser l'utilisation optimale du Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) ;
- s'inscrire dans une démarche qualité généralisée et formalisée notamment en participant systématiquement à l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi qu'à l'autoévaluation interne.



POPULATIONS SPÉCIFIQUES

SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES	419
PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION	424
POPULATIONS EN ZONE TRANSFRONTALIÈRE	429
POPULATIONS EN ZONES DE MONTAGNE	433

SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

La capacité d'accueil des établissements pénitentiaires en Occitanie est de 4 456 places qui se répartissent sur 12 maisons d'arrêt et 9 établissements pour peine (5 centres de détention, 1 maison centrale, 1 établissement pour mineurs et 2 centres de semi-liberté).

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire des détenus incombe au ministère de la santé et les détenus sont des assurés sociaux affiliés au régime général dès leur incarcération.

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire en son sein pour la prise en charge ambulatoire et de prévention. La région dispose de structures de prise en charge spécifiques sans hébergement telles que les 2 CRIAVS (Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles) du CH Marchant et du CH de Thuir en ce qui concerne la prise en charge des auteurs de violence sexuelles. D'autres structures d'hospitalisation de jour telles que les 2 SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) de Seysses et de Perpignan permettent la prise en charge des malades psychiatriques. Enfin, 2 structures d'hospitalisation temps plein complètent ce parcours gradué des soins pour les personnes détenues. Ce sont l'UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) de 40 lits au CH Marchant pour les malades psychiatriques, et l'UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale) de 16 lits au CHU de Toulouse pour les malades somatiques.

L'état de sur occupation des établissements pénitentiaires de la région devient préoccupant, avec des densités de population de 140 % en maison d'arrêt. Cet afflux de détenus vient emboliser les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, saturant à leur tour les autres maillons d'une prise en charge graduée spécifique. Les structures de l'administration pénitentiaire sont aussi impactées : il n'y a plus assez de surveillants de détention pour gérer le quotidien des détenus, ni de véhicules pour les extractions. Cela peut aboutir à des retards de soins préjudiciables à la santé des personnes détenues.

Devant cet état de fait, le ministère de la justice a prévu un plan d'augmentation de la capacité des établissements pénitentiaires sur les années à venir, avec la création de 5 établissements nouveaux pour la région Occitanie avec 2 implantations possibles sur Toulouse et Perpignan.

Dès 2019, un quartier de préparation à la sortie sera créé au centre pénitentiaire de Seysses et ce type de quartier est programmé à Montpellier pour 2020.

L'ARS Occitanie s'est donnée pour ambition d'accompagner ce mouvement en adaptant l'offre de soins et de prévention aux évolutions connues des capacités des établissements pénitentiaires. Il s'agit de mettre en place des canaux de concertation entre l'administration pénitentiaire et celle de la santé, le plus précocement possible, pour anticiper ces évolutions de façon concertée.

Parallèlement, l'ARS Occitanie s'est engagée dans un processus d'amélioration permanent de la qualité des soins et incite les unités sanitaires à diversifier leur offre de soins et de prévention.

En effet, la santé n'est pas une priorité pour la plupart des détenus, souvent jeunes. Mais la période d'incarcération doit être mise à profit pour rattraper les retards accumulés dans ce domaine.

SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Pour autant, l'accès aux soins est semé d'embûches en prison. La première d'entre-elles est que l'hôpital ne peut pas se déplacer dans son ensemble en détention et qu'il faut avoir recours à des extractions pour amener le détenu en consultation spécialisée ou en hospitalisation. Ces extractions sont souvent problématiques et induisent des retards de prise en charge préjudiciables aux patients.

Tout ce qui permet de fluidifier les parcours des malades détenus devra être recherché, en améliorant l'organisation des extractions, en développant les pratiques de télémedecine, mais aussi en ayant recours à d'autres modes de prise en charge, tels que l'« Hospitalisation à domicile » ou les SSIAD en détention. Ces nouvelles organisations ont pour objet d'améliorer l'offre et l'accès aux soins dans un contexte de saturation des unités sanitaires et surtout de réduire les retards de prise en charge des problèmes de santé des détenus.

Enfin, un focus particulier sera fait sur la psychiatrie car le nombre et la gravité des pathologies psychiatriques chez les détenus ne cesse d'augmenter. Les magistrats n'hésitent plus à incarcérer des personnes présentant des troubles du comportement faisant largement penser à une maladie mentale au motif qu'il y a des médecins psychiatres dans les prisons pour les soigner. Il convient de rappeler que la prison n'est pas un lieu de soins ordinaire, mais il convient aussi d'adapter notre offre de soins à cette demande.

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Regroupées au sein d'un document publié en avril 2017, co-signé par les ministères de la santé et de la justice, la « stratégie santé des personnes placées sous main de justice » rappelle les orientations nationales concernant cette filière.

Il s'agit d'un plan en 6 axes :

- mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice ;
- développer la promotion de la santé des personnes placées sous main de justice tout au long de leur parcours ;
- poursuivre l'amélioration des repérages et dépistages des personnes placées sous main de justice.
- améliorer l'accès aux soins des personnes détenues ;
- organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesures de justice ;
- favoriser les coopérations d'acteurs dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé des personnes placées sous main de justice.

Appliqué aux personnes détenues, ce plan sera repris dans sa quasi intégralité dans la région Occitanie.

Enfin, le passage de la santé de personnes détenues aux personnes placées sous main de justice se déclinera progressivement.

SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les priorités opérationnelles concernant la santé des détenus s'organisent autour de trois axes.

Dans le cadre de la politique régionale de **développement de la prévention et de la promotion de la santé**, il s'agira de développer cette culture de la prévention dans les établissements pénitentiaires. Le projet privilégié consiste à déployer des actions permettant aux détenus de retrouver une activité physique, et par là-même de diffuser des messages relatifs à l'hygiène de vie, notamment à la nutrition.

Un second enjeu majeur est **de garantir un accès aux soins somatiques effectif pour toutes les personnes détenues**.

Cela passera d'une part via le développement du dépistage bucco-dentaire par télé-dentisterie (cf. thème transversal « Transformations numériques en santé ») et d'autre part par l'analyse de l'ensemble des facteurs retardant la prise en charge des patients détenus et la recherche de solutions structurelles.

Enfin, il s'agira de **renforcer la prise en charge psychiatrique des personnes détenues**, par un travail régional portant sur les pratiques au sein des établissements sanitaires en matière d'isolement et de contention, et par un soutien des professionnels des établissements pénitenciers par le centre de ressources en santé mentale pour la prévention des processus de radicalisation.

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

La planification de l'offre graduée de soins pour les personnes détenues est très fortement dépendante de la planification du ministère de la justice. L'ARS n'a pas la maîtrise des implantations d'unités sanitaires en milieu pénitentiaire. C'est le Ministère de la justice qui décide des implantations des établissements pénitentiaires et le Ministère de la santé est tenu de s'y conformer. Il est donc essentiel de pouvoir mettre en place des canaux de communication entre les deux ministères pour être en mesure d'anticiper et d'accompagner les évolutions de cette filière.

Nous pouvons citer comme exemple l'animation de la commission régionale santé-justice et des comités de coordination des établissements pénitentiaires.

SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

La capacité d'accueil des établissements pénitentiaires en Occitanie est de 4 456 places qui se répartissent sur 12 maisons d'arrêt et 9 établissements pour peine (5 centres de détention, 1 maison centrale, 1 établissement pour mineurs et 2 centres de semi-liberté).

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire en son sein pour la prise en charge ambulatoire et de prévention. La région est dotée de structures de prise en charge spécifique sans hébergement telles que les 2 CRIAVS du CH Marchant et du CH de Thuir en ce qui concerne la prise en charge des auteurs de violence sexuelles (Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles).

D'autres structures d'hospitalisation de jour telles que les 2 SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) de Seysses et de Perpignan permettent la prise en charge des malades psychiatriques. Enfin, 2 structures d'hospitalisation temps plein complètent ce parcours gradué des soins pour les personnes détenues. Ce sont l'UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) de 40 lits au CH Marchant pour les malades psychiatriques, et l'UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale) de 16 lits au CHU de Toulouse pour les malades somatiques.

OBJECTIFS

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant
09	MA de Foix	1 Unité Sanitaire
11	MA de Carcassonne	1 Unité sanitaire
12	MA de Rodez	1 Unité Sanitaire
30	MA de Nîmes	1 Unité sanitaire
31	CD de Muret	1 unité Sanitaire
	MA de Seysses	1 Unité Sanitaire
	½ liberté Seysses	1 SMPR
	CHU de Toulouse	1 UHSI
32	CH Marchant	1 UHSA
	Pas d'établissement pénitentiaire	
34	MA de Villeneuve les Maguelone	1 Unité Sanitaire
	½ liberté Montpellier	
46	MA+CD de Béziers	1 Unité Sanitaire
	Pas d'établissement pénitentiaire	
48	MA de Mende	1 Unité Sanitaire
65	Centrale de Lannemezan	1 unité Sanitaire
	MA de Tarbes	1 Unité Sanitaire
66	MA+CD de Perpignan	1 Unité Sanitaire 1 SMPR
81	MA d'Albi	1 Unité Sanitaire
	EPM de Lavour	1 Unité Sanitaire
	CD de Saint Sulpice la Pointe	1 Unité Sanitaire
82	MA de Montauban	1 Unité Sanitaire

MA : maison d'arrêt

CD : Centre de détention

EPM : Etablissement pour mineurs

SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES

Transformations – regroupements - coopérations

La création de 5 nouveaux centres pénitentiaires est prévue en région Occitanie. Ces projets vont avoir un impact important sur les unités sanitaires au sein des structures pénitentiaires concernées et sur le besoin de places en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Dans ce contexte, les transformations attendues sont de trois ordres :

- **Un projet de création de quartiers de préparation à la sortie** débute en région par l'installation d'un tel quartier dans le centre pénitentiaire de Seysses en 2019 et à Villeneuve les Maguelone en 2020.
- **La création de nouvelles Unités Sanitaires ou le réajustement d'Unités Sanitaires existantes**, en fonction des projets de création de nouveaux centres pénitentiaires.

Il convient de mettre en place les modes de coopération entre les ministères de la justice et de la santé pour une meilleure définition des besoins de santé et un calibrage optimum, mieux adapté à leur fonction, des Unités Sanitaires existantes et à venir.

Les acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet sont :

- l'Administration pénitentiaire
- la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP)
- le Ministère de la justice

Les transformations sont fonction de la programmation du Ministère de la justice. Elles débuteront par la Maison d'Arrêt de Seysses, puis Montpellier suivra en 2020. Le Centre de détention de Muret pourrait aussi voir sa capacité augmenter prochainement.

Cette offre de soins pourra être complétée par des expérimentations de soins en HAD ou en SSIAD réalisés au sein des établissements pénitentiaires. Ce type de prise en charge, « au domicile », devra également être promu (dès lors que les conditions sont respectées) pour les personnes placées sous main de justice mais non incarcérées.

- **La création de nouvelles structures de prise en charge des pathologies psychiatriques**
L'UHSA du CHU de Toulouse est déjà saturée et l'augmentation prévisible de la population carcérale va très rapidement nécessiter la création d'une seconde UHSA qui pourrait, en fonction des places nouvellement créées, se situer à Montpellier.
Il est également prévu sur la période du PRS :
 - l'augmentation de la capacité du service médico-psychologique régional (SMPR) de Perpignan ;
 - le passage au niveau 2 de l'unité sanitaire du centre de détention de Béziers.

Par ailleurs, les établissements psychiatriques se plaignent de ne pas pouvoir accueillir les détenus hospitalisés sous contrainte, par manque de chambres sécurisées. D'autre part, les pratiques d'isolement et de contention évoluent dans un sens de plus en plus restrictif, soucieux des libertés individuelles des malades. Les deux points de vue sont à rapprocher pour partager entre professionnels sur les pratiques en matière de **mesures d'isolement**.

PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

En région Occitanie, comme au niveau national, on relève une hausse des usages de tabac, surtout chez les filles, une consommation d'alcool festive élevée chez les jeunes avec des alcoolisations ponctuelles et une expérimentation des drogues illicites stable. D'une manière globale, deux phénomènes sont à signaler : des consommations de plus en plus fréquentes chez les jeunes filles et une tendance marquée à des consommations ponctuelles excessives qui conduisent à l'ivresse et aux prises de risques.

L'Occitanie est une des régions de France où les usages réguliers d'alcool, de tabac ou de cannabis sont parmi les plus élevés. La consommation de substances psychoactives est un facteur important de mortalité prématurée évitable. Le sujet des addictions fait donc l'objet d'une stratégie particulière au regard de l'enjeu régional de prévention, de soin et de réduction des risques et des dommages.

Ainsi, la politique régionale de l'ARS Occitanie consiste, d'une part, à prévenir les addictions dans un but de réduction de la morbidité et de la mortalité prématurée évitable en favorisant l'intervention précoce et, d'autre part, à fluidifier les parcours de soins et prévenir les ruptures dans la prise en charge par la mise à disposition d'une palette de services et l'articulation des dispositifs.

L'ARS Occitanie a donc pour ambition de proposer un parcours de santé en addictologie gradué et adapté aux besoins des personnes. La stratégie en prévention de l'ARS se définit par une approche globale des produits addictogènes et des comportements promouvant le renforcement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge et l'appui au repérage, à l'orientation et à la prise en charge. L'accent est mis sur la recherche de la précocité de l'intervention, dès les premières consommations, avant que ne s'installent une addiction ou des dommages, et sur l'orientation éventuelle vers des consultations jeunes consommateurs (CJC) en développant le « aller vers ». La ministre chargée de la santé souhaite d'ailleurs conforter le rôle de ces structures dédiées aux jeunes en difficulté avec leurs conduites addictives et à leurs proches, en interaction avec l'Éducation Nationale.

La coordination des acteurs constitue également un axe fort de la politique de l'ARS en ce domaine, dans la mesure où ceux-ci relèvent de plusieurs secteurs : premier recours, sanitaire, médico-social, associatif.

En effet, les professionnels expriment un besoin criant de structuration de la filière d'addictologie et de renforcement de la coordination des dispositifs et des acteurs, soulignant la non-linéarité du parcours du patient souffrant d'addictions et la nécessité d'une transversalité de la prise en charge de l'entrée jusqu'à la sortie des soins.

Les professionnels du premiers recours soulèvent des problématiques d'isolement et de questionnement sur les addictions. L'exercice coordonné des professionnels libéraux permettrait de faciliter la prise en charge des patients présentant des parcours complexes liés aux addictions. Les microstructures, regroupant médecin traitant, psychologue et travailleur social, autour d'un cas complexe, constituent un exemple d'exercice coordonné probant.

Par ailleurs, ces acteurs soulignent la nécessité d'échanges interprofessionnels de pratiques et les enjeux de la formation initiale et de la formation continue des professionnels de santé. Les défis que pose la grande région Occitanie en termes de couverture du territoire nécessitent une réflexion collective pour mobiliser et renforcer les compétences existantes et rendre une mission de santé publique visible et lisible pour les partenaires et les personnes concernées.

PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Ainsi, il convient de donner aux professionnels les outils adéquats (formations, instances de concertation...) pour leur permettre de mieux coordonner leurs actions et d'éviter les ruptures dans les parcours. L'articulation des dispositifs et des acteurs doit permettre de renforcer les dispositifs multiples existants au regard de la couverture territoriale et de la densité de la population.

A l'image de l'instance en place dans le département des Pyrénées-Orientales, qui a prouvé son efficacité en termes de structuration de la coordination à l'échelle du département et de réponse apportée à l'usager, la création d'une instance d'articulation des dispositifs d'addictologie, associant l'ensemble des acteurs départementaux de l'addictologie, permettra une complémentarité des actions et la mise en place de dispositifs novateurs (à l'instar des microstructures en soins primaires).

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Cadrage national et stratégie régionale de la prévention des addictions

La Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 fixe les priorités nationales en termes de prévention des conduites addictives :

- lutter contre les phénomènes d'alcoolisation massive chez les jeunes ;
- lutter contre le tabagisme ;
- refondre la politique de réduction des risques et des dommages et ouvrir la possibilité d'expérimenter les salles de consommation à moindre risque pour les usagers de drogue.

L'autre texte de référence en matière de prévention des addictions **est le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017** sous l'égide de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA), qui consacre sa première partie à la prévention. En plus des actions en faveur des jeunes, le plan soutient les stratégies de prévention en milieux professionnel et festif, auprès des femmes, notamment enceintes, et des populations précaires (travailleurs pauvres, chômeurs, migrants, personnes marginalisées...).

Le thème transversal des addictions est également abordé dans divers plans :

- Le Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) et sa déclinaison régionale le P2RT 2016-2019 afin de consolider les actions de prévention en matière d'addiction à des substances psychoactives, notamment le tabac ;
- le Plan Cancer III 2014-2019, l'alcool et tabac étant les principaux déterminants de nombreux cancers ;
- le Plan « Bien-être et santé des jeunes », à propos de la prévention primaire auprès des jeunes ;
- le Plan santé au Travail III 2016-2020 prévoit une action de prévention des conduites addictives en milieu de travail.

En termes de leviers d'actions, l'ARS Occitanie se dote de partenariats forts, avec des acteurs fédératifs et associatifs, et des acteurs institutionnels comme les Rectorats, la DIRPJJ, la DRJSCS, la DISP.

PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Dispositif médico-social

Conformément aux différentes circulaires²⁷ relatives à la structuration du dispositif médico-social de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive, l'ARS Occitanie s'appuie sur un réseau étoffé d'acteurs médico-sociaux composé de **39 Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et 18 Centres d'Accueil et d'Accompagnement, à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)** répartis sur chacun des 13 départements, pourvus pour certains d'antennes délocalisées. Les CSAPA portent à ce jour **26 CJC**.

L'ARS Occitanie œuvre depuis plusieurs années au renforcement des dispositifs existants et à l'amélioration de la couverture territoriale et de la qualité des prises en charge. Ce maillage territorial ainsi que la complémentarité des structures et des acteurs participe à la fluidité du parcours de soins.

Nos priorités pour les CSAPA et CAARUD d'Occitanie s'inscrivent dans une logique d'intervention précoce, d'aller vers, de réduction des risques et des dommages et de structuration de la filière d'addictologie en renforçant l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et la médecine de ville.

Dispositif sanitaire

La circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie vise à la structuration territoriale du dispositif sanitaire. Ces filières constituent une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins sur un territoire donné et ont pour objet de couvrir les parcours de soins hospitaliers des personnes présentant des conduites addictives.

Avec **20 Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et 53 consultations hospitalières d'addictologie**, l'Occitanie dispose d'au moins un site de niveau I, dit de proximité, dans chaque département permettant d'assurer les sevrages simples. Le niveau II, de recours, est constitué des services d'hospitalisation de jour et/ou d'hospitalisation complète réalisant des sevrages simples ou complexes, à raison d'un service pour 500 000 habitants. Il est complété par les services de Soins de Suite et de Réadaptation ayant développé une activité en addictologie (SSRA).

Enfin, le niveau III, hospitalo-universitaire, avec la création d'un pôle d'addiction dans chaque CHU, permet de jouer le rôle de service de recours et de centre régional de référence en matière de formation et de recherche.

L'ARS Occitanie a pour objectif de finaliser les reconnaissances de niveau II et conforter le niveau III.

Enfin, les professionnels du premiers recours, en proposant une offre de proximité de droit commun, finalisent ce maillage territorial de prise en charge et de soins des personnes ayant des conduites addictives.

²⁷ Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C no 2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie

Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

Circulaire DGS/MC2 no 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

La première priorité permet de structurer un support régional ou départemental à destination des acteurs de la prévention et de la prise en charge en addictologie.

En complément de la mise en place des instances de coordination départementales, un pôle régional de recherche et de formation en addictologie est en projet dans la région, afin de fédérer les compétences et les moyens de recherche et d'enseignement dans ce domaine et de proposer des formations supports aux professionnels de santé.

La seconde priorité décrit, quant à elle, des actions de terrains nouvelles, voire innovantes, à mettre en œuvre pour « **Agir sur les comportements addictif, en modifiant l'approche préventive et de réduction des risques** ».

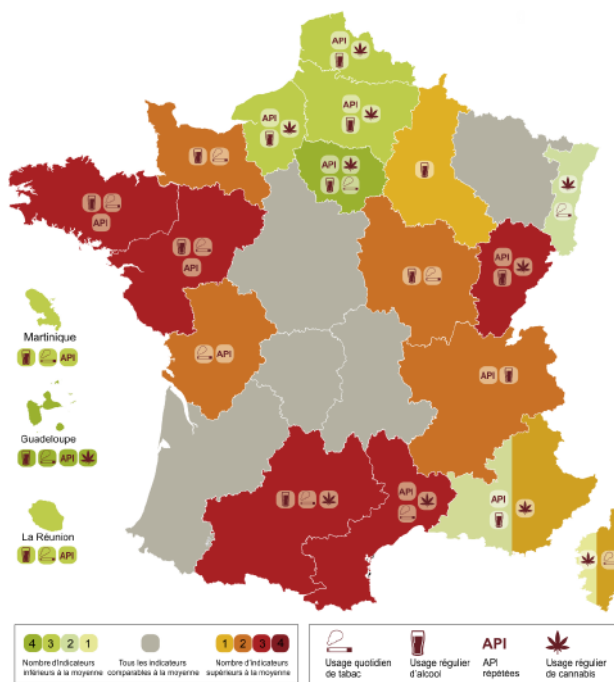
Cette priorité comporte trois projets relatifs à la filière « personnes en situation d'addiction », insérés au sein de la thématique « Prévention et promotion de la santé » relatifs à la prévention et à la réduction du tabagisme, aux missions de prévention des CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et à l'appui pour prévenir et réduire les risques en milieu festif.

PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

La région Occitanie présente des indicateurs en moyenne plus défavorables qu'au niveau national.
A 17 ans, en 2014, en Occitanie²⁸ :

- 14 % des jeunes consomment régulièrement de l'alcool et 26 % déclarent des alcoolisations ponctuelles importantes (API) « répétées » ;
- plus de 1 jeune sur 3 fume quotidiennement ;
- plus de 12 % ont un usage régulier du cannabis.



Malgré les efforts déployés, il demeure encore des inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier sur certains territoires ruraux. Face à ce constat, l'ARS Occitanie œuvre à l'amélioration de la couverture territoriale et de l'égalité d'accès, en structurant notamment l'offre de prise en charge spécialisée en addictologie et en accentuant la prise en compte, dans les programmes de prévention, de certaines données démographiques, sociales et tendances de consommation émergentes. La très grande diversité de notre région en termes géographiques et populationnels implique de notre part une attention particulière dans la prise en compte des territoires.

Par ailleurs, l'ARS Occitanie entend envisager l'offre de prise en charge des addictions dans une logique de parcours de santé, gradué et coordonné entre les acteurs du sanitaire, du médico-social et de la ville. Pour ce faire, l'action de l'ARS visera à mettre en réseau les acteurs et décloisonner les pratiques afin de rendre plus lisible et cohérente la diversité de réponses.

Les priorités régionales d'intervention seront articulées avec celles des partenaires institutionnels (Éducation nationale, Assurance Maladie, DIRECCTE, Préfecture, Protection Judiciaire de la Jeunesse, DRJSCS, Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires...) afin de développer des programmes de prévention efficaces et accessibles à tous et permettre une meilleure visibilité de l'action publique.

²⁸ Source : ESCAPAD 2014, OFDT

POPULATIONS EN ZONE TRANSFRONTALIÈRE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

Le décret PRS du 26 juillet 2016 rappelle qu'en terme de coopération avec les pays voisins (cf. art. R. 1434-12) les Projets Régionaux de Santé des ARS frontalières organisent, lorsqu'un accord cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin par des conventions de coopération et qu'à ce titre, les projets régionaux de ces agences comportent des objectifs et des actions prenant en compte la dimension transfrontalière dans leurs politiques sanitaire et médico-sociale.

Même en l'absence d'accords cadre, des coopérations thématiques peuvent exister – c'est le cas pour la région Occitanie -, qui participent pleinement à la prise en charge des populations concernées, en garantissant des réponses continues, mieux coordonnées et sécurisées.

La Santé est reconnue comme un axe de développement des relations transfrontalières. Ces zones doivent bénéficier d'un accès aux soins de qualité par la présence de professionnels de santé ainsi que grâce au développement de la télémédecine, tant dans les situations aiguës (exemple du télé-AVC) que dans l'accès aux diagnostics de spécialité (Téléconsultation et Télé-expertise).

Compte tenu de l'importance des territoires concernés en Occitanie, l'ARS porte comme ambition de :

- s'appuyer sur les coopérations existantes ou en cours de développement, en les confortant ;
- investiguer de nouveaux axes de coopération ;
- construire de nouvelles formes de coopération ;
- d'aller plus loin en ayant une approche en terme de recherche et de développement.

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

Il existe surtout un cadre et des orientations européennes, notamment la stratégie Europe 2020, qui promeut et cherche à stimuler une croissance intelligente, durable et inclusive.

La déclinaison santé (OMS – Santé 2020 : « Atteindre le niveau de santé le plus élevé possible ») insiste particulièrement sur la nécessité de coopérations entre les états pour répondre aux défis et aux enjeux actuels, notamment la meilleure utilisation des ressources disponibles :

« À la lumière de la mondialisation, les pays ont de plus en plus besoin d'œuvrer de concert à la relève d'un grand nombre de défis sanitaires importants. La coopération transfrontière est par conséquent essentielle. Un grand nombre d'accords internationaux, tels que le Règlement sanitaire international (RSI), la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ou la Déclaration de Doha relative à l'accord sur les ADPIC²⁹ et la santé publique (Organisation Mondiale du Commerce – propriété intellectuelle), mettent d'ailleurs en exergue cette nécessité. »

Les principaux objectifs d'un accord-cadre de coopération sont de :

- éliminer les obstacles à la circulation des patients et des professionnels (la directive « droits des patients » du 9 mars 2011 vise à garantir la mobilité des patients et la libre prestation de services de santé) ;
- donner un cadre légal à la coopération transfrontalière entre les acteurs de santé de part et d'autre de la frontière au niveau local ;
- assurer un accès meilleur et plus rapide à des soins de qualité pour les populations des régions frontalières, au plus près de leur domicile ;
- garantir la continuité des soins ;
- optimiser l'organisation de l'offre de soins en encourageant le partage des moyens et des compétences (ressources matérielles et humaines) ;
- encourager la mutualisation des connaissances et des pratiques entre les personnels de santé des deux pays.

²⁹ Aspects des droits de la propriété intellectuelle touchant au commerce

POPULATIONS EN ZONE TRANSFRONTALIÈRE

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

La région Occitanie couvre quatre départements frontaliers (les Pyrénées-Orientales, l'Ariège, la Haute-Garonne et les Hautes-Pyrénées) et possède une frontière avec deux communautés autonomes espagnoles, la Catalogne, et l'Aragon ainsi qu'avec la principauté d'Andorre.

La frontière des Pyrénées, obstacle naturel de séparation de la France et de l'Espagne, est délimitée administrativement par le traité des Pyrénées entre la France et l'Espagne de 1659. La promotion des zones transfrontalières est une politique continue de l'Union européenne, et un axe important de développement économique. Ces zones en Occitanie occupent des territoires de montagne, isolés où l'accès aux soins est compliqué souvent en raison d'une densité médicale faible et par les difficultés de mobilité.

Aussi, la coopération (*) des ressources (sanitaires, démographie médicale, organisation des soins), la mutualisation des moyens des deux côtés de la frontière peuvent apporter des solutions concrètes à cette problématique.

En matière de réponse, il convient d'identifier ces ressources, de promouvoir la concertation entre les systèmes sanitaires d'Espagne et d'Andorre, et de favoriser la concrétisation d'actions au service des populations locales.

Des réalisations concrètes existent déjà, telles que l'Hôpital de Cerdagne ouvert en septembre 2014, les coopérations avec Andorre et le Val d'Aran.

L'hôpital de Cerdagne, premier hôpital Européen, situé à Puigcerda offre notamment à la population couverte un instrument complet (bloc opératoire, service d'urgences, consultations externes, IRM, service d'hémodialyse, hélistation...), qui répond aux besoins des résidents des deux côtés de la frontière (environ 30 000 habitants) et des personnes de passage sur le plateau cerdan (ski, randonnée, tourisme). Le Centre Hospitalier de Perpignan participe activement à cette coopération puisqu'il effectue la prestation de service de l'imagerie et met en œuvre son autorisation de SMUR dans les locaux de cet établissement, met à disposition du personnel et apporte son appui sur la maternité. Enfin, afin de compléter cette synergie, une convention d'association du Groupement Européen de Coopération Territoriale Hôpital de Cerdagne (GECT-HC) au GHT Aude-Pyrénées a été signée.

Il faut également relever la mise en place d'organes transfrontaliers de concertation (ex. : conférence territoriale de Cerdagne), afin de trouver une synergie et des complémentarités sur l'organisation des soins sur un territoire transfrontalier identifié.

(*) Les coopérations sont régies par un accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalier France-Espagne signé le 27 juin 2008, ainsi que par un accord d'application du 9 septembre 2008. Ces conventions ont notamment permis la création du Groupement européen de Coopération Territoriale Hôpital de Cerdagne (GECT-HC) par une convention entre l'Agence Régionale de Santé et Calsalut (Généralité de Catalogne) le 26 avril 2010. En revanche, il n'existe pas actuellement de telle convention avec la Principauté d'Andorre.

POPULATIONS EN ZONE TRANSFRONTALIÈRE

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Renforcer les coopérations transfrontalières dans le domaine de la santé

Cette priorité se déclinera à partir du recensement exhaustif des coopérations existantes ou initiées et d'une analyse qualitative des partenariats mis en œuvre.

Dans le périmètre inclus dans les zones transfrontalières, la coopération permet de coordonner la place des secours, mais aussi de réguler et renforcer l'offre de soins entre territoires transfrontaliers.

Ainsi, la cartographie des implantations françaises pourra utilement être adaptée en fonction des complémentarités et des coopérations existantes avec les communautés autonomes d'Espagne (qui ont la compétence santé dans leurs attributions décentralisées) et la Principauté d'Andorre.

La promotion de projets sur la médecine de proximité pourra également être encouragée avec les échanges de professionnels de santé.

Le développement d'une culture sanitaire commune devra également être encouragé. Ainsi, les procédures de reconnaissance de diplômes seront simplifiées mais aussi le développement de formations communes, tant lors de la formation initiale (formation des internes, formation des paramédicaux) que lors de la formation continue.

A ce titre les trois CHU de la région auront par le biais de leur action internationale, un rôle important à jouer.

Les financements Intereg gérés par le programme européen POCTEFA (2014-2020) devront également être recherchés par l'effet de levier qu'il produit sur le lancement d'opérations d'intérêt commun conçues et gérées par les acteurs des deux côtés de la frontière, en renforçant l'intégration économique et sociale de la zone concernée.

La Coopération en matière d'urgence est notamment un axe naturel de coopération tant pour les situations exceptionnelles que pour l'activité du quotidien.

▪ **Les axes de coopération détaillés sont les suivants :**

– Pour les territoires transfrontaliers

Est particulièrement concernée la Cerdagne, comme territoire totalement partagé entre la France et l'Espagne. En Cerdagne, l'organisation en commun des deux côtés de la frontière constitue la continuation de la coopération de l'hôpital de Cerdagne. Une équipe territoriale mobilisant les ressources médicales françaises et espagnoles intervient déjà.

– Dans les territoires autonomes ou espagnols à forte autonomie

Sont concernés la Principauté d'Andorre et le Vall d'Aran.

POPULATIONS EN ZONE TRANSFRONTALIÈRE

La Principauté d'Andorre :

Les coopérations entre l'Occitanie et la Principauté d'Andorre ont été actualisées et précisées lors des ateliers du 13 décembre 2017 organisés par la Préfecture de Région.

Les engagements mutuels pris sont les suivants :

- la prévention de la fragilité des personnes âgées : la participation d'Andorre au projet POCTEFA « Aptitude » géré par le Gérontopôle de Toulouse va se traduire notamment par deux workshops en Andorre en octobre 2018 et octobre 2019 ;
- la coordination des urgences : un autre projet POCTEFA est en cours d'écriture et de lancement. Dans ce cadre, une réflexion infra régionale regroupant le CHU de Toulouse, le CHIVA, le GECT de Puigcerda, le Centre Hospitalier de Perpignan et l'Hôpital d'Andorre, et en particulier dans le domaine de l'utilisation des moyens hélicoptères, sera organisée en 2018 ;
- les maladies chroniques et la e-santé : le CHU de Toulouse associera la Principauté d'Andorre aux projets de télé suivi des patients chroniques, le territoire andorran pouvant être considéré comme un laboratoire grandeur nature. Ces coopérations seront initiées dès 2018 ;
- la cancérologie, avec l'adhésion comme membre associé d'Andorre au réseau régional de cancérologie ;
- l'amélioration de la sécurité sanitaire : déjà intervenue sur les thèmes de la qualité des eaux et de la prévention de la légionnelle, l'ARS d'Occitanie sera sollicitée régulièrement pour aider la principauté à parfaire son dispositif de sécurité sanitaire ;
- l'aide au recrutement médical, soit pour des interventions en Andorre de médecins spécialistes dans des domaines « pointus » qui ne peuvent se trouver normalement sur leur territoire. Mais cela peut concerner aussi la participation à temps plein ou à temps partiel de médecins français, notamment dans le domaine des urgences, de l'anesthésie-réanimation par exemple ;
- le traitement des « big data » : l'expérience andorrane en matière de traitement des données massives dans le champ du tourisme, avec l'appui des chercheurs du MIT (« Massachusetts Institute Of Technology ») peut s'avérer un atout pour la mise en œuvre de la stratégie big data en santé de l'Occitanie ;
- la réflexion éthique : l'Observatoire Éthique Régional associera Andorre à ses réflexions et colloques.

Le Vall d'Aran

La coopération avec les CH de St Gaudens et le CHU de Toulouse est organisée de façon conventionnelle et fonctionne bien. Sont surtout concernées les relations dans le domaine des urgences (évacuations sur St Gaudens ou Toulouse), mais aussi récemment dans celui de l'imagerie (IRM du Vall d'Aran à St Gaudens).

▪ **Dans une approche plus prospective, les axes de recherche et de développement sont les suivants.**

Plusieurs champs de travail sont concernés par le biais des appels à projet POCTEFA ou SUDOE (programmes européens financés par le Fonds Européen de Développement Régional). Ils n'ont de véritable intérêt que lorsque les équipes médicales se connaissent bien et peuvent ainsi construire des projets dans la durée.

Des actions de coopération sont ainsi déjà amorcées en Occitanie et Catalogne (et avec d'autres communautés d'Espagne et parfois le Portugal) essentiellement dans les domaines de la gériatrie, de la neurologie (incluant le volet vasculaire des AVC), du cancer, des urgences.

Elles peuvent concerner aussi des traitements de grandes données, grâce à une nouvelle organisation de l'évaluation des données prévue dans le projet « IctusNet ».

▪ **Des pistes de projets structurants concrets existent, mais ne sont pas formalisées à ce stade.**

A titre d'exemple, l'optimisation de l'offre de dialyse en Cerdagne (coopérations en matière de soins de haute technicité) ou la consolidation des dispositifs de formation croisée (par ex. pour la filière gériatrique en Cerdagne, avec le GCS Pôle Sanitaire Cerdan), voire l'élaboration du programme d'entre-aide transfrontalier, font partie des sujets potentiellement générateurs d'actions concrètes, avec des résultats mesurables.

POPULATIONS EN ZONE DE MONTAGNE

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

La prise en compte des **territoires spécifiques** est l'une des préoccupations sous-jacentes de la loi de modernisation de notre système de santé, avec une territorialisation adaptée et partagée par les différents acteurs du territoire concerné, lors du déploiement accompagné de la politique régionale.

Compte tenu de l'importance des territoires de montagne dans la grande région Occitanie (14 % de la population et 45 % de la superficie), l'ARS porte comme ambition principale de :

- privilégier pour ces zones les dispositifs existants, en les confortant si besoin ;
- prévoir des dispositifs spécifiques - éventuellement par l'apport d'innovations -, lorsque la réponse aux besoins connus ou émergents n'est pas satisfaisante dans les conditions actuelles.

L'ARS Occitanie s'astreint donc à une vigilance particulière à la hauteur des contraintes de ces territoires et aux besoins correspondants, au regard de l'offre existante, éventuellement à renforcer ou à développer, souvent à mieux coordonner.

Ainsi, l'organisation des soins primaires, de certaines activités de soins (gynéco-obstétrique...) ou de filières spécialisées (urgences/PDSA...) tient compte dans le diagnostic et dans les objectifs quantitatifs ou qualitatifs des exigences propres aux zones de montagne, notamment les temps d'accès ou les conditions climatiques.

Les travaux conduits avec les professionnels et les usagers sur les parcours prioritaires (vieillesse, santé mentale...), les filières de soins et les thèmes transversaux du Projet Régional de Santé font émerger des priorités et des projets, validées à l'aune d'un certain nombre de critères, dont, mais pas uniquement, le critère géographique.

La territorialisation qui sera le corollaire de la mise en œuvre du prochain PRS permettra de réduire les inégalités territoriales de santé où qu'elles se situent (zones rurales, zones enclavées, territoires de la politique de la ville, zones de montagne), en modulant les projets régionaux en fonction des contraintes locales et de la maturité des acteurs et des leviers disponibles.

Pour certains des territoires de montagne (ex. : ceux situés dans les Pyrénées le long de la frontière avec l'Espagne), les réponses peuvent être améliorées et enrichies par des coopérations transfrontalières globales ou thématiques, qui sont décrites dans la fiche spécifique correspondante.

POPULATIONS EN ZONE DE MONTAGNE

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

La loi n° 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne attire l'attention sur la nécessaire prise en compte dans les Projets Régionaux de Santé des caractéristiques et des contraintes de ces territoires bien identifiés (*).

Son article 18 stipule que le Schéma Régional de Santé « *comporte, le cas échéant, un volet consacré aux besoins de santé spécifiques des populations des zones de montagne, notamment en termes d'accès aux soins urgents et d'évacuation des blessés, et tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de ces territoires.* »

(*) Le classement des communes en « zone de montagne » repose sur les dispositions du règlement européen n°1257/1999 du Conseil du 17 mai 1999 concernant le soutien au développement rural et plus particulièrement sur son article 18 pour la montagne, et la directive 76/401/CEE du Conseil du 6 avril 1976 (détermination précise des critères pour le classement en France en zone de montagne).

La zone de montagne est définie, par l'article 18 du règlement 1257/99, comme se caractérisant par des handicaps liés à l'altitude, à la pente, et/ou au climat, qui ont pour effet de restreindre de façon conséquente les possibilités d'utilisation des terres et d'augmenter de manière générale le coût de tous les travaux.

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

La région Occitanie est l'une des plus concernées par l'importance des territoires de montagne, au même titre notamment que les régions Auvergne Rhône-Alpes et PACA :

Sur les 4 565 communes que compte la région Occitanie, 1 649 (soit 36 %) sont classées en « zone montagne ».

Les communes classées en « zone montagne » représentent 14 % de la population de la région et 45 % de sa superficie. Entre 2008 et 2013, la population de l'espace du Massif Central et de l'espace des Pyrénées est restée stable :

Dans la grande région, 12 % des femmes en âge de procréer résident en « zone de montagne » (145 000 femmes). En « zone montagne », 14 % de la population a 75 ans ou plus, contre 10 % sur le territoire hors « zone de montagne ».

En s'attachant uniquement aux constats, il convient de noter que l'accès à des soins urgents n'est pas nécessairement conditionné par le caractère montagnard du territoire.

La part de la population à plus de 30 minutes d'une offre de soins de type « urgences, SMUR, MCS ou hélicoptère » est similaire dans le Gers (pas de communes classées en « zone montagne ») et dans les Hautes-Pyrénées (65 % de la superficie du département classée en « zone montagne »), environ 7 % de la population ; même si, au niveau régional, la part de la population à plus de 30 minutes d'une offre de soins de type « urgences, SMUR, MCS ou hélicoptère » est plus importante en « zone de montagne ».

Par ailleurs, la densité en cabinets de médecins généralistes libéraux ou mixtes est légèrement plus faible en « zone montagne » (105 cabinets pour 100 000 habitants contre 112). Toutefois, sur certains territoires, la densité en « zone montagne » peut être significativement supérieure à la densité hors « zone de montagne ».

Ainsi, il s'avère qu'aucune corrélation directe ne peut être établie entre territoires de montagne et l'offre ou les services de santé présents et mobilisables sur ces territoires.

POPULATIONS EN ZONE DE MONTAGNE

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Améliorer la prise en charge des populations en zone de montagne

L'enjeu principal est d'assurer l'équité territoriale en matière de prévention, de soins et d'accompagnement pour les populations qui habitent dans les territoires de montagne ou qui se retrouvent à devoir être prises en charge dans les zones concernées, notamment en situation d'urgence.

Au-delà des besoins quotidiens, les situations sanitaires exceptionnelles doivent également être anticipées, pour des événements qui surviendraient dans des territoires éloignés des grands centres urbains, notamment dans les zones de montagne caractérisées par des difficultés d'accès et nécessitant souvent des moyens d'intervention rapides et adaptés, tels que les moyens hélicoptés.

Dans l'ensemble du PRS, des projets structurants concrets existent, pour apporter des réponses aux populations situées en zone de montagne : voir tableau récapitulatif ci-après.

Ces projets sont repérés par une pastille graphique



Présence médicale et soignante, appui aux soins primaires dans les territoires	Favoriser l'accès aux soins primaires dans les zones fragilisées par un soutien à l'installation et à l'activité des professionnels et à l'exercice coordonné	Inciter aux stages des étudiants en médecine dans les zones sous-denses
Accessibilité à l'expertise et à la prise en charge pour les urgences vitales	Coordonner les moyens pour apporter la réponse adaptée dans la prise en charge des urgences vitales	Définir un schéma collaboratif des vecteurs aériens de secours d'urgence
Transformation numérique en santé	Améliorer l'accès territorial aux soins dans le cadre des parcours en développant l'usage de la télémédecine	Généraliser l'usage de la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
Transformation numérique en santé	Améliorer l'accès territorial aux soins dans le cadre des parcours en développant l'usage de la télémédecine	Expérimenter, développer et évaluer la télésurveillance médicale et le télé-suivi des patients à domicile
Transformation numérique en santé	Réorganiser et promouvoir une offre mutualisée	Améliorer l'efficacité de la filière imagerie portée par le numérique : les services numériques régionaux en imagerie (SNRI)

REPÈRES

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Filière de prise en charge des patients victimes d'Accident Vasculaire Cérébral	388
Thème - Accessibilité à l'expertise et à la prise en charge pour les urgences vitales	
Priorité - Organiser l'appui aux professionnels en charge de l'AVC	32
Projet - Améliorer l'orientation et la prise en charge en Unités Neuro Vasculaires des AVC/AIT	34
Projet - Augmenter le recours en urgence à l'expertise neurologique et neuroradiologique	36
Priorité - Promouvoir la prise en charge post AVC	38
Projet - Développer les consultations pluri-professionnelles post AVC	39
Projet - Promouvoir un protocole de coopération pour le diagnostic et l'évaluation de la spasticité suite à un AVC	40

ADDICTIONS

Filière - Personnes en situation d'addiction	424
Thème - Présence médicale et soignante. Appui aux soins primaires dans les territoires	
Priorité - Faciliter l'orientation et la prise en charge de proximité des usagers en situation complexe	21
Projet - Développer les microstructures pour la prise en charge des patients présentant des addictions	24
Thème - Prévention et promotion de la santé	
Priorité - Agir sur les comportements addictifs, en modifiant l'approche préventive et de réduction des risques	95
Projet - Prévenir et réduire le tabagisme chez les personnes en difficulté sociale .	98
Projet - Développer les actions de prévention des comportements addictifs dans les territoires en s'appuyant sur les CSAPA	99
Projet - Améliorer la prévention et la réduction des risques en milieu festif	100
Thème - Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice	
Priorité - Accompagner l'évolution des compétences pour les prises en charge spécifiques	133
Projet - Développer des actions de formation des professionnels en s'appuyant sur un pôle régional de formation de recherche en addictologie ..	136

BIOLOGIE MÉDICALE

Activité - Biologie médicale	398
Thème - Présence médicale et soignante. Appui aux soins primaires dans les territoires	
Priorité - Améliorer le recours des médecins aux examens de diagnostic en période de Permanence Des Soins Ambulatoire	25
Projet - Engager les laboratoires de biologie médicale dans le dispositif de permanence des soins ambulatoire	26
Thème - Pertinence	
Priorité - Consolider le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins comme levier d'amélioration de la pertinence	155
Projet - Promouvoir la pertinence de la prescription des examens de biologie médicale	156

CANCER

Parcours - Cancer	205
Parcours - Santé des couples, des mères, des enfants et des jeunes	
Priorité - Préserver le projet parental des patients atteints de cancer	293
Projet - Constituer des plateformes de préservation de la fertilité pour les patients atteints de cancer	294

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie . 373

Thème - Transformation numérique en santé

- Priorité - Améliorer l'accès territorial aux soins dans le cadre des parcours en développant l'usage de la télémédecine 48
- Projet - Expérimenter, développer et évaluer la télésurveillance médicale et le télésuivi des patients à domicile 53

Thème - Pertinence

- Priorité - Consolider le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins comme levier d'amélioration de la pertinence 155
- Projet - Promouvoir la pertinence des actes d'angioplastie coronaire 157

CHIRURGIE

Activité de soins - Chirurgie 324

DÉTENUS

Filière - Santé des personnes détenues 419

Thème - Transformation numérique en santé

- Priorité - Améliorer l'accès territorial aux soins dans le cadre des parcours en développant l'usage de la télémédecine 48
- Projet - Accompagner le déploiement et développer la télémédecine pour favoriser l'accès aux soins des personnes détenues 55

Thème - Prévention et promotion de la santé

- Priorité - Développer une culture de prévention et de promotion de la santé dans les établissements pénitentiaires 105
- Projet - Inciter les personnes détenues à renforcer leur hygiène de vie par les activités physiques et sportives 106

Parcours - Santé Mentale

- Priorité - Renforcer la prise en charge psychiatrique des personnes détenues 253
- Projet - Améliorer et harmoniser les pratiques d'isolement et de contention 254
- Projet - Renforcer le dépistage des facteurs de risques psychiatrique de radicalisation pour les personnes placées sous-main de justice 255

FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LEUR EXERCICE

Thème - Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice 121

GÉNÉTIQUE

Activité de soins - Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales 413

Thème - Prévention et promotion de la santé

- Priorité - Développer la médecine prédictive, préventive et personnalisée 107
- Projet - Faciliter l'orientation et l'accompagnement des patients atteints de maladies rares en situation d'errance diagnostique 109

Parcours - Cancer

- Priorité - Répondre de façon satisfaisante aux besoins de la région Occitanie en oncogénétique 215
- Projet - Organiser l'oncogénétique constitutionnelle en Occitanie 216

HAD

Modalité de prise en charge en HAD 319

IMAGERIE - ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

Activité - Équipements matériels lourds	402
Thème - Transformation numérique en santé	
Priorité - Améliorer la coordination des professionnels en favorisant le partage et l'échange d'informations	57
Projet - Améliorer l'efficacité de la filière imagerie portée par le numérique - les Services Numériques Régionaux en Imagerie (SNRI)	61
Thème - Pertinence	
Priorité - Développer la culture de la pertinence	150
Projet - Promouvoir plus de pertinence dans l'activité d'imagerie	153

INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Activité de soins - Traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale	379
Thème - Prévention et promotion de la santé	
Priorité - Permettre aux personnes de prévenir ou de « mieux vivre avec » leur(s) maladie(s) chronique(s) grâce à l'éducation thérapeutique	101
Projet - Favoriser l'implication des patients atteints d'insuffisance rénale, non dialysés, en leur proposant un programme d'éducation thérapeutique	104
Thème - Place et droits des usagers	
Priorité - Promouvoir un partenariat soignant-soigné de qualité pour permettre à l'usager d'être acteur de sa santé.....	114
Projet - Préparer le patient insuffisant rénal à la suppléance en l'associant au choix de la modalité de suppléance.....	117

JEUNES

Parcours - Santé des couples, des mères, des enfants et des jeunes	256
Thème - Prévention et promotion de la santé	
Priorité - Renforcer la prévention et la promotion de la santé par des interventions adaptées	82
Projet - Promouvoir l'éducation affective et sexuelle chez les jeunes en Occitanie.....	91
Projet - Prévenir l'obésité en école primaire et collège par la pratique de l'activité physique.....	93
Priorité - Agir sur les comportements addictifs, en modifiant l'approche préventive et de réduction des risques	95
Projet - Améliorer la prévention et la réduction des risques en milieu festif	100
Priorité - Permettre aux personnes de prévenir ou de « mieux vivre avec » leur(s) maladie(s) chronique(s) grâce à l'éducation thérapeutique.....	101
Projet - Accompagner les adolescents diabétiques dans le suivi de leur traitement.....	103
Thème - Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice	
Priorité - Accompagner l'évolution des compétences pour les prises en charge spécifiques	133
Projet - Former les professionnels de santé concernés aux soins de développement de l'enfant	134
Parcours - Personnes en situation de handicap	187
Priorité - Améliorer la précocité du diagnostic et de l'accompagnement de la personne en situation de handicap et de sa famille	191
Projet - Améliorer le repérage et la prise en charge précoce des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMPP et CMP	192
Priorité - Favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap	198
Projet - Développer les dispositifs de scolarisation et d'enseignement.....	199

Parcours - Santé Mentale

Priorité - Améliorer le diagnostic précoce et renforcer la prise en charge des troubles psychiatriques chez les enfants et adolescents	240
Projet - Etendre les dispositifs de soutien aux aidants et à la parentalité	242
Projet - Etendre les équipes mobiles adolescents complexes	243
Projet - Optimiser l'écoute et l'accueil des jeunes	244

MÉDECINE

Activité de soins - Médecine	313
------------------------------------	-----

MONTAGNE

Filière - Populations en zone de montagne	433
---	-----

Thème - Présence médicale et soignante. Appui aux soins primaires dans les territoires

Priorité - Favoriser l'accès aux soins primaires dans les zones fragilisées par un soutien à l'installation et à l'activité des professionnels	12
Projet - Inciter aux stages des étudiants en médecine dans les zones sous-denses	14

Thème - Accessibilité à l'expertise et à la prise en charge pour les urgences vitales

Priorité - Coordonner les moyens pour apporter la réponse adaptée dans la prise en charge des urgences vitales	29
Projet - Définir un schéma collaboratif des vecteurs aériens de secours d'urgence	30

Thème - Transformation numérique en santé

Priorité - Améliorer l'accès territorial aux soins dans le cadre des parcours en développant l'usage de la télémédecine	48
Projet - Généraliser l'usage de la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	51
Projet - Expérimenter, développer et évaluer la télésurveillance médicale et le télésuivi des patients à domicile	53
Priorité - Améliorer la coordination des professionnels en favorisant le partage et l'échange d'informations	57
Projet - Améliorer l'efficacité de la filière imagerie portée par le numérique - les Services Numériques Régionaux en Imagerie (SNRI)	61

PERMANENCE DES SOINS

Activité - Permanence des soins	355
---------------------------------------	-----

PERSONNES ÂGÉES - VIEILLISSEMENT

Parcours - Vieillesse	161
-----------------------------	-----

Thème - Transformation numérique en santé

Priorité - Améliorer l'accès territorial aux soins dans le cadre des parcours en développant l'usage de la télémédecine	48
Projet - Généraliser l'usage de la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	51

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Parcours - Personnes en situation de handicap	187
Thème - Transformation numérique en santé	
Priorité - Améliorer l'accès territorial aux soins dans le cadre des parcours en développant l'usage de la télémédecine.....	48
Projet - Généraliser l'usage de la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	51
Priorité - Soutenir les usages du numérique en santé	64
Projet - Améliorer la visibilité des dispositifs médico-sociaux d'accompagnement des personnes en situation de handicap par un portail dédié	66
Parcours - Vieillesse	
Priorité - Adapter l'offre en établissements médico-sociaux à des prises en charges spécifiques	180
Projet - Adapter la prise en charge en établissements médicaux-sociaux aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.....	182
Projet - Faciliter l'accès de la personne âgée et de la personne handicapée vieillissante aux compétences spécialisées	184
Parcours - Cancer	
Priorité - Garantir la prévention, le dépistage et l'accès aux soins en cancérologie pour les personnes en situation de handicap	227
Projet - Assurer une réponse en cancérologie adaptée pour les personnes handicapées sur tout le parcours.....	228
Parcours - Santé mentale	
Priorité - Favoriser l'accès des usagers aux dispositifs innovants en santé mentale.....	250
Projet - Promouvoir la réhabilitation psycho-sociale	252

PERTINENCE

Thème - Pertinence	148
Thème - Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice	
Priorité - Faire de la formation un levier pour la qualité, l'organisation et la pertinence des prises en charges.....	128
Projet - Mobiliser les acteurs des formations initiales et continues pour la mise en place de programmes éducatifs relatifs à la pertinence.....	131

PLACE ET DROITS DES USAGERS

Thème - Place et droits des usagers	112
--	-----

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Thème - Prévention et promotion de la santé	78
Thème - Présence médicale et soignante. Appui aux soins primaires dans les territoires	
Priorité - Accompagner l'évolution des pratiques et de la démarche préventive en soins primaires.....	18
Projet - Cibler les actions de prévention en soins primaires en s'appuyant sur les données de santé.....	19
Parcours - Santé des couples, des mères, des enfants et des jeunes	256
Priorité - Développer un parcours en promotion et éducation pour la santé chez l'enfant et le jeune (0-25 ans).....	306
Projet - Développer les compétences des enfants et accompagner les parents pour prévenir les troubles et prises de risques.....	307
Projet - Informer et accompagner les jeunes de 16 à 25 ans en situation d'insertion	308

QUALITÉ - SÉCURITÉ

Thème - Qualité - sécurité	138
Parcours Vieillesse	
Priorité - Promouvoir la juste prescription en développant la pharmacie clinique.....	177
Projet - Sécuriser la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées polymédiquées.....	178

RÉANIMATION - SOINS INTENSIFS - SURVEILLANCE CONTINUE

Activité de soins - Réanimation - Soins intensifs - Surveillance continue	364
--	-----

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Thème - Santé environnementale	73
---	----

SANTÉ MENTALE

Parcours - Santé Mentale	230
Thème - Transformation numérique en santé	
Priorité - Soutenir les usages du numérique en santé.....	64
Projet - Développer la santé connectée et les applications internet à destination des usagers en santé mentale.....	67
Thème - Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice	
Priorité - Faire de la formation un levier pour la qualité, l'organisation et la pertinence des prises en charges.....	128
Projet - Promouvoir le case management et l'approche multi-institutionnelle en santé mentale.....	129

SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE)

Thème - Situations sanitaires exceptionnelles (SSE)	69
--	----

SOINS PALLIATIFS

Activité de soins - Soins palliatifs	392
---	-----

SOINS PRIMAIRES

Thème - Présence médicale et soignante, appui aux soins primaires dans les territoires	5
Thème - Transformation numérique en santé	
Priorité - Améliorer la coordination des professionnels en favorisant le partage et l'échange d'informations.....	57
Projet - Déployer sur chaque territoire des Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNAC).....	59
Thème - Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice	
Priorité - Faire de la formation un levier pour la qualité, l'organisation et la pertinence des prises en charges.....	128
Projet - Professionnaliser la mission de coordination au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.....	130
Parcours - Cancer	
Priorité - Favoriser le suivi en ville et le traitement à domicile de la personne atteinte d'un cancer.....	224
Projet - Optimiser la prise en charge des patients traités au domicile (thérapies ciblées orales et chimiothérapies orales).....	225
Parcours - Santé Mentale	
Priorité - Renforcer l'action conjointe des professionnels autour du patient par l'intégration des services d'aides et de soins en santé mentale.....	246
Projet - Accentuer la collaboration entre les médecins généralistes et les équipes spécialisées de la psychiatrie.....	248

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)

Activité de soins - Soins de Suite et de Réadaptation 331

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Thème - Transformation numérique en santé 42

TRANSFRONTALIER

Filière - Populations en zone transfrontalière 429

URGENCES

Activité - Médecine d'urgence 347

Thème - Accessibilité à l'expertise et à la prise en charge pour les urgences vitales 28

Priorité - Coordonner les moyens pour apporter la réponse adaptée

dans la prise en charge des urgences vitales 29

Projet - Définir un schéma collaboratif

des vecteurs aériens de secours d'urgence 30



ARS OCCITANIE
Agence régionale de santé Occitanie
26-28 Parc-club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel
CS 30001
34067 MONTPELLIER Cedex 2
04 67 07 20 07

www.occitanie.ars.sante.fr



www.prs.occitanie-sante.fr

SGAR Occitanie

R76-2018-08-03-004

3- Ars Occitanie Projet Régional de Santé Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (précarité)

3- Ars Occitanie Projet Régional de Santé Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (précarité)

#3

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS



PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

POUR LA SANTÉ DE 6 MILLIONS
DE PERSONNES EN OCCITANIE



OCCITANIE
SANTÉ 2022

ars
●● Agence Régionale de Santé
Occitanie

#3

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS 2018 - 2022



CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE 2018 - 2027



SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2018 - 2022

ARS OCCITANIE

PRS PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

SOMMAIRE

I. CONTEXTE ET ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL	2
PRAPS OCCITANIE.	3
EN OCCITANIE, UNE PERSONNE SUR SIX VIT EN SITUATION DE PAUVRETÉ.....	3
LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES ONT UN ÉTAT DE SANTÉ PLUS DÉGRADÉ.....	5
LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : UNE ACCUMULATION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES.....	6
DÉFAVORISATION, RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION : L'EXISTENCE D'UN GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ.....	7
ANALYSE DE L'IMPACT DU GRADIENT SOCIAL SUR LE RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION.....	8
LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PLUS DÉMUNIS : UNE RÉPONSE PARTIELLEMENT EFFICACE... ..	10
II. SIX ENJEUX TRANSVERSAUX POUR GUIDER NOS CHOIX	13
III. DES PRIORITÉS AUX ACTIONS	16
1. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	20
2. RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS.....	21
3. CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	23
4. ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ.....	24
5. ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	26
IV. MODALITÉS DE GOUVERNANCE	29
V. SUIVI ET ÉVALUATION	30
ANNEXES.....	33

I. CONTEXTE ET ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL

PRAPS OCCITANIE	3
EN OCCITANIE, UNE PERSONNE SUR SIX VIT EN SITUATION DE PAUVRETÉ	3
LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES ONT UN ÉTAT DE SANTÉ PLUS DÉGRADÉ	5
LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : UNE ACCUMULATION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES	6
DÉFAVORISATION, RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION : L'EXISTENCE D'UN GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ	7
ANALYSE DE L'IMPACT DU GRADIENT SOCIAL SUR LE RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION	8
LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PLUS DÉMUNIS : UNE RÉPONSE PARTIELLEMENT EFFICACE	10

I. CONTEXTE ET ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL

PRAPS OCCITANIE

Issues de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions, quatre générations de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention aux Soins (PRAPS) ont successivement été mises en œuvre. Conforté par la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 et par celle du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le PRAPS, partie intégrante du Projet Régional de Santé (PRS), constitue pour l'ARS la feuille de route pour permettre aux personnes les plus éloignées de notre système de santé d'y accéder.

Le PRAPS doit s'appuyer sur la coordination des partenaires autour de ces problématiques et répondre à une logique de territorialisation.

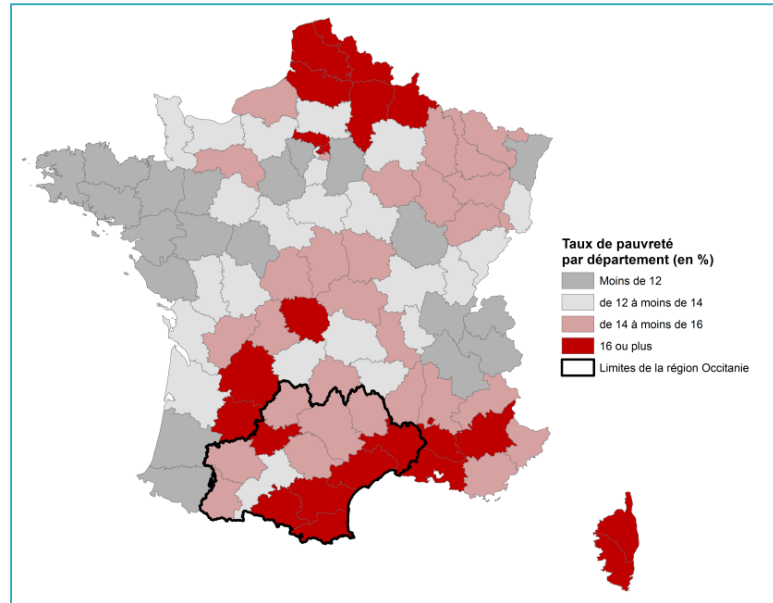
La cinquième génération de « PRAPS » constitue un enjeu fort pour la nouvelle région Occitanie afin de répondre aux besoins des populations, au plus près de leurs lieux de vie, en prenant en compte la disparité des territoires ainsi que la précarité très présente dans certains départements.

EN OCCITANIE, UNE PERSONNE SUR SIX VIT EN SITUATION DE PAUVRETÉ

La précarité recouvre différentes réalités en fonction des définitions utilisées et selon que l'on évoque les sans-abris, les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes au chômage de longue durée, les personnes en dessous du seuil de pauvreté, etc. Un gradient social existe ainsi parmi les plus pauvres au même titre que dans la population générale.

Une approche de la situation des populations les plus démunies à partir des données concernant les personnes en dessous du seuil de pauvreté (1 000 euros mensuels) place la région Occitanie au 4^{ème} rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, au 3^{ème} rang pour la pauvreté des moins de 30 ans et au 2^{ème} rang pour la pauvreté des 75 ans ou plus (après la Corse). Ce sont plus de 900 000 personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté sur cette région et qui constituent le public cible du PRAPS 2018-2022.

■ **Figure 1**
Les taux de pauvreté par département en 2013 en France métropolitaine



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2013

À l'échelle des départements, il existe de fortes disparités : la Haute-Garonne a un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale mais compte en valeur absolue le nombre de personnes sous le seuil de pauvreté le plus important (152 000 personnes), l'Aude est le deuxième département le plus pauvre de France, les Pyrénées-Orientales le troisième, le Gard le cinquième et l'Hérault le neuvième. Les espaces ruraux éloignés des centres d'emplois ainsi que les villes-centres des grands pôles urbains sont les zones les plus concernées par la pauvreté.

Ces réelles différences entre les départements et les territoires de la région Occitanie doivent être prises en compte et nécessitent de définir comme territoires prioritaires d'intervention : l'Aude, les Pyrénées-Orientales, le Gard, l'Hérault et la métropole toulousaine.

■ **Tableau 1**
La pauvreté des ménages dans les départements de la région Occitanie

	Taux de pauvreté Ensemble (%)	Taux de pauvreté des moins de 30 ans (%)	Taux de pauvreté des 75 ans ou plus (%)	Estimation du nombre de personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté*
Ariège	18,0	28,2	13,2	26 000
Aude	21,4	32,7	16,1	75 000
Aveyron	14,7	22,5	13,8	39 000
Gard	20,3	30,4	12,1	146 000
Haute-Garonne	12,4	22,3	9,1	152 000
Gers	14,8	23,3	16,0	27 000
Hérault	19,6	31,2	12,3	208 000
Lot	15,6	23,9	12,9	26 000
Lozère	15,7	21,8	16,9	11 000
Hautes-Pyrénées	14,3	26,5	11,2	32 000
Pyrénées-Orientales	21,0	34,3	14,3	95 000
Tarn	15,1	26,1	10,9	57 000
Tarn-et-Garonne	16,8	26,1	14,6	42 000
Occitanie	17,0	27,2	12,5	936 000

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2013

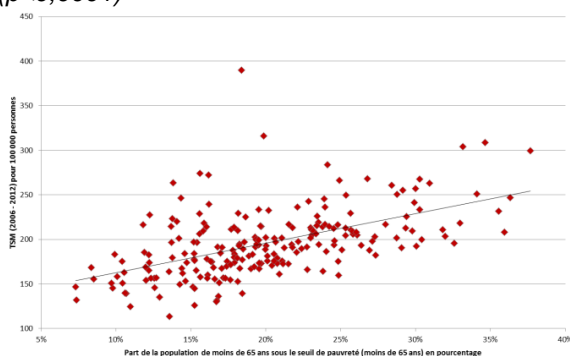
*Il s'agit d'une approximation. Le taux de pauvreté des ménages est appliqué au nombre de personnes dans les ménages fiscaux.

LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES ONT UN ÉTAT DE SANTÉ PLUS DÉGRADÉ

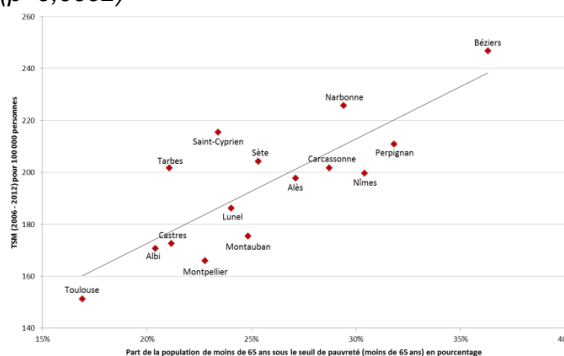
Il existe une corrélation forte entre la part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté et la mortalité prématurée (mortalité avant 65 ans). Les bassins de vie présentant un taux élevé de mortalité prématurée sont ceux présentant un taux élevé de pauvreté. La corrélation est d'autant plus forte si l'on restreint l'analyse aux bassins de vie les plus peuplés (plus de 50 000 habitants) (Figure 2).

▪ **Figure 2**
Taux standardisés de mortalité (TSM) prématurée (mortalité avant 65 ans, 2006-2012) et part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté en 2014 dans les bassins de vie de la région Occitanie

Ensemble des bassins de vie
coefficient de corrélation de Pearson = 0,54
($p < 0,0001$)



Bassins de vie de plus de 50 000 habitants
coefficient de corrélation de Pearson = 0,82
($p = 0,0002$)



Sources : Inserm CépiDC, Insee – base régionale précarité 2014

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : UNE ACCUMULATION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES

Au-delà de ce constat, l'enjeu majeur est de mieux comprendre le lien qui existe entre pauvreté et état de santé. Plusieurs dimensions susceptibles d'agir sur la santé existent, allant de l'individu jusqu'aux conditions socioéconomiques, culturelles, environnementales, à l'échelle de la société. En épidémiologie sociale, on distingue classiquement dans les déterminants de la santé, les comportements dits « individuels », les déterminants socio-économiques (incluant les facteurs dits matérialistes - expositions physiques, chimiques, spatiales -, les facteurs psychosociaux - contraintes organisationnelles, hiérarchiques -) et le système de soins. Or, la distribution de ces facteurs est socialement différenciée, ce qui se caractérise par des conduites à risques, une exposition aux risques environnementaux et professionnels plus fréquente et un recours plus faible aux services de santé et aux soins dans les catégories moins favorisées.

■ **Tableau 2**
Quelques déterminants de santé au regard des catégories socio-professionnelles

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Ouvriers (ouvriers ou ouvriers qualifiés)
Tabac¹		
Tabagisme quotidien	18,9%	37,8%
Surpoids-obésité des élèves de CM2 selon le groupe socioprofessionnel des parents²		
Surcharge pondérale (%)	12,7%	21,5%
Obésité (%)	1,4%	5,5%
Expositions professionnelles³		
Être exposé à au moins trois produits chimiques (%)	2,7%	31,8%
Bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 db(A) (%)	5,5%	46,8%

Sources :

¹Baromètre santé 2014, Inpes [2]

²DREES-DGESCO, enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 [3]

³DGT-DARES, enquête SUMER 2010 [4]

DÉFAVORISATION, RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION : L'EXISTENCE D'UN GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ

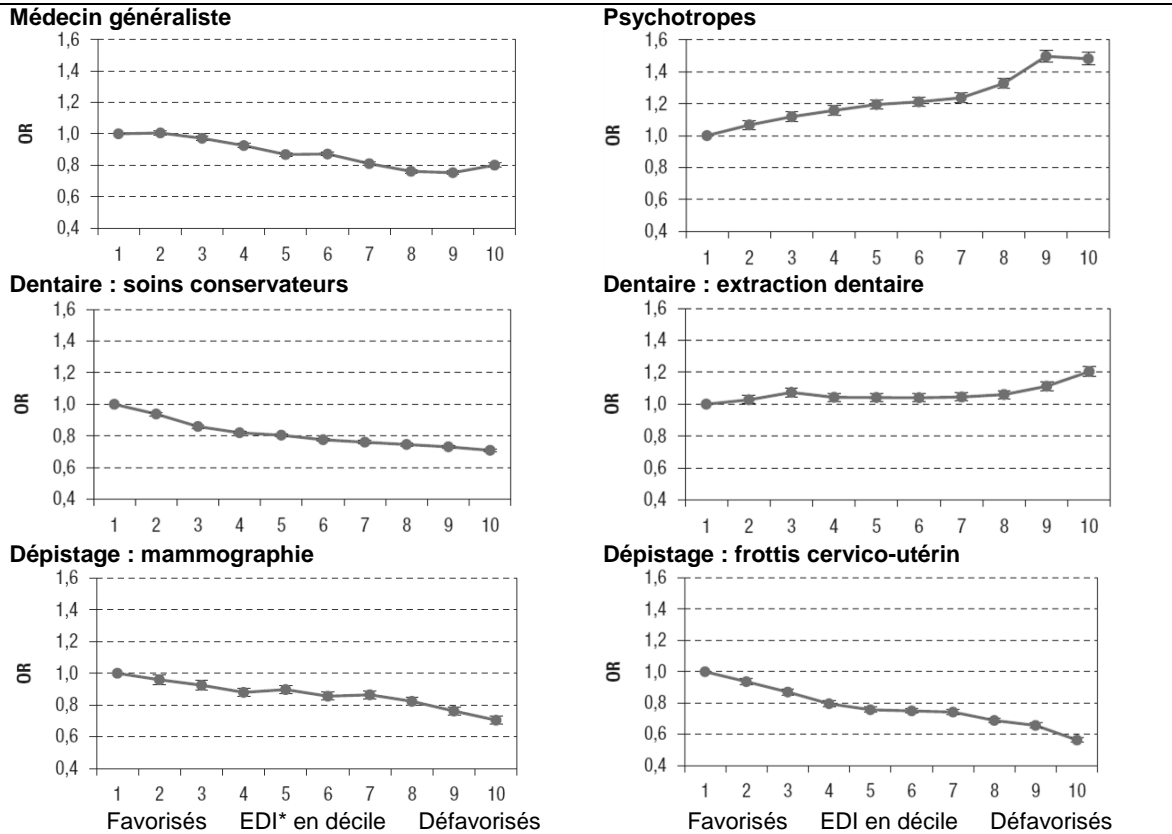
Sans en être le déterminant essentiel de l'état de santé, le système de soins et de prévention représente un déterminant important du niveau de santé des populations et participe aussi à la persistance voire à l'aggravation des inégalités sociales de santé. La transformation du système de soins est cependant un des leviers utilisables par les institutions pour réduire ces inégalités. Ainsi, l'analyse des systèmes de compensation centrés sur la précarité, sur la limitation des inégalités sociales de santé paraît primordiale pour l'action publique.

À ce titre, un travail spécifique a été conduit en Occitanie (région ex-Midi-Pyrénées) pour mesurer les niveaux de recours aux soins au regard du niveau de défavorisation et de pauvreté de la population. Pour pallier l'absence de données socio-économiques individuelles dans les bases de données médico-administratives, un indicateur écologique de défavorisation, l'EDI (European Deprivation Index), est utilisé, discrétisé en 10 classes, de la situation la plus favorable EDI 1 à la situation la plus défavorable EDI 10.

Les indicateurs présentés ici (Figure 3), décrivent des marqueurs du recours aux soins ou à la prévention, notamment pour les personnes en situation de pauvreté. Leur analyse, détaillée ci-dessous, permet de mettre en avant l'effet de systèmes de compensation dans la limitation des inégalités de santé (notamment pour l'accès aux médecins généralistes ou le dépistage du cancer du sein) ou inversement l'impact du gradient social sur l'accès aux soins (exemple de la consommation de psychotropes ou recours à l'extraction dentaire).

■ Figure 3

Gradient social de recours aux soins pour chacun des indicateurs étudiés, ex-région Midi-Pyrénées, 2012
Odds ratios (en fonction de l'indice de défavorisation (EDI) ajustés sur l'âge, le sexe et l'ALD)



Source : Bull Epidémiol Hebd. 2016;(1):2-8 [6]

EDI : European Deprivation Index (indicateur de défavorisation) [5]

ANALYSE DE L'IMPACT DU GRADIENT SOCIAL SUR LE RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION

ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES, LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Plus les personnes vivent dans une zone défavorisée, plus le recours au médecin généraliste dans l'année est faible. Cette association prend la forme d'un gradient qui s'atténue un peu dans les zones les plus défavorisées (deux derniers déciles) qui concentrent aussi le plus grand nombre de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). La CMU-C pourrait ainsi compenser en partie le gradient social de recours primaire aux soins. À l'inverse, l'offre de soins en médecine générale ne permet pas de réduire ce gradient : en effet, l'offre augmente avec le niveau de défavorisation du fait d'un meilleur accès théorique aux médecins généralistes en ville, là où se concentrent les plus fortes zones de défavorisation et de pauvreté [7].

ACCÈS A LA PRÉVENTION, LES DÉPISTAGES DES CANCERS

Un gradient social dans le recours au dépistage du cancer du sein, comme du cancer du col de l'utérus, est observé. Les taux de recours aux dépistages décroissent fortement avec le niveau de défavorisation.

Ces gradients ne sont pas réduits par la prise en compte du fait de bénéficier de la CMU-C ou de l'offre de médecins généralistes. On peut supposer que les campagnes de dépistage organisé du cancer du sein contribuent à réduire le gradient social qui est moins marqué que pour le cancer du col de l'utérus.

SOINS DENTAIRES CONSERVATEURS ET EXTRACTIONS DENTAIRES

Pour le recours aux soins dentaires conservateurs, le recours décroît régulièrement avec le niveau de défavorisation. À l'inverse, le recours à l'extraction dentaire augmente légèrement et en particulier pour les deux déciles les plus défavorisés. Si elles ont en commun d'être des soins dentaires, il s'agit de consommations totalement différentes :

- En effet, le recours à un chirurgien-dentiste pour des soins conservateurs peut s'apparenter à un recours de prévention. Ce recours diminue avec la défavorisation. Ce gradient est moins marqué chez les bénéficiaires de la CMU-C, en faveur d'un effet de rattrapage des inégalités d'accès à ce type de soins en direction des plus pauvres.
- À l'inverse, le recours au chirurgien-dentiste pour une extraction dentaire signe un recours tardif aux soins, en lien probable avec un état dentaire plus dégradé, plus fréquemment retrouvé chez les plus pauvres (deux derniers déciles). Or, chez ces derniers, le fait de bénéficier de la CMU-C est plus fréquent et pourrait favoriser ce recours. On observe en effet que les bénéficiaires de la CMU-C ont un recours à l'extraction dentaire de 70 % supérieur au recours des autres assurés. Là encore le fait de bénéficier de la CMU-C permet un rattrapage voire un comportement spécifique avec un recours aux soins, mais tardif.

Dans les deux cas l'offre de soins, ici la disponibilité des chirurgiens-dentistes, n'influence aucun des deux recours, suggérant que les phénomènes observés ne sont pas un problème d'offre [8].

PSYCHOTROPES

Le lien entre difficultés socioéconomiques et santé mentale est bien connu et un gradient social de recours aux médicaments psychotropes est observé, cette prescription augmentant avec la défavorisation. Même si rien ne permet de l'affirmer, un sur-recours traduisant une tendance à la médicalisation de problèmes sociaux ne peut pas être exclu pour expliquer ce gradient [9].

EN SYNTHÈSE

L'analyse de l'ensemble des indicateurs d'accès aux soins et à la prévention met en évidence une corrélation entre les niveaux de défavorisation et la fréquence du recours aux soins et à la prévention.

Cette corrélation prend le plus souvent la forme d'un gradient qui suit le niveau de défavorisation et qui est plus ou moins marqué selon les indicateurs analysés.

Il semble ne pas se limiter à la frange la plus défavorisée de la population.

Pour certains indicateurs comme le recours primaire aux soins ou les soins dentaires, certains dispositifs de compensation telle que la CMU-C semblent pouvoir atténuer cette relation.

Les gradients sociaux de santé traversent l'ensemble des territoires de la région. L'accessibilité à l'offre de soins propres à chaque territoire ne semble pas avoir d'influence significative sur le gradient. [8].

LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PLUS DÉMUNIS : UNE RÉPONSE PARTIELLEMENT EFFICACE

Les personnes en situation de précarité ne présentent pas de pathologies spécifiques, en revanche, leur état de santé est plus détérioré que pour le reste de la population, ce constat se retrouvant de façon plus marquée pour les plus pauvres et les plus exclus : les personnes sans « chez soi », les immigrés, les étrangers en situation irrégulière...

Devant cette situation, reflétant notamment les difficultés d'accès au droit commun des personnes en situation de précarité, des dispositifs spécifiques, au croisement de la santé et du social, ont vu le jour depuis une quinzaine d'années.

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), situées massivement dans les établissements de santé publics, sont chargées de repérer les personnes en difficulté, d'assurer leur prise en charge ambulatoire et l'ouverture de leurs droits sociaux. En 2015, les PASS d'Occitanie ont accueilli 14 500 personnes (12 900 en 2014) et ont enregistré près de 34 000 passages. L'activité est en constante hausse.

Une dotation spécifique en 2014 a permis la mise en place d'une **PASS Régionale**, portée par deux établissements de santé, à Toulouse et à Béziers. Celle-ci a pour mission de coordonner l'activité des PASS, d'harmoniser les pratiques et les organisations et de développer les échanges.

Par ailleurs, des dispositifs médico-sociaux de prise en charge de la souffrance psychique et somatique ont été développés : les **Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)**, les **Lits Halte Soins Santé (LHSS)**, les **Lits d'Accueil Médicalisé (LAM)** et les **ACT « un chez soi d'abord »**.

Les ACT proposent un hébergement temporaire à des personnes en situation de fragilité sociale, présentant une pathologie chronique invalidante et nécessitant des soins (SIDA, Hépatite, cancer ...).

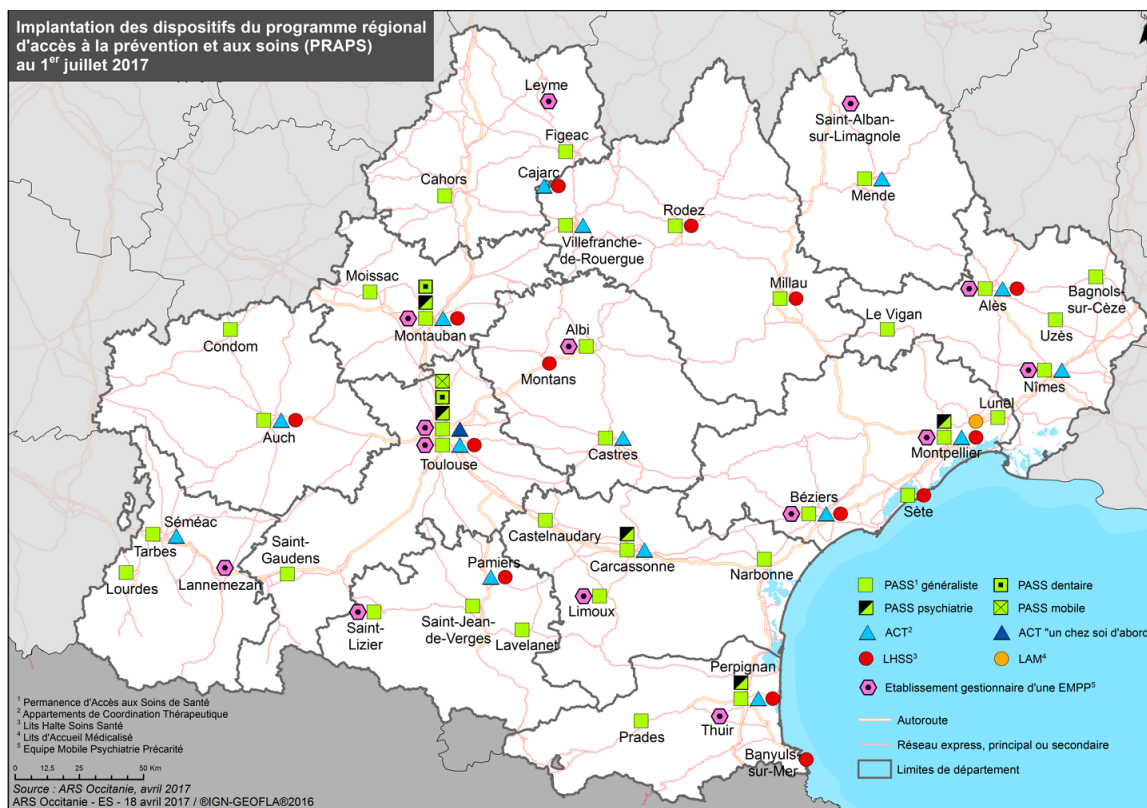
Les LHSS sont chargés d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile et dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec la vie à la rue.

Pérennisés en 2012 à la suite d'une expérience de deux ans et dans le prolongement de l'activité des LHSS, les LAM sont destinés à la prise en charge de toute personne à la rue présentant des pathologies lourdes la privant d'autonomie. Ils répondent à l'absence de structures adaptées pour des prises en charge complexes.

Le dispositif « Housing first », programme expérimental dans un premier temps, est intégré au droit commun au 1^{er} janvier 2017 sous l'appellation « ACT un chez soi d'abord ». Ce dispositif vise à favoriser l'accès et le maintien dans un logement ordinaire de personnes sans-abri atteintes de troubles psychiques sévères. Une équipe pluridisciplinaire accompagne les usagers.

Enfin, les **Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)** sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion et souffrant de troubles psychiques. Elles interviennent auprès de ces populations et ont vocation à soutenir les équipes sociales de première ligne qui sont confrontées à des situations de vulnérabilité et de fragilité psychique.

■ **Figure 4 :**
Implantation des dispositifs spécifiques du PRAPS en région Occitanie au 1^{er} juillet 2017



II. SIX ENJEUX TRANSVERSAUX POUR GUIDER NOS CHOIX

LA TERRITORIALISATION	13
L' « ALLER-VERS », DONT LA MÉDIATION SANTÉ ET L'INTERPRÉTARIAT	13
LA MOBILISATION ET LA COORDINATION DES ACTEURS ET DES SECTEURS	13
L'ACCOMPAGNEMENT VERS ET DANS LE DROIT COMMUN	14
LA PARTICIPATION DES USAGERS	14
L'INFORMATION ET LA FORMATION DES PROFESSIONNELS	14

II. SIX ENJEUX TRANSVERSAUX POUR GUIDER NOS CHOIX

Six principes transversaux ont guidé la réflexion pour l'élaboration du PRAPS 2018-2022 et in fine les choix de priorités et d'actions qui seront portées par l'ARS :

1. LA TERRITORIALISATION

La question des enjeux territoriaux des politiques de santé est plus que jamais d'actualité dans ce premier PRAPS de la nouvelle grande région Occitanie. En effet, certains territoires de la région pour lesquels l'impact de la précarité est fort nécessitent une attention particulière : l'Aude, les Pyrénées-Orientales, le Gard, l'Hérault et la métropole toulousaine. Les collectivités territoriales, de par leur connaissance des besoins des publics qu'elles reçoivent et accompagnent, et par leurs actions de proximité, peuvent jouer un rôle significatif dans la réussite de la territorialisation de la politique régionale.

La question des publics « invisibles » (travailleurs pauvres, étudiants, personnes âgées isolées ...) et de leur repérage, doit être appréhendée également dans une approche de territoire.

2. L'« ALLER-VERS », DONT LA MÉDIATION SANTÉ ET L'INTERPRÉTARIAT

Pour agir au plus près des lieux de vie des publics, les professionnels mettent en avant la nécessité d'une démarche d'« aller vers ». La médiation santé et l'interprétariat s'inscrivent dans cette dynamique. Ces deux champs d'activité sont pris en compte dans le PRAPS à travers le renforcement des compétences en matière de médiation santé (savoirs, savoir-faire et savoir-être) et le renforcement des moyens en matière d'interprétariat.

3. LA MOBILISATION ET LA COORDINATION DES ACTEURS ET DES SECTEURS

L'enjeu du PRAPS est de dépasser les approches sectorielles et de tendre vers une transversalité des actions : travailler l'articulation des acteurs et des interventions est une nécessité.

Les préventeurs (Mutuelles, MSA, ...) sont à l'origine d'initiatives (repérage, promotion et éducation à la santé, ...) à l'attention des personnes en situation de précarité, qu'il convient de relayer, lorsqu'elles sont probantes.

L'ensemble des acteurs doit aller dans la même direction et travailler en étroite collaboration, qu'il s'agisse des Conseils Départementaux (schémas ou programmes départementaux d'insertion), des communes ou des EPCI (CCAS/CIAS, services communaux de promotion de la santé), de l'Education Nationale, de l'Assurance Maladie (CPAM, services sociaux des CARSAT ...).

4. L'ACCOMPAGNEMENT VERS ET DANS LE DROIT COMMUN

La finalité ultime du PRAPS est de faire accéder les personnes démunies au droit commun : les actions doivent permettre d'adapter les dispositifs de santé de droit commun à ces populations. Cet objectif, largement mis en avant par l'ensemble des acteurs sollicités dans le cadre d'une large phase de concertation, passe par un accompagnement soutenu, plus précoce et étroit des personnes.

5. LA PARTICIPATION DES USAGERS

Le développement de la participation des usagers est une clé de transformation majeure du système de santé, dans une logique de renforcement de la capacité d'agir des personnes et de démocratie sanitaire.

Elle vise à associer les personnes concernées à l'élaboration et la mise en œuvre d'actions selon des modalités qui peuvent être multiples : simple information, consultation, implication, ou encore co-construction. La Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) Occitanie a contribué à la démarche de construction du PRAPS en associant les personnes accompagnées lors de groupes de réflexion et d'échanges sur les questions de santé, et en élaborant un document de synthèse.

Au-delà de la recherche de la participation des usagers aux instances de pilotage du PRAPS, il conviendra de faciliter l'expression de la parole des usagers en programmant, par exemple, des rencontres sur leurs lieux de vie, notamment au sein des structures d'hébergement et des ESMS pour publics confrontés à des difficultés spécifiques.

Tout projet qui vise à rendre les usagers encore davantage acteurs de leur parcours, voire même pour certains au service des autres usagers (implication de « patients partenaires » ...), participe à cet enjeu, à la condition que cela n'accroisse pas les inégalités sociales de santé.

6. L'INFORMATION ET LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

La question de l'information et de la formation est un besoin largement partagé par les professionnels. L'adaptation de leurs pratiques aux spécificités des publics en situation de précarité est indispensable. Pour ce faire, le PRAPS veille à développer la formation initiale et continue des professionnels.

Tous les professionnels du premier recours sont potentiellement concernés avec leurs compétences respectives, s'ils disposent des outils nécessaires pour repérer et orienter des situations (ex. : grossesses, vieillissement précoce physique et/ou cognitif ...).

EN SYNTHÈSE :

Au regard des éléments de contexte régionaux et des six principes transversaux de réflexion précédemment cités, une phase de concertation régionale (consultation interne à l'ARS Occitanie, avec les délégations départementales de l'ARS, et une large consultation externe auprès des partenaires institutionnels et associatifs de la région) a permis de dégager 5 grandes priorités d'actions :

- Faciliter l'accès aux droits des personnes en situation de précarité,
- Renforcer les dispositifs spécifiques d'accès à la prévention et aux soins,
- Contribuer à une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité,
- Accompagner vers et dans le droit commun et favoriser la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes en situation de précarité,
- Adapter l'offre de prévention, de dépistage et de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) aux personnes en situation de précarité.

III. DES PRIORITÉS AUX ACTIONS

1. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 20
2. RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES
D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS 21
3. CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN
COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 23
4. ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN
ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES
CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 24
5. ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION,
DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 26

III. DES PRIORITÉS AUX ACTIONS

Les 5 grandes priorités d'actions sont ensuite déclinées en objectifs opérationnels et actions structurantes qui représentent l'architecture globale du PRAPS. Les actions structurantes ont fait l'objet de fiches-actions jointes en annexe.

Priorités d'actions		Objectifs opérationnels	Actions structurantes	
1. Faciliter l'accès aux droits des personnes en situation de précarité	1.1	Favoriser l'accessibilité à l'information sur les droits pour les personnes en situation de précarité	1.1.1	Mettre en place et/ou poursuivre les dispositifs collectifs d'information sur l'accès aux droits et aux soins dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité
			1.1.2	Mettre à disposition l'information sur l'accès aux droits et aux soins par l'intermédiaire notamment des MSAP
	1.2	Développer un travail intersectoriel et partenarial	1.2.1	Mettre en place des conventionnements entre les CPAM et les structures pour identifier un interlocuteur privilégié
			1.2.2	Organiser des réunions collectives des partenaires sur l'accès aux droits et aux soins afin d'informer les professionnels et les bénévoles
2. Renforcer les dispositifs spécifiques d'accès à la prévention et aux soins	2.1	Agir au plus près des publics sur les territoires et développer l'offre de soins	2.1.1	Organiser et structurer des permanences hors les murs des PASS, au plus près des lieux de vie, d'accueil et d'hébergement, des personnes en situation de précarité
			2.1.2	Déployer une offre de soins dentaires dans les PASS
			2.1.3	Finaliser le maillage territorial des LHSS et LAM, renforcer les ACT et structurer les PASS
	2.2	Renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé	2.2.1	Organiser des permanences de professionnels de santé libéraux et d'étudiants en faculté d'odontologie dans les PASS et conventionner avec les MSP et les Centres de santé dentaire
			2.2.2	Mobiliser les URPS, les Conseils de l'ordre et la Fédération des maisons de santé pour une meilleure connaissance des dispositifs et une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité
	2.3	Développer la coordination des dispositifs et des structures	2.3.1	Renforcer l'usage du DMP pour les personnes en très grande précarité
			2.3.2	Créer une instance de coordination territoriale pour améliorer le parcours de soins et de prévention des personnes en situation de précarité
			2.3.3	Organiser des temps d'échanges entre les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social
	3. Contribuer à une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité	3.1	Promouvoir « l'aller vers » les publics et les professionnels	3.1.1
3.2.1				Coordonner les acteurs locaux pour l'examen des cas complexes, en veillant à la cohérence des différents dispositifs ou instances de coordination Organiser des rencontres au niveau départemental
3.2		Favoriser la coordination des acteurs	3.2.1	Coordonner les acteurs locaux pour l'examen des cas complexes, en veillant à la cohérence des différents dispositifs ou instances de coordination Organiser des rencontres au niveau départemental
			3.2.2	Mobiliser les établissements de santé en psychiatrie et des structures des champs social et médico-social pour une meilleure coordination territoriale du parcours de soins en santé mentale des personnes en situation de précarité, afin notamment de sécuriser leur entrée et leur sortie des dispositifs d'urgence

4. Accompagner vers et dans le droit commun et favoriser la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes en situation de précarité	4.1	Faciliter l'accès à la médecine de ville	4.1.1	Informers les professionnels du premier recours des outils disponibles de repérage et d'orientation des personnes en situation de précarité
			4.1.2	Favoriser la prise en charge globale des personnes en situation de précarité ayant vécu à la rue et présentant des pathologies liées à un vieillissement précoce, afin de les accompagner vers le droit commun
			4.1.3	Mettre à disposition des professionnels de santé libéraux une offre d'interprétariat en santé
			4.1.4	Soutenir la médiation en santé
	4.2	Promouvoir les programmes d'ETP auprès des personnes en situation de précarité	4.2.1	Inciter les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social à orienter les personnes en situation de précarité souffrant de maladies chroniques vers les programmes d'ETP
			4.2.2	Adapter et mettre en place des programmes d'ETP de proximité sur les thèmes prioritaires (diabète de type II, obésité et nutrition, affections cardiovasculaires et affections respiratoires) afin d'augmenter la part des personnes en situation de précarité dans les publics participant à des programmes d'ETP
4.2.3			Mettre en place systématiquement le score EPICES dans les programmes d'ETP afin de repérer la participation des personnes en situation de précarité aux programmes	
5. Adapter l'offre de prévention, de dépistage et de RdRD aux personnes en situation de précarité	5.1	Favoriser le recours aux dispositifs de prévention CV, CLAT, CeGIDD, CPEF des personnes en situation de précarité	5.1.1	Regrouper géographiquement les dispositifs (CV, CLAT, CeGIDD, CPEF) sur le même site et travailler la coordination des interventions
			5.1.2	Faire intervenir les équipes sur les lieux de vie des populations et organiser des permanences dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité
	5.2	Améliorer le recours au dépistage organisé des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) via les structures en charge du dépistage organisé	5.2.1	Déployer sur quelques territoires repérés au moyen des indicateurs de défavorisation, des actions de promotion du dépistage organisé auprès des publics en situation de précarité et repérer les actions probantes
			5.2.2	Mobiliser les professionnels de santé, les « personnes relais » identifiées, les centres de santé, les MSP et les CES pour la promotion du dépistage organisé au niveau de chaque département
	5.3	Favoriser les pratiques de prévention chez les personnes en situation de précarité	5.3.1	Permettre aux plus exclus d'accéder à des espaces d'hygiène
			5.3.2	Améliorer les connaissances des repères nutritionnels et leur mise en pratique chez les personnes en situation de précarité
	5.4	Favoriser la prévention, la prise en charge des conduites addictives et la RdRD auprès des personnes en situation de précarité	5.4.1	Mettre en place des modules de sensibilisation sur les risques des conduites addictives auprès des personnes en situation de précarité
			5.4.2	Accompagner les professionnels dans l'acquisition d'une posture pro-active et éducative en matière de prévention, de RdRD et de prise en charge des conduites addictives et des pathologies infectieuses Mettre en œuvre la coordination des acteurs et des actions

1. PRIORITÉ D'ACTION N°1 : FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

De nombreux obstacles à l'accès aux droits des personnes en situation de précarité subsistent, expliquant en partie des renoncements aux soins et contribuant pour une part, au maintien d'inégalités sociales de santé. Ces difficultés d'accès aux droits sont liées à la fois, à une ignorance et une méconnaissance des droits et du système de protection sociale, à la complexité et la lourdeur des démarches administratives (délais de traitement, format dématérialisé des démarches...), ainsi qu'à des représentations et à différentes formes de renoncement.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) développent un nouveau dispositif, les Plateformes d'Intervention Départementales pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS), qui vise à détecter les renoncements aux soins et à assurer un accompagnement complet des assurés sociaux. Les agents des PFIDASS suivent personnellement les dossiers et accompagnent l'assuré jusqu'à la réalisation des soins (information sur les droits, aide dans la recherche d'une complémentaire santé, étude de devis, etc.). Les Centres d'Examen de Santé (CES), également portés par les CPAM, sont des lieux de dépistage et de prévention. Ils permettent à tous les assurés du régime général de bénéficier d'un bilan de santé gratuit.

Un travail de sensibilisation sur les droits en matière de santé auprès des personnes elles-mêmes et des professionnels qui les accompagnent ainsi qu'une simplification des démarches permettra d'améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de précarité.

ACTIONS EN DIRECTION DES PUBLICS :

- L'information en direction des publics demeure une priorité, la mise en place de séances sur les droits et la santé sur les lieux de vie par les CPAM est prévue (*fiche-action n°1.1.1 en annexe*).
- En s'appuyant sur les Maisons de Services Au Public (MSAP), la mise à disposition d'informations sur les droits est programmée (*fiche-action n°1.1.2 en annexe*).

ACTIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS :

- Pour faciliter l'accès au droit commun, l'appui des PFIDASS sera recherché au travers par exemple d'un conventionnement avec les PASS et les structures et par une généralisation des conventionnements entre l'Assurance Maladie et les structures accueillant les personnes en situation de précarité (*fiche-action n°1.2.1 en annexe*).
- L'information collective et régulière des partenaires du territoire sur les actualités réglementaires et l'offre de services de l'Assurance Maladie est à déployer sur tous les départements (*fiche-action n°1.2.2 en annexe*).

2. PRIORITÉ D'ACTION N°2 : RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Les différents dispositifs spécifiques (PASS, LHSS, ACT et LAM) poursuivent une même finalité : faire accéder les populations en situation de précarité au droit commun.

En Occitanie :

- 43 PASS sont présentes sur les 13 départements, adossées à 37 établissements de santé (35 PASS généralistes, 5 PASS psychiatriques, 2 PASS dentaires, 1 PASS mobile). Le maillage territorial est satisfaisant pour les soins généralistes : les PASS sont présentes sur tous les départements avec au minimum deux dispositifs par département (excepté la Lozère). Des manques sont repérés à la fois pour les PASS dentaires (2 pour toute la région) et les PASS psychiatriques (au nombre de 5).
- 93 places de LHSS sont réparties sur 10 départements : Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne, Aveyron, Gers, Haute-Garonne, Ariège, Pyrénées-Orientales, Hérault et Gard. Les départements de l'Aude, des Hautes-Pyrénées et de la Lozère ne disposent pas de LHSS.
- 211 places d'ACT sont réparties sur les 13 départements. Chaque département dispose d'au moins une structure porteuse d'ACT.
- Une unité de 20 LAM est présente à Montpellier.
- 100 places d'ACT « Un chez soi d'abord » fonctionnent à Toulouse.

Structurer et renforcer ces dispositifs est toujours une nécessité : les territoires de la région Occitanie en sont inégalement pourvus et ils doivent s'inscrire dans une démarche d'« allers vers » les publics. Les PASS doivent aussi renforcer l'offre en soins dentaires, la santé bucco-dentaire est un des marqueurs fort de la précarité et ce, dès le plus jeune âge. Les retentissements sur l'état de santé, l'image et l'estime de soi en sont le corolaire. Le non-recours au soin ou un recours tardif sont plurifactoriels ; le frein financier notamment pour les prothèses est souvent mis en avant, le refus de soins de certains professionnels également.

Enfin, la coordination entre les dispositifs et la connaissance de ceux-ci par les professionnels libéraux est à développer.

ACTIONS EN DIRECTION DES PUBLICS :

- Renforcer les missions d'« aller vers » des PASS en organisant et structurant des permanences hors les murs des PASS, au plus près des lieux de vie, d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de précarité (fiche-action n°2.1.1 en annexe).
- En partenariat avec la faculté d'Odontologie de Toulouse, il est prévu que les étudiants en chirurgie dentaire de 6^{ème} année puissent intervenir sur les fauteuils dentaires situés au sein des établissements de santé disposant d'une PASS. L'ARS pourra soutenir l'acquisition du fauteuil. En partenariat avec la Mutualité Française Occitanie, des conventions avec les centres de santé dentaires seront mis en œuvre, pour organiser un accès aux soins dentaires dans des délais raisonnables et pour différer la facturation des soins à l'ouverture des droits sociaux. (fiche-action n°2.1.2 en annexe).
- Pour favoriser l'accès au droit commun, notamment en matière de soins généralistes et dentaires, il est prévu d'organiser des permanences de professionnels de santé libéraux dans les PASS, de conventionner avec les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), de permettre aux étudiants en faculté d'odontologie d'assurer des permanences de soins dentaires dans les PASS et de conventionner avec les Centres de santé dentaires de la Mutualité Française Occitanie (fiche-action n°2.2.1 en annexe).

ACTIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS :

- La structuration des PASS au regard du cahier des charges national demeure un objectif, de même que la présence des dispositifs LHSS sur tous les départements et le renforcement des ACT /hébergement et ACT à domicile (fiche-action n° 2.1.3 en annexe).
- Coordonner ces dispositifs sur les territoires devient une priorité, avec la création d'une instance ad-hoc qui pourrait s'adosser sur les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) (fiche-action n°2.3.2 en annexe). Cette ambition forte fait sens pour d'autres thématiques connexes, notamment dans le cas de la filière addictions.
- L'amélioration de la connaissance des dispositifs (finalité, missions, implantation et périmètre d'intervention) et des spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité par les professionnels passera par la mobilisation et l'information des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), Conseils de l'Ordre et Fédération des maisons de santé (fiche-action n°2.2.2 en annexe).
- La prise en charge des personnes en très grande précarité, à la rue notamment, par les services d'urgence auxquels ils ont recours de façon très régulière, nécessite de la coordination : dans ce cadre, le renforcement de l'usage du Dossier Médical Partagé (DMP) est à déployer (fiche-action n°2.3.1 en annexe).
- Enfin, les temps d'échanges entre les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social demeure un axe fort de la déclinaison du PRAPS sur les territoires (fiche-action n°2.3.3 en annexe).

3. PRIORITÉ D'ACTION N°3 : CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes. Des enquêtes spécifiques menées sur les lieux de vie des populations précaires ou sans-domicile attestent cependant de la surreprésentation de la maladie mentale au sein de la population en situation de précarité, particulièrement dans ses formes sévères. Le lien entre santé mentale et précarité comporte deux dimensions :

- D'une part, la décompensation mentale d'une psychose ou d'une névrose, les troubles avérés de la personnalité participent à la précarisation des personnes altérant leurs aptitudes sociales, économiques et relationnelles.
- D'autre part, les situations d'exclusion et de précarité fragilisent les personnes, c'est ce qui est appelé souffrance psychosociale.

Cette souffrance psychosociale peut, chez certaines personnes, induire une décompensation, une maladie mentale avérée, ou des troubles patents de la personnalité. Pour d'autres, elle va induire de la souffrance psychique dont les manifestations sont le plus souvent imperceptibles, plutôt du côté du retrait, du bas bruit, donc souvent difficile à repérer. Elle peut aussi se révéler sous la forme d'une maladie psychosomatique.

Cette question constitue la problématique de santé à laquelle les structures en charge d'accueillir et/ou d'héberger les personnes en situation de précarité sont le plus souvent confrontées et particulièrement en difficulté pour apporter les réponses adaptées.

À ce titre, les EMPP constituent le dispositif à même de répondre aux besoins des populations et des professionnels sociaux. Ce dispositif mérite donc d'être poursuivi, renforcé ou créé sur les territoires du fait de leur double mission :

- Aller au-devant des personnes afin de faciliter la prévention, le repérage des besoins et l'orientation vers les dispositifs de soins.
- Créer du lien entre les secteurs de la psychiatrie et les équipes sociales et médico-sociales pour faciliter la coordination de la prise en charge. L'amélioration de la coordination favorise une continuité dans le parcours de soin en psychiatrie des personnes en situation de précarité.

La région Occitanie compte 14 EMPP, réparties sur 11 départements. Le Gers et l'Aveyron n'en sont pas pourvus ; les départements du Gard, de la Haute-Garonne et de l'Hérault disposent de 2 EMPP.

ACTIONS EN DIRECTION DES PUBLICS :

- Renforcer le rôle et les missions des EMPP pour une meilleure adaptation aux publics rencontrés et aux terrains d'action ainsi qu'une meilleure accessibilité et visibilité par les partenaires, cette action s'appuiera sur une évaluation régionale, la coordination régionale du dispositif pourrait être confiée à la PASS Régionale (fiche-action n°3.1.1 en annexe).

ACTIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS :

- La coordination des acteurs locaux pour l'examen de cas complexes en veillant à la cohérence des différents dispositifs ou instances de coordination est à initier ; les rencontres au niveau départemental sur cette thématique et les stages croisés entre la santé et le social sont à développer (fiche-action n°3.2.1 en annexe).
- Enfin la mobilisation des établissements de santé en psychiatrie et des structures des champs social et médico-social pour le parcours de soins en santé mentale des personnes en situation de précarité est à mettre en place (fiche-action n°3.2.2 en annexe).

4. PRIORITÉ D'ACTION N°4 : ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité sont nombreuses, notamment concernant les soins de premier recours et les soins spécialisés. Le rapport au corps et à la santé des personnes en situation de précarité engendre des renoncements aux soins et/ou un recours tardif aux soins, qui lorsqu'il a lieu, se fait via les services hospitaliers plutôt que la médecine générale.

Ce recours à la médecine générale est encore plus complexe pour les migrants et l'absence d'interprétariat en santé se révèle un frein majeur pour accéder au droit commun. Il peut être facilité par les médiateurs en santé, qui peuvent assurer l'interface avec les professionnels de santé mais aussi rentrent dans une relation de confiance avec la personne pour l'interroger sur sa santé et l'amener vers les soins.

Par ailleurs, les personnes précaires ayant vécu à la rue présentent une usure et un vieillissement prématuré : leurs conditions de vie accélèrent le processus de vieillissement. Les personnes précaires vieillissantes ne trouvent pas d'hébergement pérenne pouvant répondre à leurs besoins sanitaires et sociaux : les dispositifs de droit commun type EHPAD ne s'appliquent pas à ces personnes (considérées comme « trop jeunes », elles ne remplissent pas les conditions d'accès) et la prise en charge par les dispositifs d'hébergement est inappropriée.

La situation de vulnérabilité sociale rend également complexe la prise en charge des maladies chroniques. Des travaux montrent que les maladies chroniques sont plus fréquentes et plus graves dans les milieux socialement précaires : les bénéficiaires de la CMU-C sont en moins bon état de santé que le reste de la population. Ainsi, ils sont 1,8 fois plus nombreux, à âge et sexe identique, à être en ALD¹.

La sensibilisation des professionnels du premier recours en matière de repérage, d'orientation et d'accompagnement des personnes en situation de précarité (notamment les personnes précaires présentant un vieillissement précoce) ainsi que la mise en œuvre de programmes d'ETP adaptés et de proximité contribueront à une meilleure prise en charge de ces personnes.

Début 2017, 360 programmes d'ETP sont proposés sur la région Occitanie. Ils concernent essentiellement le diabète et ses complications, les affections cardiovasculaires, les affections respiratoires et l'obésité, avec une offre très largement située en milieu hospitalier.

ACTIONS EN DIRECTION DES PUBLICS :

- Pour favoriser la prise en charge globale des personnes en situation de précarité ayant vécu à la rue et présentant des pathologies liées à un vieillissement précoce, le PRAPS doit travailler l'accompagnement vers le droit commun ; ce travail sera précédé d'un état des lieux des solutions de proximité mises en œuvre (fiche-action n° 4.1.2 en annexe).
- Le PRAPS veillera à soutenir les fonctions de médiation en renforçant les compétences des professionnels de première ligne et en assurant leur présence sur des lieux de vie comme les squats ou les bidonvilles (fiche-action n° 4.1.4 en annexe).
- S'agissant des pathologies chroniques, la délocalisation des programmes d'ETP sur les thèmes prioritaires au plus près des lieux de vie est à organiser. Le contenu des programmes mérite aussi d'être travaillé au regard des spécificités des publics (fiche-action n°4.2.2 en annexe).

ACTIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS :

- L'information des professionnels du premier recours sur les outils disponibles de repérage et d'orientation des personnes en situation de précarité est à développer (fiche-action n°4.1.1 en annexe).
- La mise à disposition d'un service d'interprétariat en santé sera déployée sur les territoires (fiche-action n°4.1.3 en annexe).
- L'orientation des personnes souffrant de pathologies chroniques vers les programmes d'ETP par les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social est à déployer (fiche-action n°4.2.1 en annexe).
- L'utilisation systématique du score EPICES dans les programmes d'ETP permettra de repérer la participation des personnes en situation de précarité à ces programmes (fiche-action n°4.2.3 en annexe).

¹ Païta M., Ricordeau P., Studer A., Roquefeuil L, Vallier N., Weill A. *Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU Complémentaire*. Point Repère CNAMTS, août 2007
PRS Occitanie | PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS
Juillet 2018

5. PRIORITÉ D'ACTION N°5 : ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La seule diffusion des messages de prévention et promotion de la santé est insuffisante pour l'adoption de comportements favorables à la santé, notamment chez les personnes en situation de précarité. Ces populations sont moins réceptives aux messages de prévention et surtout à leur mise en pratique. Les facteurs explicatifs sont nombreux : un rapport au temps ne permettant pas de s'inscrire dans une démarche de prévention, la non adaptation des messages et dispositifs de prévention, la peur du diagnostic lorsque celui-ci ne peut être suivi des soins nécessaires par manque de moyens financiers, etc.

Ceci se vérifie notamment en matière de nutrition, de participation aux dispositifs de prévention, comme les Centres de Vaccination (CV), Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT), Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGGID), Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), de participation au dépistage organisé ou encore de pratiques addictives.

Ainsi, l'obésité et l'état de santé buccodentaire constituent des marqueurs forts de la précarité. Pour les personnes en situation de fragilité sociale, l'accès à une alimentation équilibrée s'avère complexe, voire impossible, et cela impacte le capital santé (problèmes d'obésité, de diabète, etc.).

Enfin, précarité et addictions forment très fréquemment un duo délétère qui complique l'accompagnement des personnes et rend encore plus difficile leur parcours d'insertion.

Cause et conséquence peuvent être interchangeables : les problématiques d'addictions peuvent amener à la précarité ou à la rue et, inversement, la vie à la rue et la précarité peuvent conduire à des pratiques addictives.

L'adaptation de l'offre de prévention aux personnes en situation de précarité est donc indispensable.

Au-delà des messages et des dispositifs de prévention, l'accès à des espaces hygiène pour les plus exclus (public à la rue notamment), est souvent impossible. Il constitue, cependant, la première demande des personnes accompagnées, et cet accès à l'hygiène est bien le premier pas vers la santé et participe à l'amélioration de l'image corporelle et de l'estime de soi.

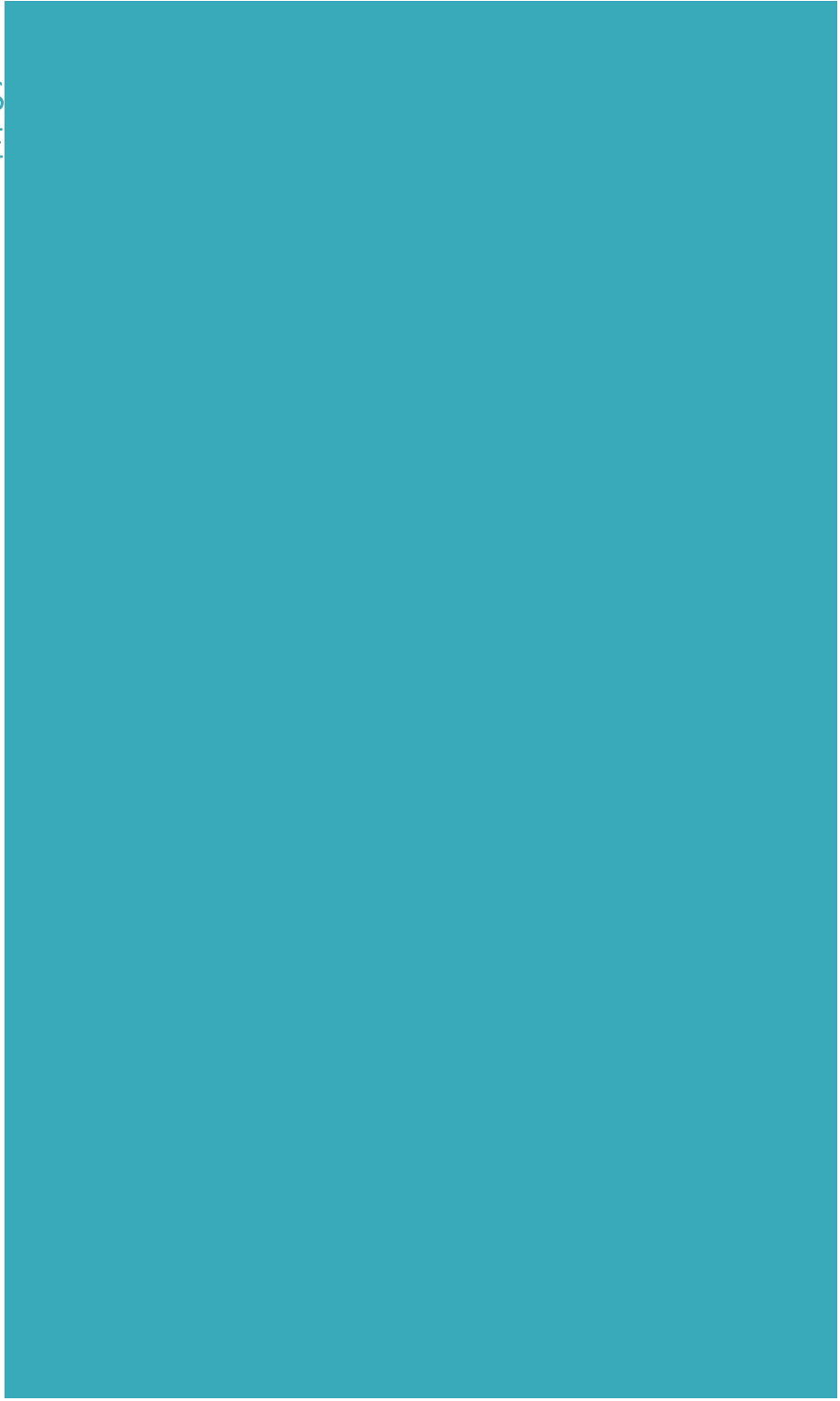
ACTIONS EN DIRECTION DES PUBLICS :

- Privilégier la dynamique d'« aller vers » en faisant intervenir les équipes (CV, CLAT, CeGIDD) sur les lieux de vie des populations et en organisant des permanences dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité demeure un axe fort (fiche-action n°5.1.2 en annexe).
- S'agissant du dépistage organisé, il est proposé de déployer, sur quelques territoires repérés au moyen des indicateurs de défavorisation, des actions de promotion du dépistage organisé auprès des publics en situation de précarité et d'analyser les freins et leviers de la participation au dépistage organisé (fiche-action n°5.2.1 en annexe) et de définir les actions probantes.
- L'accès à des douches et à des kits d'hygiène sera recherché, en travail partenarial avec les collectivités locales et la cohésion sociale, cet accès sera notamment étudié dans les PASS. (fiche-action n°5.3.1 en annexe).
- L'information des publics en matière de prévention est toujours à privilégier : les actions de sensibilisation porteront sur les repères nutritionnels (fiche-action n°5.3.2 en annexe), les risques liés aux conduites addictives (fiche-action n°5.4.1 en annexe).

ACTIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS :

- Le regroupement géographique des dispositifs CV, CLAT, CeGIDD, CPEF sur un même site est à favoriser pour répondre à la problématique de l'éclatement de ceux-ci, véritable frein pour les personnes (fiche-action n°5.1.1 en annexe).
- La mobilisation des professionnels de santé, des centres de santé, des MSP et des CES, le repérage et la formation des « personnes relais » pour la promotion du dépistage organisé au niveau de chaque département, contribuent à améliorer la participation au dépistage organisé (fiche-action n°5.2.2 en annexe).
- Enfin la sensibilisation des professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité à l'acquisition d'une posture pro-active et éducative en matière de prévention, de RdRD et de prise en charge des conduites addictives (fiche-action n°5.4.2 en annexe) complètent les actions sur cette thématique.

IV. MODALITÉS DE GOUVERNANCE



IV. MODALITÉS DE GOUVERNANCE

La gouvernance globale du PRS n'est pas définitivement arrêtée, même si la réflexion a été anticipée dès la phase de consultation sur l'organisation et le suivi du déploiement opérationnel des projets dans les territoires, avec l'appui concret des Délégations Départementales.

Les choix de gouvernance permettront à la fois de répondre aux attentes en matière de rendre compte et également d'assurer la cohérence entre le PRS et les autres plans régionaux et/ou nationaux.

Le PRAPS s'insérera dans cette dynamique d'ensemble, et l'organisation proposée à ce stade, même si elle est cohérente avec le travail de coordination opérationnelle déjà réalisé et reconnu, doit être entérinée.

Piloté et animé par l'ARS Occitanie, le PRAPS nécessite plusieurs niveaux territoriaux de régulation et de suivi :

- **Des comités d'animation et de suivi départementaux**, à la main des délégations départementales de l'ARS, qui seront les garants de la mobilisation des acteurs locaux. Ces comités d'animation et de suivi départementaux permettront de définir les modalités de déclinaison des objectifs du PRAPS sur chaque territoire, de faire émerger de nouveaux besoins, d'échanger sur d'éventuelles difficultés de mise en œuvre, de suivre et évaluer les actions mises en place. Une réunion par an au minimum devra rassembler les partenaires, des groupes de travail, issus de ce comité pourront être mis en place.
- **Un comité de pilotage régional**, qui sera le garant de la déclinaison et du suivi du programme sur les territoires conformément aux objectifs stratégiques énoncés, de la mise en œuvre d'actions à l'échelon régional, de l'articulation avec les autres plans d'actions, programmes de santé ainsi que de la mobilisation des partenaires régionaux institutionnels et associatifs.
- **Un groupe projet ARS**, animé par la Direction de la Santé Publique et composé de représentants des directions métiers, de la Direction des Projets et des délégations départementales, en charge de suivre la prise en compte des publics précaires dans les différentes politiques sectorielles de l'ARS. Réuni une fois par an, une synthèse régionale de la mise en œuvre du PRAPS sur les territoires y sera présentée.

Ces comités (départementaux et régionaux) veillent à associer des acteurs associatifs et institutionnels ainsi que des représentants des usagers. **Si ces choix d'organisation sont actés**, ils devront faire l'objet d'un travail d'harmonisation avec les délégations départementales.

V. SUIVI ET ÉVALUATION

LES PRINCIPES AYANT GUIDE LA CONSTRUCTION
DE L'OUTIL DE REPORTING DU PRAPS..... 31

V. SUIVI ET ÉVALUATION

LES PRINCIPES AYANT GUIDÉ LA CONSTRUCTION DE L'OUTIL DE REPORTING DU PRAPS

Le PRAPS est l'une des composantes du PRS, dont l'une des clés pour réussir la transformation attendue, passe par la démarche d'évaluation, qui se veut à la fois lisible, partagée et professionnalisée (voir le Cadre d'Orientation Stratégique).

Le PRAPS participe de cette préoccupation et de la politique d'évaluation qu'elle implique, avec notamment une large part conférée aux usagers.

Si le public visé et les actions projetées sont spécifiques, avec des partenariats propres, l'objectif demeure le même : fournir une aide à la décision pour renforcer ou réorienter nos priorités.

Il est nécessaire de rappeler ici que l'ambition du PRS étant de mieux répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables (pas uniquement les publics précaires), son évaluation devra nécessairement rendre compte de l'évolution des inégalités de santé, et s'appuiera à la fois sur les résultats du SRS et sur ceux plus ciblés du PRAPS.

LA QUALITÉ DU PRAPS À ÉVALUER

Fondamentalement, l'évaluation consiste à tenter de répondre à un ensemble de questions relatives à une politique ou un programme, sa mise en œuvre et ses effets. L'évaluation cherche à apprécier dans quelle mesure la politique évaluée possède les principales « qualités » qui caractérisent idéalement une « bonne » politique : cohérence, efficacité, efficience, impact et pertinence².

Concernant l'évaluation du PRAPS, le choix s'est porté principalement sur deux axes : l'évaluation de sa **pertinence** (adéquation entre nature des problèmes à résoudre, besoins identifiés, objectifs explicites et actions mises en œuvre) et la construction d'un **outil de reporting**, renseigné chaque année, devant remplir quatre fonctions :

1. de suivi, d'information et de valorisation des mises en œuvre des objectifs du PRAPS et de ses actions,
2. de jugement de leur niveau de réalisation, d'ancrage territorial (adaptation des objectifs et actions aux besoins du territoire) et de pertinence,
3. d'analyse permettant de relever les freins à lever, les leviers à mobiliser et les articulations entre niveaux d'objectifs,
4. de prospective et de régulation permettant à l'ARS de prendre des décisions *chemin faisant* pour, si nécessaire, infléchir les objectifs et améliorer les mises en œuvre.

² (CSE, 1996 ; DGS, 2008 ; Haschar-Noé, 2017)

LES INDICATEURS D'ÉVALUATION À CONSTRUIRE

Il s'agit de construire un outil d'évaluation :

- *Ex-ante* (conçu en même temps que l'a été le PRAPS),
- *In itinere* (suivi de sa mise en œuvre durant cinq années),
- *Ex-post* (permettre des réajustements de ses actions et objectifs).

L'évaluation proposée permettra d'apprécier chaque année la mise en œuvre des objectifs du PRAPS dans chaque département, mais aussi d'opérer des réajustements tout au long de sa mise en œuvre pour en améliorer la pertinence.

STRUCTURATION DU PRAPS ET DE SON ÉVALUATION

Le PRAPS est structuré selon 6 enjeux transversaux, 5 objectifs stratégiques, 13 objectifs spécifiques et 27 objectifs opérationnels. L'outil de reporting doit intégrer les différents niveaux d'objectifs du programme à mettre en œuvre sur les territoires (régional et départementaux) et les fonctions attendues de l'évaluation.

Trois principes généraux ont guidé la construction de l'outil de reporting :

- Construire et utiliser des indicateurs en nombre limité, simples et robustes et procéder selon une démarche « bottom-up » pour le recueil des données. Pour cela, il est préconisé de commencer une évaluation « **par le bas** », (objectifs opérationnels), puis de remonter à celle des objectifs spécifiques pour alimenter *in fine* l'évaluation des objectifs stratégiques et des axes transversaux.
- Évaluer les articulations entre deux niveaux d'objectifs (opérationnels-spécifiques, stratégiques-transversaux, opérationnels-stratégiques).
- S'appuyer sur les fonctions attendues de l'évaluation pour différencier trois étapes de la démarche d'évaluation et, de fait, le recueil de données pour l'outil de reporting : **réaliser des constats** *via* des indicateurs de réalisation et de processus, de pertinence et d'ancrage territorial, **porter un jugement** sur les niveaux de réalisation et de pertinence des objectifs en regard des besoins des territoires et analyser les freins et leviers à leur mise en œuvre, **prendre des décisions** concernant les régulations du PRAPS à opérer et les mises en œuvre « prometteuses » à valoriser.

UN OUTIL DE REPORTING POUR UNE ÉVALUATION INTÉGRÉE DES NIVEAUX D'OBJECTIFS DU PRAPS

L'outil de reporting vise à répondre à un **objectif de cohérence** entre pertinence du PRAPS à évaluer, fonctions attendues de l'évaluation, objectifs de différents niveaux et types d'indicateurs retenus.

Il doit ainsi permettre la mise en œuvre d'une **évaluation intégrée** des différents niveaux d'objectifs du PRAPS, en facilitant la coordination des différentes parties prenantes de l'évaluation (comité régional de pilotage, comités départementaux d'animation et de suivi et référents départementaux et régionaux) et partenaires mobilisés.

ARS OCCITANIE

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
PROGRAMME RÉGIONAL
D'ACCÈS
À LA PRÉVENTION ET
AUX SOINS
DES PLUS DÉMUNIS

2018 - 2022

ANNEXES

ANNEXES

Annexe n°1 FICHES-ACTIONS	35
Annexe n°2 ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL	68
Annexe n°3 MÉTHODOLOGIE D'ELABORATION	76
Annexe n°4 SUIVI ET ÉVALUATION	78

ANNEXE N°1 FICHES-ACTIONS

PRESENTATION DE L'ARCHITECTURE GLOBALE DU PRAPS 2018-2022

Priorités d'actions		Objectifs opérationnels	Actions structurantes	
1. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	1.1	Favoriser l'accessibilité à l'information sur les droits pour les personnes en situation de précarité	1.1.1	Mettre en place et/ou poursuivre les dispositifs collectifs d'information sur l'accès aux droits et aux soins dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité
			1.1.2	Mettre à disposition l'information sur l'accès aux droits et aux soins par l'intermédiaire notamment des MSAP
	1.2	Développer un travail intersectoriel et partenarial	1.2.1	Mettre en place des conventionnements entre les CPAM et les structures pour identifier un interlocuteur privilégié
			1.2.2	Organiser des réunions collectives des partenaires sur l'accès aux droits et aux soins afin d'informer les professionnels et les bénévoles
2. RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS	2.1	Agir au plus près des publics sur les territoires et développer l'offre de soins	2.1.1	Organiser et structurer des permanences hors les murs des PASS, au plus près des lieux de vie, d'accueil et d'hébergement, des personnes en situation de précarité
			2.1.2	Déployer une offre de soins dentaires dans les PASS
			2.1.3	Finaliser le maillage territorial des LHSS et LAM, renforcer les ACT et structurer les PASS
	2.2	Renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé	2.2.1	Organiser des permanences de professionnels de santé libéraux et d'étudiants en faculté d'odontologie dans les PASS et conventionner avec les MSP et les Centres de santé dentaire
			2.2.2	Mobiliser les URPS, les Conseils de l'ordre et la Fédération des maisons de santé pour une meilleure connaissance des dispositifs et une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité
	2.3	Développer la coordination des dispositifs et des structures	2.3.1	Renforcer l'usage du DMP pour les personnes en très grande précarité
			2.3.2	Créer une instance de coordination territoriale pour améliorer le parcours de soins et de prévention des personnes en situation de précarité
			2.3.3	Organiser des temps d'échanges entre les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social
	3. CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	3.1	Promouvoir « l'aller vers » les publics et les professionnels	3.1.1
3.2		Favoriser la coordination des acteurs	3.2.1	Coordonner les acteurs locaux pour l'examen des cas complexes, en veillant à la cohérence des différents dispositifs ou instances de coordination Organiser des rencontres au niveau départemental
			3.2.2	Mobiliser les établissements de santé en psychiatrie et des structures des champs social et médico-social pour une meilleure coordination territoriale du parcours de soins en santé mentale des personnes en situation de précarité, afin notamment de sécuriser leur entrée et leur sortie des dispositifs d'urgence

Priorités d'actions		Objectifs opérationnels	Actions structurantes	
4. ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	4.1	Faciliter l'accès à la médecine de ville	4.1.1	Informers les professionnels du premier recours des outils disponibles de repérage et d'orientation des personnes en situation de précarité
			4.1.2	Favoriser la prise en charge globale des personnes en situation de précarité ayant vécu à la rue et présentant des pathologies liées à un vieillissement précoce, afin de les accompagner vers le droit commun
			4.1.3	Mettre à disposition des professionnels de santé libéraux une offre d'interprétariat en santé
			4.1.4	Soutenir la médiation en santé
	4.2	Promouvoir les programmes d'ETP auprès des personnes en situation de précarité	4.2.1	Inciter les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social à orienter les personnes en situation de précarité souffrant de maladies chroniques vers les programmes d'ETP
			4.2.2	Adapter et mettre en place des programmes d'ETP de proximité sur les thèmes prioritaires (diabète de type II, obésité et nutrition, affections cardiovasculaires et affections respiratoires) afin d'augmenter la part des personnes en situation de précarité dans les publics participant à des programmes d'ETP
4.2.3			Mettre en place systématiquement le score EPICES dans les programmes d'ETP afin de repérer la participation des personnes en situation de précarité aux programmes	
5. ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RdRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	5.1	Favoriser le recours aux dispositifs de prévention CV, CLAT, CeGIDD, CPEF des personnes en situation de précarité	5.1.1	Regrouper géographiquement les dispositifs (CV, CLAT, CeGIDD, CPEF) sur le même site et travailler la coordination des interventions
			5.1.2	Faire intervenir les équipes sur les lieux de vie des populations et organiser des permanences dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité
	5.2	Améliorer le recours au dépistage organisé des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) via les structures en charge du dépistage organisé	5.2.1	Déployer sur quelques territoires repérés au moyen des indicateurs de défavorisation, des actions de promotion du dépistage organisé auprès des publics en situation de précarité et repérer les actions probantes
			5.2.2	Mobiliser les professionnels de santé, les « personnes relais » identifiées, les centres de santé, les MSP et les CES pour la promotion du dépistage organisé au niveau de chaque département
	5.3	Favoriser les pratiques de prévention chez les personnes en situation de précarité	5.3.1	Permettre aux plus exclus d'accéder à des espaces d'hygiène
			5.3.2	Améliorer les connaissances des repères nutritionnels et leur mise en pratique chez les personnes en situation de précarité
	5.4	Favoriser la prévention, la prise en charge des conduites addictives et la RdRD auprès des personnes en situation de précarité	5.4.1	Mettre en place des modules de sensibilisation sur les risques des conduites addictives auprès des personnes en situation de précarité
			5.4.2	Accompagner les professionnels dans l'acquisition d'une posture pro-active et éducative en matière de prévention, de RdRD et de prise en charge des conduites addictives et des pathologies infectieuses Mettre en œuvre la coordination des acteurs et des actions

PRIORITÉ D'ACTION N° 1

FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 1.1

Favoriser l'accessibilité à l'information sur les droits pour les personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 1.1.1

Mettre en place, renforcer et/ou poursuivre les dispositifs d'information et d'accès aux droits et aux soins par les CPAM

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Réaliser un état des lieux des CES (cartographie) – Identifier les structures accueillant les personnes en situation de précarité et œuvrant en faveur de leur insertion sociale et/ou professionnelle – Organiser des ateliers collectifs sur les droits à l'Assurance Maladie et sur la santé – Proposer une inscription au bilan de santé du CES de la CPAM lorsqu'il est présent sur le territoire, ou proposer un service équivalent (« pack ») avec les professionnels de santé libéraux (généralistes, dentistes...) – Accorder la possibilité pour les CES de l'Assurance Maladie de délivrer des tests immunologiques
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité inscrites dans des structures œuvrant en faveur de leur insertion sociale et/ou professionnelle
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	– Les CPAM
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les structures du secteur hébergement et insertion – Les structures de l'IAE – Les autres régimes d'Assurance Maladie – Les MSP et Centres de santé
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dispositif déjà mis en œuvre par certaines CPAM – Public déjà mobilisé par les structures elles-mêmes <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Éloignement géographique ou absence de CES sur les territoires
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS, progressivement sur les 13 départements
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre d'ateliers collectifs – Nombre de bilans CES

PRIORITÉ D'ACTION N° 1

FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 1.1

Favoriser l'accessibilité à l'information sur les droits pour les personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 1.1.2

Mettre à disposition l'information sur l'accès aux droits et aux soins par l'intermédiaire notamment des MSAP

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les territoires ne disposant pas de permanences et d'accueil guichet – Recenser les MSAP existantes – Utiliser les MSAP pour diffuser l'information sur l'accès aux droits et aux soins – Offrir un accompagnement au numérique
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Infra-départemental
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	– L'Assurance Maladie
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les MSAP – Les CCAS et centres sociaux, – Les mairies
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> – La loi NOTRe – Les CAF pour permanences mutualisables
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre de MSAP qui mettent à disposition des outils d'information

PRIORITÉ D'ACTION N° 1

FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 1.2

Développer un travail intersectoriel et partenarial

ACTION STRUCTURANTE N° 1.2.1

Mettre en place des conventionnements entre l'Assurance Maladie et les structures accueillant les personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un état des lieux des conventionnements existants et des interlocuteurs privilégiés identifiés - Faire un état des lieux des structures accueillant les personnes en situation de précarité - Établir des conventions entre les CPAM et les structures, entre les PFIDASS et les PASS, entre les CES et les structures - Repérer et lever les freins à la continuité des droits pour les sortants de prisons
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les professionnels des CPAM
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> - Les 13 CPAM - Les 13 DDCCS(PP) - Les CARSAT
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les PASS - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les MSP - Les Conseils Départementaux - Les fédérations (URIOPSS, FAS,...) - Le SPIP
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> - Le PLANIR - Les conventionnements CPAM / PASS - La PASS régionale
Calendrier de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> - 2018 / 2019
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de conventionnements signés entre les CPAM et les structures

PRIORITÉ D'ACTION N° 1

FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 1.2

Développer un travail intersectoriel et partenarial

ACTION STRUCTURANTE N° 1.2.2

Informar les partenaires des actualités règlementaires et de l'offre de l'Assurance Maladie par les CPAM (réunions, newsletter...)

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les partenaires à inviter aux réunions, dont les fédérations (URIOPSS, FAS...) - Planifier au moins une réunion par an sur des points d'actualités règlementaires et l'offre de services de l'Assurance Maladie - Pour les départements dans l'impossibilité d'organiser ces réunions, envoyer une à deux newsletters en fonction des actualités
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels et bénévoles des structures accueillant des personnes en situation de précarité - Les professionnels des Conseils Départementaux
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	- Les CPAM
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les PASS - Les LHSS, ACT, LAM, « Un chez soi d'abord » - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les fédérations (URIOPSS, FAS...) - Les Conseils Départementaux - Les CCAS - Les CSAPA et les CAARUD
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> - Réunions déjà mises en place par certaines CPAM - Les fédérations présentes sur les territoires
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions organisées - Nombre de participants aux réunions

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.1

Agir au plus près des publics sur les territoires et développer l'offre de soins

ACTION STRUCTURANTE N° 2.1.1

Organiser et structurer des permanences hors les murs des PASS, au plus près des lieux de vie, d'accueil et d'hébergement, des personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier les structures accueillant les personnes en situation de précarité dans lesquelles il apparaît pertinent d'organiser une permanence des PASS, en complémentarité avec les autres intervenants santé déjà présents – Modéliser au niveau régional un protocole d'intervention en s'appuyant notamment sur les expériences déjà en cours – Informer le public et les partenaires du planning des permanences (via les différents supports de communication)
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – L'ARS – La coordination régionale des PASS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les PASS – Les structures d'accueil et/ou d'hébergement des personnes en situation de précarité – Les structures impliquées dans l'« aller-vers » – Les centres sociaux – Les structures d'aide alimentaire – DRJSCS et DDSC(PP)
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les collectifs locaux et départementaux santé / précarité – Les COPIL locaux des PASS – Les partenaires du plan pauvreté et PDALHPD <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les moyens de fonctionnement donnés aux PASS
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de PASS ayant organisé des permanences hors les murs – Nombre de permanences hors les murs organisées par les PASS

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.1

Agir au plus près des publics sur les territoires et développer l'offre de soins

ACTION STRUCTURANTE N° 2.1.2

Déployer une offre de soins dentaires dans les PASS d'Occitanie

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les fauteuils dentaires dans les établissements de santé disposant d'une PASS – Organiser en lien avec la faculté d'odontologie des permanences d'étudiants chirurgiens-dentistes sur les fauteuils dentaires des établissements de santé disposant d'une PASS – Favoriser l'implantation de fauteuils dentaires dans les établissements de santé disposant d'une PASS – Formaliser des conventionnements entre les centres de santé dentaires de la Mutualité française et les PASS
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Public des PASS – Etudiants en odontologie – Professionnels des PASS
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – ARS – Coordination régionale des PASS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – URPS et conseil de l'ordre chirurgien-dentiste – Les facultés d'odontologie de Montpellier et Toulouse – La Mutualité Française
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Partenariat préexistant avec la faculté d'odontologie de Toulouse et avec la Mutualité Française – Une offre de soins pour d'autres publics vulnérables : les personnes en situation de handicap et les personnes âgées <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spécificité du public porteur du VIH / VHC pour les soins dentaires
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– % de PASS disposant d'une offre de soins bucco-dentaires

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.1

Agir au plus près des publics sur les territoires et développer l'offre de soins

ACTION STRUCTURANTE N° 2.1.3

Finaliser le maillage territorial des LHSS et LAM, renforcer les ACT et structurer les PASS

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les besoins en termes de LHSS, ACT/hébergement, ACT à domicile, LAM et ACT « Un chez soi d'abord » sur les territoires – Analyser les rapports d'activités des dispositifs spécifiques afin de repérer les besoins locaux (à partir notamment des refus par manque de place) – Optimiser l'occupation des places existantes de LHSS, ACT en travaillant les mutualisations possibles et en créant des places de LAM comme dispositifs d'aval afin de redonner aux LHSS leurs fonctions – Créer des places de LHSS, ACT hébergement, ACT à domicile et LAM sur les territoires qui le nécessitent et qui en sont dépourvus – Veiller à ce que chaque PASS dispose de temps médical – S'appuyer sur les GHT pour optimiser les articulations et collaborations possibles
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les associations gestionnaires de LHSS, ACT et LAM – Les centres hospitaliers, en proximité des implantations de ces dispositifs – Les dispositifs accueillants les personnes en situation de précarité – La DRJSCS et les DDSC(PP) – Les Conseils Départementaux – Les SIAO
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> – Financements ONDAM pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques – L'analyse régionale des rapports d'activités des dispositifs
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombres de places créées dans les dispositifs spécifiques – Nombre de PASS disposant de temps médical

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.2

Renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé

ACTION STRUCTURANTE N° 2.2.1

Organiser des permanences de professionnels de santé libéraux dans les PASS et conventionner avec les MSP

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et chirurgiens-dentistes) pouvant assurer des permanences dans les PASS via les URPS et les Conseils de l'ordre – Etablir un planning des permanences des professionnels de santé libéraux avec les PASS et prévoir les modalités pour l'interprétariat – Mettre en place des conventionnements entre les PASS et les MSP des territoires pour favoriser l'accompagnement vers le droit commun et la continuité des soins le cas échéant (à l'aide d'un conventionnement type) – Informer le public et les partenaires du planning des permanences et des conventionnements (via les différents supports de communication)
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé libéraux – Les professionnels des PASS
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – L'ARS – La coordination régionale des PASS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les URPS et Conseils de l'ordre (médecins, chirurgiens-dentistes) – L'Assurance Maladie et les PFIDASS – Les MSP – La fédération des maisons de santé – Les cabinets libéraux – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les CSAPA et les CAARUD
Leviers et points de vigilance	<p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mobilisation de professionnels de santé libéraux sur la base du volontariat
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – % de PASS ayant mis en place des permanences en médecine générale – % de PASS ayant conventionné avec les MSP

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.2

Renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé

ACTION STRUCTURANTE N° 2.2.2

Mobiliser les URPS, les Conseils de l'ordre et la Fédération des maisons de santé pour une meilleure connaissance des dispositifs et une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Inviter les URPS, Conseils de l'ordre et la Fédération des maisons de santé aux journées régionales d'échanges des PASS, des LHSS et des ACT afin de les informer sur les dispositifs spécifiques existants – Organiser des séances d'informations sur les dispositifs spécifiques lors des rencontres institutionnelles (coordination ville/hôpital, CTS, PTA, ESP, CPTS...) – Contacter les associations locales de formation des médecins généralistes libéraux afin d'intégrer à la formation continue des médecins libéraux des séances d'information sur les dispositifs et les spécificités des publics précaires, engager un dialogue sur la question du refus de soin – Contacter les IFSI pour identifier les dispositifs comme des lieux de stage pour les IDE – Proposer la participation des Conseils de l'ordre aux comités départementaux de suivi du PRAPS
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé libéraux – Les représentants des professionnels de santé aux URPS et Conseils de l'ordre – Les établissements de santé – Les PASS, LHSS, ACT, LAM
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les URPS – Les Conseils de l'ordre – Les établissements de santé – La Fédération des maisons de santé – Les PASS, LHSS, ACT, LAM
Leviers et points de vigilance	<p>Levier :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La coordination régionale des PASS
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre de participants de ces structures lors des journées d'échanges et instances de suivi départementales et régionales

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.3

Développer la coordination des dispositifs et des structures

ACTION STRUCTURANTE N° 2.3.1

Renforcer l'usage du DMP pour les personnes en très grande précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier un référent DMP au sein de chaque CPAM – Sensibiliser les professionnels de santé et ceux des structures accueillant les personnes en situation de précarité à l'intérêt de l'utilisation du DMP pour les grands précaires et à la promotion de son usage auprès de ces personnes – Former les professionnels de santé à l'utilisation du DMP (le renseigner, le consulter) – Informer systématiquement les personnes reçues en consultation sur le DMP de la nécessité de partager ces informations pour favoriser une prise en charge coordonnée des patients et recueillir le consentement pour la mise en place de l'outil
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé – Les professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les professionnels des PASS, LHSS, ACT et LAM – Les personnes en situation de grande précarité – Les établissements de santé (notamment es accueils d'urgence)
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – L'ARS – Les CPAM
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé, en établissements et libéraux – Les professionnels des PASS, LHSS, ACT et LAM – Le GCS Télésanté sur la région Occitanie – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Des représentants des usagers
Leviers et points de vigilance	<p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La défiance des personnes sur la dématérialisation des données de santé les concernant – Nécessité de disposer d'une carte vitale pour accéder au DMP
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– A définir

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.3

Développer la coordination des dispositifs et des structures

ACTION STRUCTURANTE N° 2.3.2

Créer une instance de coordination territoriale pour améliorer le parcours de soins et de prévention des personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Définir l'échelle territoriale de la coordination – Identifier les acteurs à mobiliser au sein de l'instance de coordination – Définir les modalités de réunion de l'instance de coordination (missions, fréquence, durée, suivi...) permettant notamment la gestion des situations complexes – Confier aux PTA le fonctionnement de l'instance de coordination et, le cas échéant, les réponses à apporter aux cas recensés
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels SIAO – Les professionnels des PASS, LHSS, ACT et LAM
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité dont les SIAO – Les professionnels des PASS, LHSS, ACT et LAM – Les professionnels de santé libéraux et des MSP – Les établissements de santé – Les DDSC (PP) – Les CSAPA et CAARUD – Les Conseils Départementaux
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> – Les PTA existantes sur les territoires – Les réseaux existants
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Instance créée

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.3

Développer la coordination des dispositifs et des structures

ACTION STRUCTURANTE N° 2.3.3

Organiser des temps d'échanges entre les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Organiser des stages croisés entre les professionnels des champs de la santé et du social afin de leur permettre de découvrir leurs univers professionnels respectifs et échanger leurs connaissances et leurs pratiques : – Définir les binômes de professionnels (un professionnel du de la santé et un professionnel du social) – Réaliser les deux périodes de stages – Organiser un temps de retour d'expériences – Poursuivre l'organisation des journées régionales d'échanges : 1 journée PASS, 1 journée ACT et 1 journée LHSS par an
Public concerné par l'action	– Les professionnels et bénévoles du sanitaire, du social et du médico-social
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les 13 départements – La région Occitanie
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – L'ARS pour les Journées Régionales d'Echanges – A définir pour les stages croisés
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les fédérations (URIOPSS, FAS...) – Les établissements de santé – La DRJSC et les DDCS(PP) – Les Conseils Départementaux – Les PASS
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Expériences de stages croisés probantes sur certains territoires – Dynamique déjà impulsée autour des journées régionales d'échanges
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de binômes ayant réalisé des stages croisés – Nombre de journées d'échanges départementales entre professionnels – Nombre de journées d'échanges régionales entre professionnels

PRIORITÉ D'ACTION N° 3

CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 3.1

Promouvoir « l'aller vers » les publics et les professionnels

ACTION STRUCTURANTE N° 3.1.1

Renforcer le rôle et les missions des EMPP pour une meilleure adaptation aux publics rencontrés et aux terrains d'action ainsi qu'une meilleure accessibilité et visibilité par les partenaires

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Évaluer les actions développées par les EMPP et leur organisation en : <ul style="list-style-type: none"> – Réalisant une cartographie des EMPP sur l'Occitanie avec le champ territorial d'intervention – Réalisant une enquête par questionnaire auprès des équipes des EMPP (élaboration du questionnaire, diffusion aux équipes, analyse des résultats et communication du rapport final aux équipes) – Conforter les moyens des EMPP (sur la base de l'évaluation) en : <ul style="list-style-type: none"> – Renforçant les équipes sous dotées en veillant à la pluridisciplinarité – Créant des EMPP sur les territoires non pourvus – Coordonner les EMPP au niveau régional en : <ul style="list-style-type: none"> – Harmonisant les pratiques et en développant des groupes d'analyse de pratiques et des outils communs (rapports d'activités standardisés, projet de sharepoint EMPP) – Organisant une réunion régionale annuelle pour favoriser les échanges d'expériences et de pratiques – Communiquer sur le dispositif EMPP auprès des partenaires
Public concerné par l'action	– Les professionnels des EMPP
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – L'IFERISS pour la phase d'évaluation – La coordination régionale des PASS pour la coordination régionale des EMPP
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les établissements de santé autorisés en psychiatrie porteurs d'EMPP – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> – La coordination régionale des PASS – Partenariats avec les services d'urgence hospitaliers Points de vigilance : <ul style="list-style-type: none"> – Des dotations hétérogènes sur la région déterminant la composition des équipes pluridisciplinaires et leurs champs d'action – Des liens à clarifier avec les PASS psychiatriques quand elles existent sur un même territoire
Calendrier de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> – 2018 pour la phase d'évaluation – 2019-2022 pour le renforcement des moyens des EMPP et la mise en place de la coordination régionale
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Production du rapport d'activités annuel pour chaque EMPP – Nombre de participants à la journée d'échange régionale

PRIORITÉ D'ACTION N° 3

CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 3.2

Favoriser la coordination des acteurs

ACTION STRUCTURANTE N° 3.2.1

- Coordonner les acteurs locaux pour l'examen des cas complexes, en veillant à la cohérence des différents dispositifs ou instances de coordination
- Organiser des rencontres au niveau départemental

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier le porteur mobilisable au niveau local pour assurer la concertation des acteurs – Repérer les acteurs du soin et du social, et les institutions à inviter lors des temps de coordination – Définir une charte d'engagement pour les partenaires impliqués et les institutionnels concernés – Mettre en place une cellule de veille pour l'examen des cas complexes et veiller à l'articulation avec le SIAO – Organiser des réunions régulières entre les acteurs, en s'appuyant sur des organisations partenariales et/ou institutionnelles (CLSM, réseaux santé précarité...) pour échanger sur les situations et les expériences <ul style="list-style-type: none"> – Mettre en œuvre, une fois par an, des journées départementales pour les professionnels et les usagers sur la thématique précarité / santé mentale pour améliorer les connaissances des acteurs – Organiser des sessions de formation-action entre les professionnels des structures accueillant des personnes en situation de précarité et des professionnels de santé en lien avec ces structures selon une dynamique prévoyant : <ul style="list-style-type: none"> – le développement d'une culture commune permettant le décloisonnement des pratiques et favorisant un travail en partenariat – l'organisation des stages croisés par binômes, entre professionnels du social et du sanitaire – un retour d'expériences des binômes et présentation de projets de partenariats à élaborer
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social, du logement et de l'hébergement – Les bailleurs sociaux
Échelle+ territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – DD ARS – Les coordonnateurs de CLSM – Les réseaux santé / précarité – La FAS – Les EMPP sur les territoires qui en ont

PRIORITÉ D'ACTION N° 3

CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 3.2

Favoriser la coordination des acteurs

ACTION STRUCTURANTE N° 3.2.1

- Coordonner les acteurs locaux pour l'examen des cas complexes, en veillant à la cohérence des différents dispositifs ou instances de coordination
- Organiser des rencontres au niveau départemental

Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> – DD ARS – Les coordonnateurs de CLSM – Les réseaux santé / précarité – La FAS – Les EMPP sur les territoires qui en ont
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les établissements de santé (services des urgences UHCD, PASS) – Les établissements de santé autorisés en psychiatrie (dont les porteurs d'EMPP) – Les collectivités locales – Les Conseils Départementaux – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les DDCS(PP) – Les SIAO – Les ESMS publics spécifiques – Les GEM – Les SPIP – Les URPS
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Existence de modalités de travail en coordination entre les différents acteurs sur certains territoires – Présence d'EMPP sur certains territoires – Nouvelle organisation territoriale de la politique de santé mentale pour améliorer les parcours (le fondement étant les PTSM et la contractualisation avec les acteurs) <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Maillage inégal des EMPP sur les territoires – Veiller à l'articulation avec la PTA lorsqu'elle existe pour les situations complexes
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de réunions pluri-professionnelles pour la gestion des cas complexes – Nombre de participants aux rencontres départementales précarité – santé mentale

PRIORITÉ D'ACTION N° 3

CONTRIBUER À UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 3.2

Favoriser la coordination des acteurs

ACTION STRUCTURANTE N° 3.2.2

Mobiliser les établissements de santé en psychiatrie et des structures des champs social et médico-social pour une meilleure coordination territoriale du parcours de soins en santé mentale des personnes en situation de précarité, afin notamment de sécuriser leur entrée et leur sortie des dispositifs d'urgence

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Définir en concertation (structures qui accueillent les personnes en situation de précarité / établissements de santé) les modalités de recours et d'accueil aux urgences, et celles de la sortie d'hospitalisation - Associer la structure d'accueil et/ou le travailleur social référent à la préparation de la sortie pour aménager le retour sur le lieu de vie du patient - Identifier un « référent santé précarité » (formé) au sein des secteurs, à mobiliser, après autorisation par le chef de secteur, sur les visites à domicile conjointes pour des situations complexes - Développer des conventions de partenariat avec les Maisons relais et résidences accueil pour définir l'étagage nécessaire au suivi santé des personnes suivies par la psychiatrie - Organiser des sessions de sensibilisation sur la santé mentale en direction des acteurs de proximité - Organiser des sessions de sensibilisation sur la précarité et le travail social en direction des professionnels de santé des urgences
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels des services des urgences - Les professionnels du secteur de la psychiatrie - Les professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les acteurs de proximité (personnels de mairie, agents de police municipale, veilleurs de nuit, gardien d'immeuble, agents des collectivités, personnels de pôle emploi...)
Echelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> - Les EMPP - Les PASS psychiatriques quand elles existent - Les DD ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les établissements de santé autorisés en psychiatrie et les EMPP - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration de projets territoriaux de santé mentale - Existence de réseaux départementaux santé précarité <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le financement des actions de sensibilisation des professionnels
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	- Nombre de référents précarité au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.1

Renforcer le rôle des professionnels du premier recours dans la prise en charge des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 4.1.1

Informier les professionnels du premier recours des outils disponibles de repérage et d'orientation des personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier et contacter les différents relais auprès des professionnels de santé libéraux (URPS, syndicats, CPTS, Fédération régionale des maisons de santé, MAIA, délégués de l'Assurance Maladie...) – Élaborer, en concertation avec les usagers, un outil de communication axé sur les dispositifs spécifiques existants, les contacts utiles, le score EPICES, les modalités de remboursement... – Diffuser l'outil via les relais identifiés et le présenter aux professionnels
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé libéraux – Les responsables des services d'urgence
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– La région Occitanie
Pilote de l'action	ARS Siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les URPS – Les Conseils de l'Ordre – La Fédération régionale des maisons de santé – Les représentations des usagers
Leviers et points de vigilance	Point de vigilance : <ul style="list-style-type: none"> – Exhaustivité des professionnels
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Réalisation de l'outil de communication – Nombre d'outils diffusés

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.1

Renforcer le rôle des professionnels du premier recours dans la prise en charge des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 4.1.2

Favoriser la prise en charge globale des personnes en situation de précarité ayant vécu à la rue et présentant des pathologies liées à une perte d'autonomie précoce, afin de les accompagner vers le droit commun

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Effectuer un état des lieux afin de repérer ces situations et les modalités d'interventions proposées (benchmarking national formulant des préconisations) – Identifier parmi ces préconisations les modalités d'intervention relevant du champ de compétences de l'ARS Occitanie et celles relevant d'autres institutions – Mobiliser les opérateurs de terrain pour les modalités d'intervention relevant de l'ARS et sensibiliser les autres institutions pour celles qui relèvent de leur champ de compétences – Organiser des temps d'échanges entre les professionnels des dispositifs de prise en charge et d'accueil de ces publics
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité ayant vécu à la rue et présentant des pathologies liées à un vieillissement précoce au sein des structures d'hébergement et de logement
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– La région Occitanie
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les Conseils Départementaux – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les dispositifs de droit commun de prise en charge des personnes âgées ou situation de handicap – Les CLIC – Les LAM – Les MAIA – Les SSIAD – Les professionnels de santé libéraux
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – CPOM avec la FAS pour la réalisation de l'état des lieux – Maillage territorial des dispositifs de droit commun PA et PH <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Public PA relevant des compétences des départements (schémas départementaux) – Inexistence de dispositifs adaptés – Engorgement des SSIAD
Calendrier de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> – 2018 : réalisation de l'état des lieux – 2019 : choix des modes d'intervention – 2020-2022 : mise en œuvre
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre de dérogations d'âge accordées par l'ARS pour les SSIAD

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.1

Faciliter l'accès à la médecine de ville

ACTION STRUCTURANTE N° 4.1.3

Mettre à disposition des professionnels de santé libéraux une offre d'interprétariat en santé

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les outils (web et autres) et les services d'interprétariat en santé – Diffuser auprès des professionnels de santé et des structures accueillant les personnes en situation de précarité – Élaborer un appel à candidature pour déployer une offre d'interprétariat en santé sur les territoires
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Public migrant – Professionnels de santé libéraux
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et siège
Porteurs de l'action repérés	– ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé libéraux – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – La DRJSCS – OFII
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> – Référentiel HAS – Décret du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé – Une offre disponible en Occitanie – Un savoir-faire de quelques établissements de santé – Un état des lieux en cours par le comité de suivi PRAPS du 82
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	–

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.1

Faciliter l'accès à la médecine de ville

ACTION STRUCTURANTE N° 4.1.4

Soutenir la médiation en santé

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les besoins en formation et renforcement des compétences en santé des professionnels en charge de l'accompagnement des personnes en situation de précarité – Mettre en place sur les territoires des formations répondant aux besoins recensés et diffuser ces informations à l'ensemble des structures en charge de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de précarité – Soutenir l'intervention de médiateur en santé en direction des populations, des squats et des bidonvilles
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Professionnels de santé – Professionnels en charge de l'accueil et de l'accompagnement dits de « première ligne »
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	ARS / siège
Porteurs de l'action repérés	– Opérateur à définir en fonction des réponses aux appels à candidature ou appel à projet
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé libéraux – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – La DRJSCS – Les collectivités locales
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Référentiel HAS pour la médiation – Décret du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé – Une enquête auprès des professionnels réalisés en 2012 – Une forte mobilisation des partenaires sur cette fonction <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – légitimité des médiateurs en santé auprès des professionnels de santé
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.2

Promouvoir les programmes d'ETP auprès des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 4.2.1

Inciter les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social à orienter les personnes en situation de précarité souffrant de maladies chroniques vers les programmes d'ETP

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les programmes d'ETP existants (hospitaliers et ambulatoires) sur chaque département – Organiser, par département, des modules de sensibilisation sur l'ETP et l'implantation des programmes à destination des professionnels – Élaborer et diffuser une plaquette générale de présentation de l'ETP
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les professionnels de santé libéraux – Les professionnels des CES – Les professionnels des réseaux type AUDIAB, DIAMIP, AIR+R, Partn'Air, Association Dream, ChronEduc – Les équipes de soins primaires – Les professionnels des structures d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS Siège
Porteurs de l'action repérés	– La SETSO
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les réseaux type AUDIAB, DIAMIP – Les URPS, les Conseils de l'ordre – Les MSP – Les CPAM (les délégués de l'Assurance Maladie) et les PFIDASS (sous réserve de généralisation) – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les dispositifs santé précarité – Les associations de patients
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 380 programmes d'ETP développés sur la région Occitanie – Sites OSCARS ETP (à destination des professionnels -cartographie des programmes et des porteurs-) et mon-etp (à destination du grand public avec une visée pédagogique) – Les PFIDASS <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Des programmes inégalement répartis selon les départements
Calendrier de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> – 2018 / 2019 : élaboration de la plaquette et du module de sensibilisation – 2019 / 2020 : déploiement des modules et diffusion de la plaquette
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre de modules de sensibilisation organisés pour les professionnels

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.2

Promouvoir les programmes d'ETP auprès des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 4.2.2

Adapter et mettre en place des programmes d'ETP de proximité sur les thèmes prioritaires (diabète de type II, obésité et nutrition, affections cardiovasculaires et affections respiratoires) afin d'augmenter la part des personnes en situation de précarité dans les publics participant à des programmes d'ETP

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Mobiliser les porteurs de programmes d'ETP susceptibles d'être délocalisés – Recenser les lieux d'accueil potentiels – Former les acteurs locaux – Adapter, en concertation avec les représentants d'usagers, les programmes d'ETP – Communiquer sur ces programmes de proximité auprès des professionnels et des publics
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Infra-départemental
Pilote de l'action	DD ARS et ARS Siège
Porteurs de l'action repérés	– A définir
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les porteurs de programmes d'ETP – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les professionnels de santé – Les lieux d'accueil des programmes d'ETP délocalisés (MSP, hôpitaux de proximité, salles communales ou associatives, Maisons pour tous, Maisons médicales de garde...) – Les représentants d'usagers
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les programmes d'ETP existants – Délocalisation déjà en œuvre pour certains programmes <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Programmes « clés en main » à adapter – Importance d'un maillage territorial cohérent et équitable
Calendrier de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> – 2018 : recensement des porteurs de programmes et des lieux d'accueil – 2019 : communication et déploiement
Indicateur(s) d'évaluation	– Taux de programmes d'ETP délocalisés sur total des programmes d'ETP

PRIORITÉ D'ACTION N° 4

ACCOMPAGNER VERS ET DANS LE DROIT COMMUN ET FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 4.2

Promouvoir les programmes d'ETP auprès des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 4.2.3

Mettre en place systématiquement le score EPICES dans les programmes d'ETP afin de repérer la participation des personnes en situation de précarité aux programmes

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Diffuser le score EPICES et ses modalités d'utilisation aux porteurs de programmes d'ETP – Généraliser son usage dans tous les programmes – Recueillir et analyser ces données – Diffuser une synthèse de ces données aux porteurs de programmes d'ETP
Public concerné par l'action	– Les porteurs de programmes d'ETP
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	ARS Siège
Porteurs de l'action repérés	– L'ARS
Partenaires mobilisables	– Les porteurs de programmes d'ETP
Leviers et points de vigilance	Levier : – Le score EPICES est déjà défini et largement utilisé
Calendrier de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> – 2018 - 2019 : généralisation du score EPICES – 2020 - 2022 : analyse et restitution aux porteurs de programmes
Indicateur(s) d'évaluation	– Taux de programmes d'ETP ayant intégré le score EPICES

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.1

Favoriser le recours aux dispositifs de prévention CV, CLAT, CeGIDD, CPEF des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.1.1

Regrouper géographiquement les dispositifs (CV, CLAT, CeGIDD, CPEF) sur le même site et travailler la coordination des interventions

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier, avec les établissements de santé, le site géographique susceptible d'accueillir les différents dispositifs – Réaliser un état des lieux des dispositifs existants par site géographique – Encourager les établissements de santé à opérer ces regroupements et à coordonner les prises en charges – Mettre en place des réunions de concertation entre les équipes des dispositifs – Formaliser les partenariats (conventions-type, fiches de liaison-type...) – Formaliser des outils de repérage des besoins des personnes (score EPICES) – Proposer un parcours de santé répondant aux besoins repérés – Communiquer sur cette nouvelle organisation au sein de l'établissement de santé, auprès des structures accueillant les personnes en situation de précarité et des professionnels de santé libéraux
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les directions des établissements de santé – Les professionnels travaillant dans ces dispositifs – Les professionnels des structures accueillant les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Infra-départementale (territoire du GHT)
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action	– A définir
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les URPS et Conseils de l'ordre – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité
Leviers et points de vigilance	<p>Levier :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Coordination régionale PASS, CLAT, COREVIH existante <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Difficultés de faisabilité pour les établissements de santé
Calendrier de réalisation	2018 - 2020
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre de regroupements géographiques effectués

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.1

Favoriser le recours aux dispositifs de prévention CV, CLAT, CeGIDD, CPEF des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.1.2

Faire intervenir les équipes sur les lieux de vie des populations et organiser des permanences dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Identifier avec les SCHS des villes et les services de la cohésion sociale du département les différents lieux de vie spécifiques types squat, bidonvilles, zones de regroupement... – Repérer les établissements sociaux, les structures d'hébergement, les centres sociaux, les Missions Locales, Maisons Relais, Accueils de jour, points de distribution de l'aide alimentaire, structure d'accueil des migrants, CCAS... susceptibles d'accueillir ces permanences – Définir les modalités d'intervention (fréquence, équipe, information du public) sur site (à adapter selon le lieu d'intervention) et les outils de communication sur ces permanences
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action	– Les établissements de santé concernés
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les SCHS des villes – Les DDSC(PP) des départements – Les Conseils Départementaux – Les CLAT, CeGIDD, CV – Les PASS – Les établissements sociaux, les structures d'hébergement, les centres sociaux, les Missions Locales, Maisons Relais, Accueils de jour, points de distribution de l'aide alimentaire, structures d'accueil des migrants, les associations intervenant auprès de ces populations, CCAS, CADA...
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Coordination régionale CLAT et PASS existante – Dispositifs déjà opérants sur certains départements – Projet précarité élaboré par le CV de l'Hôpital Joseph Ducuing à Toulouse <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nécessité de préparer ces interventions en amont en collaboration avec les équipes intervenant auprès de ces populations
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre d'interventions dans les lieux de vie et d'accueil des personnes en situation de précarité

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.2

Améliorer le recours au dépistage organisé des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) via les structures en charge du dépistage organisé

ACTION STRUCTURANTE N° 5.2.1

Déployer sur quelques territoires repérés au moyen des indicateurs de défavorisation, des actions de promotion du dépistage organisé auprès des publics en situation de précarité et repérer les actions probantes

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Développer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser les actions probantes en matière de promotion du dépistage organisé auprès des personnes en situation de précarité - Identifier 2 à 3 IRIS par département (zone urbaine et zone rurale) choisis au moyen des indicateurs de défavorisation - Repérer et mobiliser, sur les territoires identifiés, les structures et services accueillant et accompagnant les personnes en situation de précarité susceptibles d'apporter leur appui au déploiement des actions en visant l'exhaustivité - Informer les professionnels de santé libéraux sur les programmes de promotion du dépistage organisés sur le territoire en visant l'exhaustivité - Mettre en œuvre des actions de promotion du dépistage organisé spécifiques et ciblées sur les populations CMU-C, collectives et/ou individuelles, en fonction des caractéristiques des territoires - Analyser les taux de réponse au regard des actions déployées
Public concerné par l'action	- Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les IRIS défavorisés
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les structures en charge du dépistage organisé - Les CPAM
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les CCAS et les mairies - Les centres sociaux - L'échelon infra départemental des Conseils Départementaux (MDS, UTAS...) - Les professionnels de santé libéraux - Les établissements de santé - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les CeGIDD - L'ORS
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'indicateur de défavorisation existant - Le DMP - Les ASV et CLS <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La nécessité de coordonner les actions proposées afin d'en repérer les effets et de réaliser un bilan annuel
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	- Nombre d'actions de promotion du dépistage organisé dans les IRIS les plus défavorisés (5e quintile)

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.2

Améliorer le recours au dépistage organisé des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) via les structures en charge du dépistage organisé

ACTION STRUCTURANTE N° 5.2.2

Mobiliser les professionnels de santé, les « personnes relais » identifiées, les centres de santé, les MSP et les CES pour la promotion du dépistage organisé au niveau de chaque département

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Développer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser et mobiliser les professionnels de santé et structures (MSP, centres de santé, CES) sur le département – Définir, en concertation avec les partenaires, leur rôle dans la promotion du dépistage auprès des patients et usagers – Identifier, avec l'appui des structures accueillant les personnes en situation de précarité, des personnes susceptibles de relayer la promotion du dépistage organisé – Renforcer les connaissances des « personnes relais » (pairs) sur le dépistage organisé et définir leur rôle auprès de leurs pairs
Public concerné par l'action	– Les professionnels et les personnes relais
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les structures en charge du dépistage organisé – Les CPAM
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les médecins traitants – Les MSP et les centres de santé – Les CES – Les structures et associations accueillant les personnes en situation de précarité
Leviers et points de vigilance	<p>Levier :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les délégués de l'Assurance Maladie <p>Point de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les personnes sans droits ouverts à l'Assurance Maladie
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre d'actions de promotion du dépistage organisé en direction des partenaires

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.3

Favoriser les pratiques de prévention chez les personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.3.1

Permettre aux plus exclus d'accéder à des espaces d'hygiène

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un état des lieux régional des espaces d'hygiène et des financements complémentaires existants et/ou mobilisables où les personnes sans abri peuvent accéder : localisation, services accessibles, conditions d'accès, avantages, inconvénients et identifier les priorités d'améliorations - Renforcer les espaces hygiène existants pour une amélioration de la qualité des services, de leur variété, de leur disponibilité et de leur accessibilité - Diffuser les informations sur les espaces accessibles aux personnes sans abri, hébergées, aux intervenants des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires - Mettre à disposition des structures d'accueil de jour, d'hébergement d'urgence et de maraude des kits d'hygiène - Promouvoir dans les PASS l'accès à des douches, à des consignes, à des chenils et à un service de vestiaire
Public concerné par l'action	- Personnes sans abri, hébergées ...
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	ARS DD et siège
Porteurs de l'action repérés	Pas de porteur pré-ciblé
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité et de maraude - Le CRPA - Les Fédérations - Les collectivités locales - La DRJSCS / les DDCS - Les établissements de santé - Les permanences des SIAO
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des distributions de kit déjà effectives sur certains lieux et territoires - Une nécessaire coordination des politiques publiques pour l'émergence de nouveaux lieux d'hygiène
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	-

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.3

Favoriser les pratiques de prévention chez les personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.3.2

Améliorer les connaissances des repères nutritionnels et leur mise en pratique chez les personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Inscrire dans l'appel à projet Collectivités Actives PNNS l'obligation de mettre en place une ou des actions en direction des personnes en situation de précarité – Mettre en place des actions visant à diversifier l'offre de l'aide alimentaire (quantitativement et qualitativement) et à améliorer les connaissances nutritionnelles et encourager la pratique d'une activité physique des publics, en conservant la dimension plaisir – Mobiliser les Conseils Départementaux, les CCAS et les associations caritatives pour accompagner la délivrance des bons alimentaires de recommandations nutritionnelles en lien avec le PNNS – Informer les professionnels de santé de la possibilité de prescrire une activité physique sur ordonnance pour les patients atteints d'une ALD – S'informer auprès des services de la jeunesse et des sports de l'existence d'annuaire répertoriant les offres d'activité physique gratuites sur les départements
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Les personnes en situation de précarité – Les professionnels de santé
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS Siège
Porteurs de l'action	– L'ARS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les Collectivités Actives PNNS – La DRJSCS et les DDCS(PP) – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les structures d'aide alimentaire – Les URPS
Leviers et points de vigilance	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'appel à projet Collectivités Actives PNNS (ARS) – L'appel à projet Nutrition et précarité (DRAAF/ARS) – Le programme sport, santé, bien être (DRJSCS) – L'appel à projet FNPEIS sur l'éducation nutritionnelle – L'appel à projet Conférence des financeurs – Décret 2016-1990 du 30/12/16 sur la prescription des activités physiques auprès des patients atteints d'une ALD
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	– Nombre d'actions nutrition en direction des personnes précaires

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.4

Favoriser la prévention, la prise en charge des conduites addictives et la RdRD auprès des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.4.1

Mettre en place des modules de sensibilisation sur les risques des conduites addictives auprès des personnes en situation de précarité

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Accompagner la personne pour être acteur de sa santé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Définir un programme d'actions par département, adapté au public, en concertation avec les partenaires et les usagers, en y incluant par exemple le Moi(s) Sans Tabac – Organiser des modules de sensibilisation à la prévention et à la RdRD au sein des structures accueillant les personnes en situation de précarité – Faire intervenir les CSAPA et CAARUD dans ces structures pour faciliter notamment l'accès aux dispositifs de RdRD (sensibilisation, substitution, matériel de prévention...)
Public concerné par l'action	– Les personnes en situation de précarité
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action	– Les CSAPA et CAARUD
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les structures et associations œuvrant dans le champ des conduites addictives – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité – Les fédérations (FAS, Fédération Addictions)
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> – CPOM avec des opérateurs de prévention – Permanences déjà opérationnelles
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de modules organisés – Nombre d'interventions des CSAPA et CAARUD

PRIORITÉ D'ACTION N° 5

ADAPTER L'OFFRE DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE ET DE RDRD AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 5.4

Favoriser la prévention, la prise en charge des conduites addictives et la RdRD auprès des personnes en situation de précarité

ACTION STRUCTURANTE N° 5.4.2

- Accompagner les professionnels dans l'acquisition d'une posture pro-active et éducative en matière de prévention, de RdRD et de prise en charge des conduites addictives et des pathologies infectieuses
- Mettre en œuvre la coordination des acteurs et des actions

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – Organiser des modules de sensibilisation à la prévention des conduites addictives et à la RdRD pour les professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire – Favoriser les conventionnements entre ces structures et les CSAPA et CAARUD – Organiser des journées d'échanges de pratiques sur les situations complexes (sociales et/ou sanitaires) entre les professionnels – Créer un répertoire des ressources locales œuvrant dans le champ des conduites addictives et de la RdRD – Désigner un représentant du champ des conduites addictives par département, pour participer au comité de suivi du PRAPS
Public concerné par l'action	– Les professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	– Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS
Porteurs de l'action	<ul style="list-style-type: none"> – DD ARS – Les fédérations (Fédération addictions, FAS)
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> – Les CSAPA et les CAARUD – Les structures et associations œuvrant dans le champ des conduites addictives – Les URPS – Les structures accueillant les personnes en situation de précarité
Leviers et points de vigilance	Leviers : <ul style="list-style-type: none"> – CPOM avec des opérateurs de prévention – Des instances de coordination départementale déjà existantes
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de réunions de sensibilisation organisées pour les professionnels – Nombre de conventionnements entre les CSAPA / CAARUD et autres structures

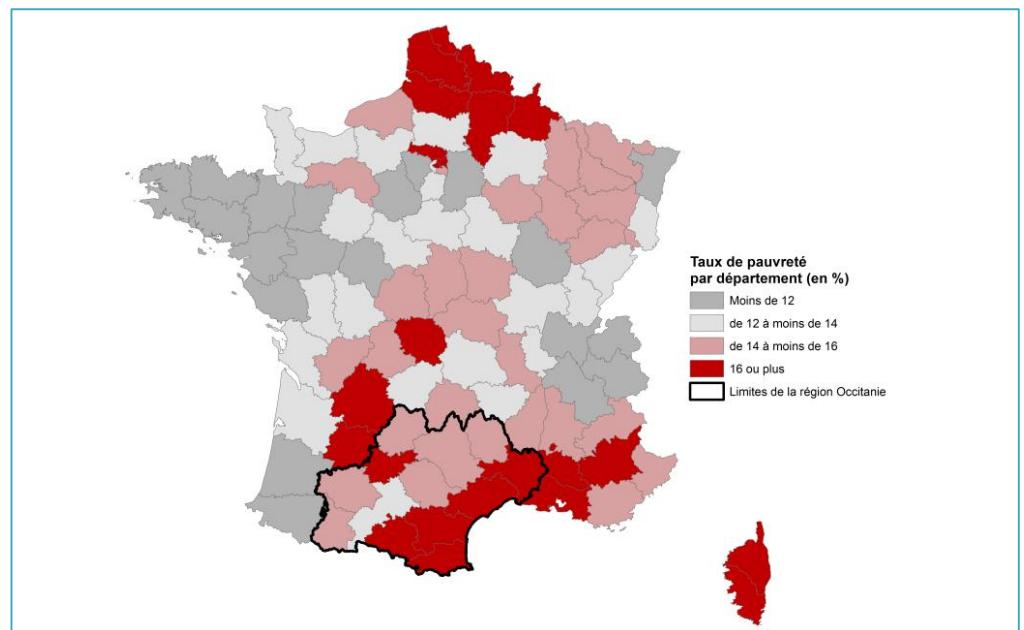
ANNEXE N°2 : ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL POUR LA CONSTRUCTION DU PRAPS 2018 – 2022 EN OCCITANIE

La précarité recouvre différentes réalités en fonction des définitions utilisées. Différentes catégories de populations peuvent donc être considérées comme pauvres selon que l'on considère les sans-abris, les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes au chômage de longue durée, les personnes en dessous du seuil de pauvreté, etc. Un gradient social existe ainsi parmi les plus pauvres au même titre que dans la population générale. S'intéresser à l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis, conduit donc à considérer, de manière complémentaire, cet accès dans l'ensemble de la population.

EN OCCITANIE, UNE PERSONNE SUR SIX EN SITUATION DE PAUVRETÉ

La situation des populations les plus démunies est généralement approchée à partir des données concernant les personnes en dessous du seuil de pauvreté (1 000 euros mensuels). En 2013, en Occitanie, plus de 900 000 personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté, soit une personne sur six.

■ **Figure 1:** Les taux de pauvreté par département en 2013 en France métropolitaine



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2013

La région Occitanie se place au 4^{ème} rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, au 3^{ème} rang pour la pauvreté des moins de 30 ans et au 2^{ème} rang pour la pauvreté des 75 ans ou plus (après la Corse). À l'échelle des départements, il existe de fortes disparités concernant les taux de pauvreté au sein de la région Occitanie.

La Haute-Garonne a un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale, mais l'Aude est le deuxième département le plus pauvre de France, les Pyrénées-Orientales le troisième, le Gard le cinquième et l'Hérault le neuvième. La région Occitanie est ainsi la région comprenant le plus de départements dans les 10 départements les plus pauvres de France (Figure 1). C'est dans les espaces ruraux éloignés des centres d'emplois ainsi que dans les villes-centres des grands pôles urbains que la pauvreté est la plus importante dans la région.

Toutefois, une attention particulière doit être portée aux valeurs absolues : le taux de pauvreté des ménages dans les Pyrénées-Orientales s'élève à 21 %, contre 12,4 % en Haute-Garonne, mais cela représente environ 95 000 personnes en situation de pauvreté dans les Pyrénées-Orientales, contre 152 000 en Haute-Garonne (Tableau 1).

Certaines populations sont particulièrement touchées par la précarité. Ainsi, les tranches d'âges de moins de 30 ans et 75 ans ou plus, sont particulièrement touchées par la pauvreté dans la région, de même que les familles monoparentales. La part de ces familles atteint le niveau record de 30 % dans les Pyrénées-Orientales. En effet, c'est le département de France métropolitaine où cette part est la plus élevée. Ce taux atteint même 40 % à Perpignan, la préfecture de ce département, très fragilisée socialement [1].

■ **Tableau 1 : La pauvreté des ménages dans les départements de la région Occitanie**

	Taux de pauvreté Ensemble (%)	Taux de pauvreté des moins de 30 ans (%)	Taux de pauvreté des 75 ans ou plus (%)	Estimation du nombre de personnes vivant au- dessous du seuil de pauvreté*
Ariège	18,0	28,2	13,2	26 000
Aude	21,4	32,7	16,1	75 000
Aveyron	14,7	22,5	13,8	39 000
Gard	20,3	30,4	12,1	146 000
Haute-Garonne	12,4	22,3	9,1	152 000
Gers	14,8	23,3	16,0	27 000
Hérault	19,6	31,2	12,3	208 000
Lot	15,6	23,9	12,9	26 000
Lozère	15,7	21,8	16,9	11 000
Hautes-Pyrénées	14,3	26,5	11,2	32 000
Pyrénées- Orientales	21,0	34,3	14,3	95 000
Tarn	15,1	26,1	10,9	57 000
Tarn-et-Garonne	16,8	26,1	14,6	42 000
Occitanie	17,0	27,2	12,5	936 000

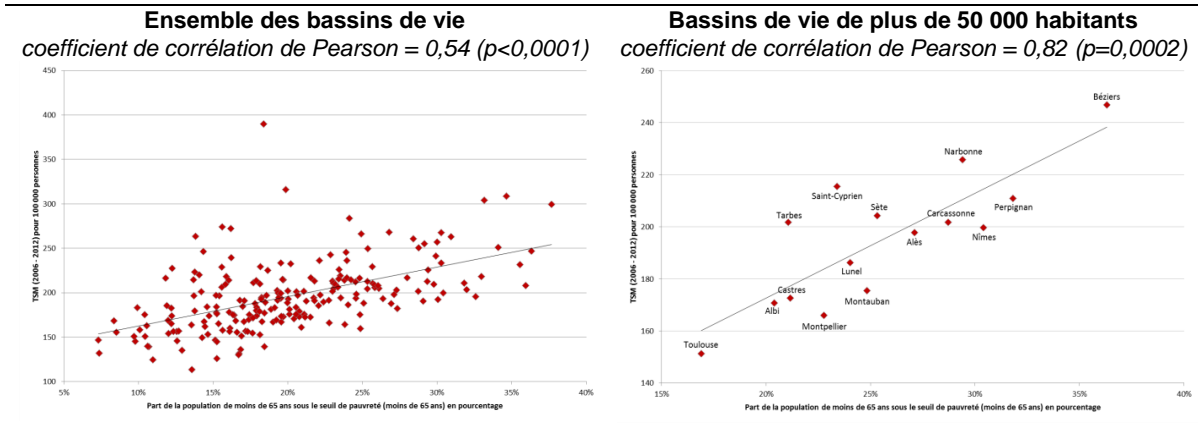
Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2013

*Il s'agit d'une approximation. Le taux de pauvreté des ménages est appliqué au nombre de personnes dans les ménages fiscaux.

LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES ONT UN ÉTAT DE SANTÉ PLUS DÉGRADÉ

Il existe une corrélation forte entre la part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté et la mortalité prématurée (mortalité avant 65 ans). Les bassins de vie présentant un taux élevé de mortalité prématurée sont aussi ceux présentant un taux élevé de pauvreté. La corrélation est d'autant plus forte si l'on restreint l'analyse aux bassins de vie les plus peuplés (plus de 50 000 habitants) (Figure 2).

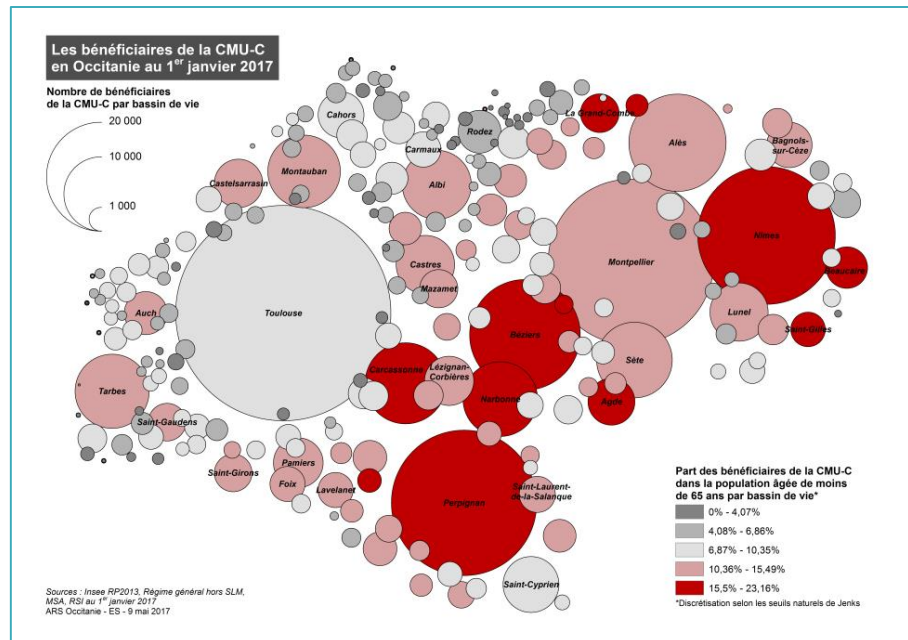
■ **Figure 2 :** Taux standardisés de mortalité (TSM) prématurée (mortalité avant 65 ans, 2006-2012) et part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté en 2014 dans les bassins de vie de la région Occitanie



Sources : Inserm CépiDC, Insee – base régionale précarité 2014

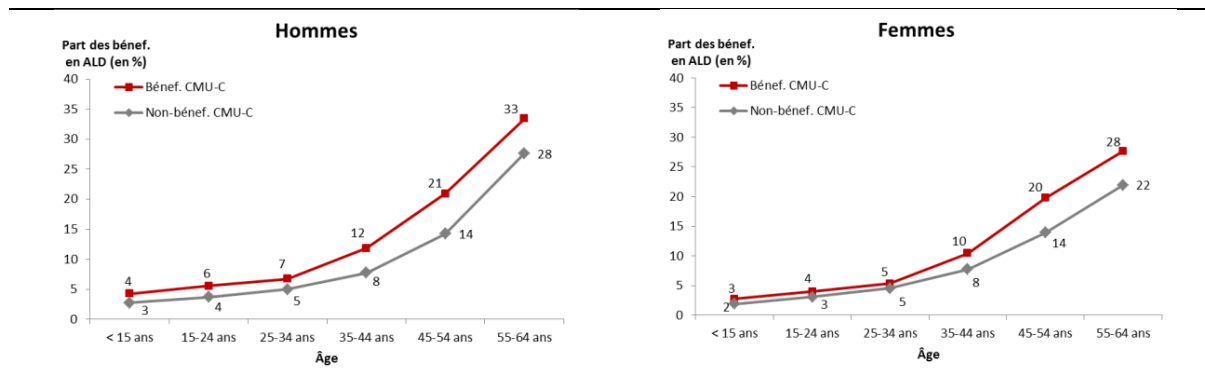
La CMU-C constitue pour les plus modestes une protection complémentaire gratuite, accordée sous conditions de ressources financières (moins de 727 euros mensuels pour une personne seule - barème au 1^{er} avril 2017). Cette couverture dispense le bénéficiaire de toute avance de frais. Près de 500 000 personnes sont bénéficiaires de la CMU-C au 1^{er} janvier 2017 dans la région et se concentrent dans les grandes agglomérations notamment à l’Est de la grande région (Figure 3). Cette population représente donc une part particulièrement défavorisée de l’ensemble de la population vivant sous le seuil de pauvreté.

■ **Figure 3 :** Les bénéficiaires de la CMU-C en Occitanie au 1er janvier 2017



Pour ces bénéficiaires, la probabilité de bénéficier d’une exonération pour affection de longue durée (ALD), marqueur d’un état de santé dégradé, est plus élevée que pour le reste de la population, et notamment après 35 ans (Figure 4).

■ **Figure 4 : Part des bénéficiaires d'une ALD selon la présence ou l'absence de CMU-C en 2015 en Occitanie**



Source : SNIIR-AM/DCIR, Bibliothèque Consopat, extraction 2015, bénéficiaires consommant tous régimes (hors Ariège)

L'état de santé de la population est ainsi lié au niveau de défavorisation des individus.

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : UNE ACCUMULATION DES FACTEURS DE RISQUES POUR LES PERSONNES LES PLUS DÉFAVORISÉES

Au-delà de ce constat, l'enjeu majeur est de mieux comprendre le lien qui existe entre pauvreté et état de santé. Plusieurs dimensions susceptibles d'agir sur la santé existent, allant de l'individu jusqu'aux conditions socioéconomiques, culturelles, environnementales, à l'échelle de la société. En épidémiologie sociale, on distingue classiquement dans les déterminants de la santé, les comportements dits « individuels », les déterminants socio-économiques (incluant les facteurs dits matérialistes - expositions physiques, chimiques, spatiales -, les facteurs psychosociaux - contraintes organisationnelles, hiérarchiques) et le système de soins. Or, la distribution de ces facteurs est socialement différenciée, ce qui se caractérise par des conduites à risques, une exposition aux risques environnementaux et professionnels plus fréquente et un recours plus faible aux services de santé et aux soins dans les catégories moins favorisées.

■ **Tableau 2 : Quelques déterminants de santé au regard des catégories socio-professionnelles**

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Ouvriers (ouvriers ou ouvriers qualifiés)
Tabac¹		
Tabagisme quotidien	18,9%	37,8%
Surpoids-obésité des élèves de CM2 selon le groupe socio-professionnel des parents²		
Surcharge pondérale (%)	12,7%	21,5%
Obésité (%)	1,4%	5,5%
Expositions professionnelles³		
Être exposé à au moins trois produits chimiques (%)	2,7%	31,8%
Bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 db(A) (%)	5,5%	46,8%

Sources :

¹Baromètre santé 2014, Inpes [2]

²DREES-DGESCO, enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 [3]

³DGT-DARES, enquête SUMER 2010 [4]

Le tableau 2 ci-dessus montre que les ouvriers présentent une probabilité plus grande d'être exposés à plus de facteurs délétères pour la santé. La particularité de la population pauvre est de cumuler un ensemble de ces facteurs.

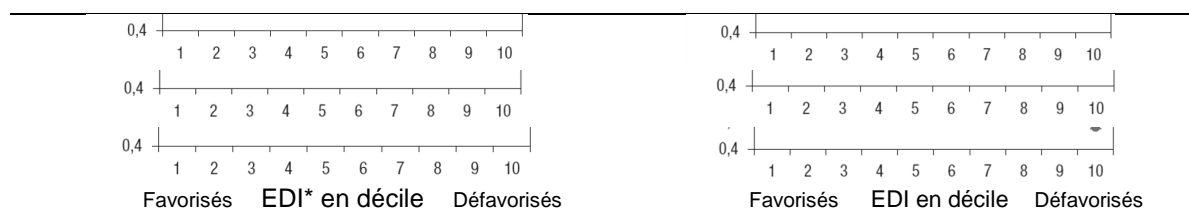
LE RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION EST DIFFÉRENT SELON LE NIVEAU DE DÉFAVORISATION

Sans en être le déterminant essentiel de l'état de santé, le système de soins et de prévention représente un déterminant important du niveau de santé des populations et participe de par son activité à la persistance voire l'aggravation des inégalités sociales de santé. Le système de soins est en outre un des leviers utilisables par les institutions pour réduire ces inégalités. Une question essentielle est d'analyser si l'existence de systèmes de compensation centrés sur la précarité est susceptible de limiter les inégalités sociales d'accès aux soins et donc l'effet du système de soins dans la construction des inégalités sociales de santé.

À ce titre, un travail spécifique a été conduit en Occitanie (région ex-Midi-Pyrénées) pour mesurer les niveaux de recours aux soins au regard du niveau de défavorisation et de pauvreté de la population. Du fait de l'absence de données socio-économiques individuelles dans les bases de données médico-administratives, un indicateur écologique de défavorisation, l'EDI (*European Deprivation Index*), est utilisé en lieu et place du niveau social individuel [5]. Cet indicateur est discrétisé en 10 classes, de la situation la plus favorable EDI 1 à la situation la plus défavorable EDI 10.

Les indicateurs présentés ici (Figure 5) décrivent des situations clés du recours aux soins ou à la prévention, notamment pour les personnes en situation de pauvreté [6].

■ **Figure 5 : Gradient social de recours aux soins pour chacun des indicateurs étudiés, ex-région Midi-Pyrénées, 2012**
Odds ratios (en fonction de l'indice de défavorisation (EDI) ajustés sur l'âge, le sexe et l'ALD)



Source : Bull Epidémiol Hebd. 2016;(1):2-8 [6]

EDI : *European Deprivation Index* (indicateur de défavorisation) [5]

— EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES, LE POIDS DU GRADIENT EST POUR PARTIE LIMITÉ PAR L'ACCÈS AUX PRESTATIONS SOCIALES À DESTINATION DES PLUS DÉFAVORISÉS

Plus les personnes vivent dans une zone défavorisée, plus le recours au médecin généraliste dans l'année est faible. Cette association prend la forme d'un gradient qui s'atténue un peu dans les zones les plus défavorisées (deux derniers déciles) qui concentrent aussi le plus grand nombre de bénéficiaires de la CMU-C. La CMU-C pourrait ainsi compenser en partie le gradient social de recours primaire aux soins. À l'inverse, l'offre de soins en médecine générale ne réduit en rien ce gradient, cette offre augmentant avec le niveau de défavorisation du fait d'un meilleur accès théorique aux médecins généralistes en ville, là où se concentrent les plus fortes zones de défavorisation et de pauvreté [7].

— L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET LE RECOURS AU DÉPISTAGE SONT SUJETS À DES PHÉNOMÈNES D'INÉGALITÉ

Un gradient social dans le recours au dépistage du cancer du sein, comme du cancer du col de l'utérus, est observé. Les taux de recours aux dépistages décroissent fortement avec le niveau de défavorisation. Ces gradients ne sont pas réduits par la prise en compte du fait de bénéficier de la CMU-C ou de l'offre de médecins généralistes. On peut supposer que les campagnes de dépistage organisé du cancer du sein ont contribué à réduire le gradient social qui est moins marqué que pour le cancer du col de l'utérus.

— UN RECOURS AUX SOINS DENTAIRES DIFFERENCES EN FONCTION DU NIVEAU DE DEFAVORISATION

Pour le recours aux soins dentaires conservateurs, le recours décroît régulièrement avec le niveau de défavorisation. À l'inverse, le recours à l'extraction dentaire augmente légèrement et en particulier pour les deux déciles les plus défavorisés (déciles 9 et 10). Si elles ont en commun d'être des soins dentaires, il s'agit de consommations totalement différentes. Le recours à un chirurgien-dentiste pour des soins conservateurs peut s'apparenter à un recours de prévention. Ce recours diminue avec la défavorisation. Ce gradient est moins marqué chez les bénéficiaires de la CMU-C, en faveur d'un effet de rattrapage des inégalités d'accès à ce type de soins en direction des plus pauvres.

Le recours au chirurgien-dentiste pour une extraction dentaire, en revanche, signe un recours tardif aux soins en lien probable avec un état dentaire plus dégradé, plus fréquemment retrouvé chez les plus pauvres (deux derniers déciles). Or, chez ces derniers, le fait de bénéficier de la CMU-C est plus fréquent et pourrait favoriser ce recours. On observe en effet que les bénéficiaires de la CMU-C ont un recours à l'extraction dentaire de 70 % supérieur au recours des autres assurés. Là encore le fait de bénéficier de la CMU-C permet un rattrapage voire un comportement spécifique avec un recours aux soins, mais tardif. Dans les deux cas l'offre de soins, ici la disponibilité des chirurgiens-dentistes, n'influence aucun des deux recours, suggérant que les phénomènes observés ne sont pas un problème d'offre [8].

— UN RECOURS AUX PSYCHOTROPES EGALEMENT MARQUE PAR UN GRADIENT SOCIAL

Le lien entre difficultés socioéconomiques et santé mentale est bien connu et un gradient social de recours aux médicaments psychotropes est observé, cette prescription augmentant avec la défavorisation. Même si rien ne permet de l'affirmer, un sur-recours traduisant une tendance à la médicalisation de problèmes sociaux ne peut pas être exclu pour expliquer ce gradient [9].

L'ensemble des indicateurs d'accès aux soins et à la prévention analysés met en évidence l'existence d'une association entre les niveaux de défavorisation et la fréquence du recours aux soins et à la prévention. Cette association prend le plus souvent la forme d'un gradient qui suit le niveau de défavorisation et qui est plus ou moins marqué selon les indicateurs analysés. Il semble ne pas se limiter à la frange la plus défavorisée de la population. Pour certains indicateurs comme le recours primaire aux soins ou les soins dentaires, certains dispositifs de compensation telle que la CMU-C semblent pouvoir atténuer cette relation.

Les gradients sociaux de santé traversent l'ensemble des territoires de la région et interrogent sur le rôle éventuel que pourrait jouer les contextes territoriaux. Les territoires se différencient notamment par l'accessibilité à l'offre de soins, qui ne semble pas influencer de manière forte cette relation [8]. Compte tenu du fort contraste territorial de la grande région, une analyse approfondie de l'influence des contextes sur le recours aux soins devra être menée.

LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX DROITS POUR LES PLUS DÉMUNIS : UNE RÉPONSE PARTIELLEMENT EFFICACE

La CMU-C, comme attendu, permet pour certains types de recours, de réduire les inégalités liées à la pauvreté. Les dispositifs spécifiques, permanences d'accès aux soins de santé, appartements de coordination thérapeutique, lits « halte soins santé » ou équipes mobiles « psychiatrie-précarité » réduisent encore ces inégalités par une prise en charge ciblée des personnes les plus démunies. Toutefois, ils ne sont qu'une réponse partielle au regard des inégalités de santé, qui traversent l'ensemble du corps social. En effet, les effets de seuil, les dépassements d'honoraires (Tableau 3), la capacité à s'orienter dans le système de soins, conduisent à des non-recours [10], ou des renoncements aux soins [11], pour une frange non négligeable de la population, non spécifiquement ciblée par les dispositifs précités.

■ **Tableau 3 : Les dépassements d'honoraires lors d'un séjour pour pose d'une prothèse de hanche en Occitanie en 2015**

Pôle d'activité	Nombre de séjours	Nombre de séjours avec dépassement	Part des séjours avec dépassement (en %)	Moyenne du montant du dépassement (en €) pour les séjours avec dépassement	Médiane du montant du dépassement (en €) pour les séjours avec dépassement
Carcassonne	336	81	24,1	247	250
Narbonne	340	50	14,7	250	300
Alès	304	165	54,3	552	550
Bagnols-sur-Cèze	110	17	15,5	396	400
Nîmes	887	327	36,9	805	850
Toulouse	3 369	1 656	49,2	423	400
Auch	253	8	3,2	272	216
Bédarieux	28	4	14,3	400	400
Béziers	825	414	50,2	423	450
Lunel	21	7	33,3	600	550
Montpellier	1 631	615	37,7	790	850
Pézenas	74	16	21,6	453	500
Sète	257	19	7,4	343	320
Tarbes	415	205	49,4	245	250
Céret	63	24	38,1	162	150
Perpignan	1 117	255	22,8	230	220
Prades	72	17	23,6	194	200
Albi	643	196	30,5	210	200
Castres	369	114	30,9	260	250
Montauban	472	204	43,2	335	380

Source : PMSI MCO 2015 (ATIH)

Un tel constat appelle à porter une attention particulière à la prise en charge des plus démunis dans une démarche plus large de prise en compte des inégalités sociales de santé.

ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

- [1] Le développement durable en Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées. Insee Dossier Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées n° 2 - juillet 2016.
- [2] Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions* • N° 31 / Janvier 2015.
- [3] Grignon N. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. *Études et Résultats*, n°993, Drees, février 2017.
- [4] Arnaudo B *et al.* L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER. Juin 2012. *Références en santé au travail*. N°130.
- [5] Pernet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, *et al.* *Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version*. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66(11):982-9.
- [6] Delpierre C, Fantin R, Chehoud H, Nicoules V, Bayle A, Souche A, *et al.* Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, France, 2012. *Bull Epidémiol Hebd*. 2016;(1):2-8.
- [7] Ducros D, Nicoules V, Chehoud H, Bayle A, Souche A, Tanguy M, *et al.* Les bases médico-administratives pour mesurer les inégalités sociales de santé. *Santé Publique*. 2015;27:383-94.
- [8] L'évaluation économique et la recherche sur les services de santé. Actes du colloque international organisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en collaboration avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), à Paris, le 1er décembre 2014. *Les rapports de l'Irdes*, n° 565, décembre 2016.
- [9] Le Moigne P. La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? *Déviance et Société*. 2003;27:285-96.
- [10] Rode A. L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins. *Lien social et Politiques* 61 (2009): 149-158.
- [11] Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval É. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. In: *Economie et statistique*, n°469-470, 2014. pp. 169-197; doi : 10.3406 / estat.2014.10426.

ANNEXE N°3 : MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PRAPS

LANCEMENT DE LA DÉMARCHE PAR L'ARS OCCITANIE DANS UN NOUVEAU CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE ET TERRITORIAL

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé instaure un nouveau PRS, maintenu dans son principe, avec 3 nouvelles composantes : un COS à 10 ans, un SRS unique à 5 ans (fusionnant les schémas de prévention, d'organisation des soins avec ses deux volets hospitalier et ambulatoire, et médico-social) et un PRAPS à 5 ans.

De plus, la loi 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions a instauré un nouveau découpage territorial régional : une nouvelle région, l'Occitanie, est ainsi constituée, fruit du regroupement de deux régions, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon.

Le PRAPS 2012-2017 entrant dans sa dernière année de mise en œuvre, c'est dans ce contexte que s'inscrit l'élaboration du nouveau PRAPS Occitanie 2018-2022.

Une première réunion de lancement de la réflexion du premier PRAPS de la nouvelle région Occitanie a été organisée par l'ARS Occitanie le 4 novembre 2016 à Carcassonne.

Lors de cette journée, un diagnostic sur les inégalités sociales de santé dans la région Occitanie a été présenté par l'IFERISS, ainsi que des données sur les indices de précarité et les dispositifs de l'ARS à l'échelle régionale.

LA CONTRIBUTION DE L'IREPS OCCITANIE ET DE L'IFERISS

Pour l'accompagner dans cette démarche, l'ARS Occitanie a mobilisé l'IREPS Occitanie sur les plans opérationnel, méthodologique et rédactionnel, dans le cadre de sa mission d'appui aux politiques publiques de santé.

L'IFERISS a été sollicité pour la réalisation d'un diagnostic au regard des inégalités sociales de santé, la conception d'un protocole d'évaluation ainsi que l'élaboration d'un outil de reporting.

UN GROUPE PROJET PARTENARIAL

Un groupe projet de suivi du PRAPS, composé de l'ARS Occitanie (DSP, DDP et Délégations Départementales), de la DRJSCS, de l'IFERISS et de l'IREPS Occitanie, a été constitué dès le mois de février 2017. Ce groupe projet a pour missions de coordonner les différents chantiers d'élaboration du PRAPS, de suivre leur avancement, de les compléter et les valider.

UNE CONSULTATION ÉLARGIE AUTOUR DE CINQ THÉMATIQUES PRIORITAIRES ET SIX AXES TRANSVERSAUX

L'ARS Occitanie a identifié cinq thématiques prioritaires à intégrer dans la réflexion concernant l'élaboration du prochain PRAPS 2018-2022 :

- Prévention / dépistage / réduction des risques
- Soins de premiers recours et maladies chroniques
- Santé mentale
- Dispositifs spécifiques (LHSS, EMPP, ACT, ...)
- Accès aux droits

Le PRAPS étant porteur d'enjeux transversaux, son élaboration s'est appuyée sur une consultation régionale élargie organisée entre les mois de février et avril 2017.

UNE CONSULTATION TERRITORIALE VIA LES DÉLÉGATIONS DÉPARTEMENTALES DE L'ARS OCCITANIE

Les treize délégations départementales de l'ARS Occitanie ont été invitées à répondre à un questionnaire afin de recueillir des éléments de diagnostic territorial pour l'élaboration du prochain PRAPS. Les membres des comités de suivi du PRAPS, lorsque ces comités existent, ont pu être consultés pour contribuer à cette réflexion.

Dix délégations départementales ont donné suite à cette démarche.

UNE CONSULTATION PARTENARIALE RÉGIONALE

Cette concertation visait à associer le plus grand nombre d'acteurs des champs de la prévention, du soin et du médico-social, de la région Occitanie :

- Des professionnels des organismes, institutions et administrations impliqués dans la mise en œuvre de la politique de santé : les services de l'État (DRJSCS, DDCS(PP), Délégation aux droits des femmes et à l'égalité, les collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseil Départemental, communes ou communautés de communes), les organismes de sécurité sociale et mutuelles (CARSAT, CPAM, Mutualité Française Occitanie), les CCAS, les ASV, les PASS et dispositifs spécifiques,
- Des professionnels des associations œuvrant en faveur des personnes en situation de précarité : associations des secteurs sanitaire et social, associations d'aide alimentaire,
- Des représentants des professionnels de santé, via les URPS
- Des usagers, via les CCRPA.

Une centaine de personnes se sont réparties sur les cinq groupes de travail proposés, correspondant aux cinq thèmes prioritaires identifiés lors de la première réunion de lancement de la réflexion du nouveau PRAPS.

Chaque groupe de travail s'est réuni deux fois, entre les mois de mars et avril 2017 :

- La **première réunion** consistait en l'élaboration d'un diagnostic des besoins, freins et leviers sur la thématique concernée ainsi que l'identification de pistes d'actions. Afin de cadrer la réflexion, le groupe projet a identifié six axes transversaux à intégrer dans la réflexion de chaque groupe de travail thématique :
 - La territorialisation,
 - L'« aller-vers »,
 - La mobilisation et la coordination des acteurs et des secteurs,
 - L'accompagnement vers le droit commun,
 - La participation des usagers,
 - L'information et la formation des professionnels.
- La **deuxième réunion** visait à présenter et amender, le cas échéant, les fiches-actions pré rédigées par le groupe projet à partir des pistes d'actions envisagées lors de la première réunion.

Les fiches-actions ont ensuite été soumises à l'ARS pour validation avant rédaction du rapport final.

ANNEXE N°4 : SUIVI ET ÉVALUATION DU PRAPS

Dans la convention signée entre l'ARS Occitanie et l'Université Paul SABATIER de Toulouse, l'article 5 précise : « Les finalités de l'évaluation visent à apprécier l'intérêt d'un type d'action dans des thématiques données, selon la qualité du travail réalisé et l'adéquation aux besoins identifiés sur les territoires. Pour l'ARS, mais aussi pour le bénéficiaire (AAPRISS), il s'agit de savoir s'il faut maintenir, modifier, développer, réduire ou arrêter ce type d'action. L'évaluation ne doit pas simplement chercher à mesurer le degré d'atteinte des objectifs mais elle doit aussi permettre au bénéficiaire d'améliorer l'action l'année suivante ».

En accord avec l'ARS, la construction de l'évaluation du PRAPS et d'un outil de reporting permettant le suivi de sa mise en œuvre pendant cinq années (2018-2022) s'est appuyée sur un certain nombre de travaux antérieurs menés par les chercheurs de la Plateforme dans ce domaine³ et les attentes exprimées par le commanditaire et le groupe-projet lors des différentes phases de construction du PRAPS.

LES PRINCIPES AYANT GUIDÉ LA CONSTRUCTION DE L'ÉVALUATION ET DE L'OUTIL DE REPORTING DU PRAPS

— LA QUALITE DU PRAPS A EVALUER

Fondamentalement, l'évaluation consiste à tenter de répondre à un ensemble de questions relatives à une politique ou un programme, sa mise en œuvre et ses effets. Ce questionnement peut être orienté de différentes manières en fonction du contexte et des buts poursuivis par le commanditaire. Pour aider celui-ci à former son jugement, l'évaluation cherche à apprécier dans quelle mesure la politique évaluée possède les principales « qualités » qui caractérisent idéalement une « bonne » politique : cohérence, atteinte des objectifs, efficacité, efficience, impact et pertinence⁴.

Classement des « qualités » d'une politique évaluée

Source : Conseil scientifique de l'évaluation, *Petit guide de l'évaluation*, 1996 (p.7).

Une politique ou un programme peuvent être évalués selon différentes « qualités » qui répondent à des questions différentes. Le choix de la (ou des) qualité(s) à évaluer revient au commanditaire :

- **Cohérence** (dans la conception et la mise en œuvre) : les différents objectifs sont-ils cohérents entre eux ? Les moyens juridiques, humains et financiers mis en place sont-ils adaptés à ces objectifs ? La cohérence externe avec d'autres plans ou programmes peut également être questionnée.
- **Atteinte des objectifs** : dans quelle mesure les évolutions constatées de la réalité sociale sont-elles conformes aux objectifs de la politique ?
- **Efficacité** : dans quelle mesure les effets propres de la politique sont-ils conformes à ses objectifs ?
- **Efficience** : les ressources financières mobilisées par la politique ont-elles été bien utilisées ? Les résultats de la politique sont-ils à la mesure des sommes dépensées ?
- **Impact** (ou effectivité) : quelles sont les conséquences globales de la politique pour la société ? Ces conséquences sont-elles bénéfiques ?
- **Pertinence** : une politique se justifie très généralement par l'identification d'un « problème de société » auquel les pouvoirs publics se sentent (ou sont) tenus de faire face. Une politique sera dite pertinente si ses objectifs explicites sont adaptés à la nature du (des) problème(s) qu'elle est censée résoudre ou prendre en charge.

³ (Haschar-Noé et Lang, 2017)

⁴ (CSE, 1996 ; DGS, 2008 ; Haschar-Noé, 2017)

Suite aux travaux de l'équipe-projet accompagnés par la plateforme AAPRISS, le choix s'est porté principalement sur deux axes :

- Évaluer la **pertinence** du PRAPS, définie comme l'adéquation entre nature des problèmes à résoudre, besoins identifiés, objectifs explicites et actions mise en œuvre,
- Construire un **outil de reporting** renseigné chaque année devant remplir quatre fonctions :
 1. Une fonction de suivi, d'information et de valorisation des mises en œuvre des objectifs du PRAPS,
 2. Une fonction de jugement de leur niveau de réalisation, d'ancrage territorial et de pertinence,
 3. Une fonction d'analyse permettant de relever les freins à lever, les leviers à mobiliser et les articulations entre niveaux d'objectifs,
 4. Une fonction prospective et de régulation permettant de prendre des décisions chemin faisant pour si nécessaire infléchir les objectifs et améliorer les mises en œuvre.

— LES INDICATEURS D'ÉVALUATION A CONSTRUIRE

Un indicateur est une information qui doit permettre d'objectiver une réalité : il n'a de sens que confronté à un critère et peut être quantitatif ou qualitatif. Un même critère peut être apprécié sur la base de plusieurs indicateurs. Différents types d'indicateurs peuvent être utilisés⁵ selon la « qualité » du programme et niveaux d'objectifs à évaluer : des indicateurs de contexte (qualifient la situation), de réalisation (décrivent ce qui a été fait), de processus (renseignent sur les modalités de mise en œuvre), d'implantation (facteurs facilitants et contraintes), de ressources (moyens affectés), d'impact (attestent des effets des interventions) ou d'ancrage territorial (renseignent sur l'adaptation des objectifs et actions aux besoins du territoire), ce dernier permettant de tenir compte de l'hétérogénéité des 13 départements d'Occitanie.

De façon pragmatique, le choix des indicateurs pertinents doit aussi répondre aux fonctions principales de l'outil de reporting soit assurer le suivi de la mise en œuvre du PRAPS sur l'ensemble des départements mais aussi son pilotage par l'ARS pour l'aider à prendre des décisions pour « *maintenir, modifier, développer, réduire ou arrêter* » des actions⁶.

Concernant le choix des indicateurs, plusieurs principes ont été retenus afin de ne pas proposer un outil « impossible » à renseigner ou « trop lourd » en termes de recueil de données. Nous avons donc porté une attention particulière à :

- Vérifier que les indicateurs choisis représentent bien le problème à résoudre et l'objectif mis en œuvre à évaluer,
- Diminuer le plus possible le nombre d'indicateurs (1 ou 2 par exemple par objectif opérationnel) mais s'assurer qu'ils soient « simples et robustes »,
- Proposer des indicateurs SMART (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes, Temporellement définis),
- S'assurer que les données utiles pour renseigner l'outil de reporting sont disponibles ou faciles à recueillir auprès d'autres instances que l'ARS (ex. : l'Assurance Maladie).

⁵ (DGS, 2008)

⁶ (cf. *supra* art. 5)

Il s'agissait donc de construire un outil d'évaluation *ex-ante* c'est-à-dire conçu en même temps que l'a été le PRAPS, *in itinere* pour le suivi de sa mise en œuvre pendant cinq années (2018-2022) et *post-ante* afin de permettre des réajustements de ses actions et objectifs. L'évaluation proposée peut être qualifiée non seulement de « **sommative** » parce qu'elle permet d'apprécier chaque année la mise en œuvre des objectifs du PRAPS dans chaque département mais aussi « **formative** » et « **participative** » car elle doit permettre aux référents PRAPS, comités départementaux d'animation et de suivi et comité régional de pilotage d'échanger et d'opérer des réajustements tout au long de sa mise en œuvre pour en améliorer la pertinence.

STRUCTURATION DU PRAPS 2018-2022 ET DE SON ÉVALUATION

Suite aux différentes phases de concertation, le PRAPS est structuré selon 6 principes transversaux, 5 objectifs stratégiques, 13 objectifs spécifiques et 27 objectifs opérationnels. Le problème posé par son évaluation est de construire un outil de reporting permettant d'**intégrer** les différents niveaux d'objectifs du programme à mettre en œuvre sur les territoires (régional et départementaux) et les fonctions attendues de l'évaluation.

Trois principes généraux ont guidé la construction de l'outil de reporting :

- Le premier est que chaque niveau d'objectif à évaluer posant des questions différentes, il est donc nécessaire de construire et d'utiliser des indicateurs de types différents et de procéder selon une démarche cumulative pour le recueil des données, chaque recueil nourrissant le suivant. Pour cela, est préconisé de commencer une évaluation « par le bas », celle des objectifs opérationnels, puis de remonter à celle des objectifs spécifiques pour alimenter *in fine* l'évaluation des objectifs stratégiques et des axes transversaux.
- Un deuxième principe a constitué à évaluer les articulations entre au moins deux niveaux d'objectifs (opérationnels-spécifiques, stratégiques-transversaux, opérationnels-stratégiques) afin d'éviter le risque de cloisonnement entre niveaux d'objectifs.
- Le troisième principe a consisté à s'appuyer sur les fonctions attendues de l'évaluation pour différencier trois étapes de la démarche d'évaluation et, de fait, le recueil de données pour l'outil de reporting :
 1. Réaliser des constats via des indicateurs quantitatifs de réalisation et des indicateurs qualitatifs de processus, de pertinence et d'ancrage territorial.
 2. Une fois ces constats recueillis, il s'agit de porter un jugement sur les niveaux de réalisation et de pertinence des objectifs en regard des besoins des territoires et d'analyser les freins et leviers à leur mise en œuvre.
 3. Cette démarche permet d'équiper la prise de décision concernant les régulations du PRAPS à opérer et les mises en œuvre « prometteuses » à valoriser.

MATRICE DE L'OUTIL DE REPORTING POUR UNE ÉVALUATION INTÉGRÉE DES NIVEAUX D'OBJECTIFS DU PRAPS : ÉTAPES, FONCTIONS ET TYPES D'INDICATEURS

En synthèse de ces principes visant à proposer une évaluation intégrée, la trame de l'outil de reporting est présentée ci-dessous et fait l'objet d'un tableau synthétique en fin de document. Les indicateurs proposés à ce stade doivent être challengés, au vu de leur pertinence pour répondre aux questions posées et de la complexité ou non de leur recueil. Le groupe projet régional a prévu de réaliser cet exercice avant la validation finale.

ÉTAPE 1. Constaté les mises en œuvre des objectifs opérationnels du PRAPS et repérer les actions les plus « prometteuses »

Fonction 1 : d'information, de suivi et de valorisation

Niveau(x) d'objectif(s) à évaluer : objectifs opérationnels (27 fiches-actions)

- **Question 1 :** qui (porteurs) fait quoi (actions) dans le département ?
- **Types d'indicateurs :** quantitatifs de réalisation
- **Données à renseigner :** pour chaque objectif opérationnel, renseigner les indicateurs d'évaluation de chaque fiche action (27)
- **Question 2 :** Dans votre département, quelle action mise en œuvre jugez-vous « exemplaire » ou « prometteuse » ?
- **Types d'indicateurs :** qualitatifs de processus
- **Données à renseigner :** une fiche de renseignement détaillée

ÉTAPE 2A. Évaluer le niveau et type de partenariat, de réalisation et d'ancrage territorial des objectifs opérationnels mis en œuvre.

Fonction : Porter un jugement

Niveau(x) d'objectif(s) à évaluer : objectifs opérationnels

- **Question 1 :** Quel est le nombre et le type de partenaires mobilisés pour chaque objectif opérationnel ?
- **Types d'indicateurs :** Indicateurs de processus,
- **Données à renseigner :** Nombre et catégories de partenaires
- **Question 2 :** Selon vous, quel est le niveau de réalisation de chaque objectif opérationnel ?
- **Types d'indicateurs :** de réalisation
- **Données à renseigner :** Choisir un score entre : 1. non réalisé, 2. réalisé mais peu satisfaisant, 3. réalisé assez satisfaisant, 4. réalisé satisfaisant, 0. ne sait pas (NSP), Vide. Non réponse (NR)
- **Question 3 :** Selon vous, les objectifs opérationnels sont-ils adaptés aux besoins du territoire ?
- **Types d'indicateurs :** d'ancrage territorial et commentaires libres
- **Données à renseigner :** Choisir un score entre : 1. pas du tout, 2. faiblement, 3. en partie, 4. tout à fait, 0. ne sait pas (NSP), Vide. Non réponse (NR).

ÉTAPE 2B. Analyser les mises en œuvre.

Fonction 3 : Repérer leurs freins et leviers et les articulations entre niveaux d'objectifs

Niveau(x) d'objectif(s) à évaluer : objectifs spécifiques

- **Question 1 :** Selon vous, quels sont les freins et les leviers à la mise en œuvre des objectifs spécifiques
- **Types d'indicateurs :** de processus
- **Données à renseigner :** tableau freins et leviers
- **Question 2 :** Pour chaque objectif spécifique, les publics visés étaient surtout ?
- **Types d'indicateurs :** de réalisation
- **Données à renseigner :** 1 réponse au choix entre publics précaires ou professionnels
- **Question 3 :** Selon vous, l'objectif opérationnel est-il pertinent pour répondre à l'objectif spécifique ?
- **Types d'indicateurs :** de processus
- **Données à renseigner :** Pour chaque objectif opérationnel, choisir un score entre : 1. pas du tout, 2. faiblement, 3. en partie, 4. tout à fait, 0. ne sait pas (NSP), Vide. Non réponse (NR).
- **Question 4 :** Selon vous les objectifs spécifiques sont-ils adaptés aux besoins du territoire ?
- **Types d'indicateurs :** d'ancrage territorial et commentaires libres
- **Données à renseigner :** Pour chaque objectif spécifique, choisir un score entre : 1. pas du tout, 2. faiblement, 3. en partie, 4. tout à fait, 0. ne sait pas (NSP), Vide. Non réponse (NR). Commentaires libres.

ÉTAPE 3. Apprécier l'articulation des niveaux d'objectifs et prendre des décisions pour l'année suivante

Fonction 4 : de régulation et de prospective

Niveau(x) d'objectif(s) à évaluer :

- **Question 1 :** Selon vous, la mise en œuvre des objectifs stratégiques a-t-elle pris en compte les axes transversaux ?
- **Types d'indicateurs :** de processus et d'ancrage territorial
- **Données à renseigner :** tableau croisé objectifs stratégiques/axes transversaux en attribuant un score à chaque croisement : 1. pas du tout, 2. un peu, 3. assez bien, 4. totalement, 0. ne sait pas (NSP), Non réponse (NR vide)
- **Question 2 :** Pour chaque objectif stratégique, pouvez-vous dire quels sont les objectifs opérationnels qu'il faudrait ?
- **Types d'indicateurs :** de processus
- **Données à renseigner :** pour chaque objectif opérationnel, choisir un score entre : 1. arrêter, 2. réduire, 3. améliorer, 4. maintenir, 0. ne sait pas (NSP, Vide. Non réponse (NR)
- **Question 3 :** Selon vous, quels sont les deux objectifs stratégiques à renforcer en priorité sur votre territoire l'année prochaine ?
- **Types d'indicateurs :** prospective
- **Données à renseigner :** Noter les deux objectifs stratégiques. Joindre les comptes rendus des comités départementaux d'animation et de suivi du PRAPS.

RESPONSABILITÉ, FORME ET FRÉQUENCE DE RENSEIGNEMENT DE L'OUTIL DE REPORTING

L'outil de reporting prendra la forme d'un fichier informatique (de type Excel comprenant 4 feuilles) à renseigner chaque année de la mise en œuvre du PRAPS 2018-2022. Il sera accompagné d'un guide d'utilisation afin de garantir un renseignement adéquat des différents indicateurs et fera l'objet d'un pré-test avant 2018. Les données recueillies ainsi que les comptes rendus des comités d'animation et de suivi de chaque département feront l'objet d'une analyse (quantitative et qualitative) annuelle par la Plateforme AAPRISS permettant de rendre compte des mises en œuvre du PRAPS au niveau départemental et régional. Ces analyses seront présentées au Comité de pilotage régional.

CONCLUSION

L'outil de reporting proposé vise à répondre à un **objectif de cohérence** entre pertinence du PRAPS à évaluer, fonctions attendues de l'évaluation, objectifs de différents niveaux et types d'indicateurs retenus sans multiplier outre mesure les indicateurs à renseigner et alourdir le recueil de données. Il doit ainsi permettre la mise en œuvre d'une **évaluation intégrée** des différents niveaux d'objectifs du PRAPS (2018-2022) en facilitant la coordination des différentes parties prenantes de l'évaluation (comité régional de pilotage, comités départementaux d'animation et de suivi et référents départementaux et régionaux) et partenaires mobilisés.

LE TABLEAU CI-DESSOUS RÉCAPITULE LA MATRICE D'ÉVALUATION ET LES 3 ÉTAPES/4 FONCTIONS PERMETTANT DE RENSEIGNER L'OUTIL DE REPORTING DU PRAPS

Niveaux d'objectifs	Responsabilité	Étapes / Fonctions	Types d'indicateurs	À renseigner
Actions structurantes (n = 30)	Référents PRAPS DD Comités d'animation et de suivi (13)	Étape 1) Informer, suivre, valoriser Étape 2a) Porter un jugement	- de réalisation quantitatifs et qualitatifs - de processus - d'ancrage territorial	Feuilles 1 et 2 - indic. éval. (27 FA) - fiche « action prometteuse » - 4 questions
↑ Opérationnels (n = 13) ↓	Référents PRAPS DD Comités d'animation et de suivi (13)	Étape 2a) Porter un jugement Étape 2b) Analyser	- de processus - de réalisation - d'ancrage territorial	Feuille 3 - 1 tableau - 6 questions
↓ Priorités d'actions (n = 5) Enjeux Transversaux (n = 6) ↑	Référents PRAPS DD Comités d'animation et de suivi (13) Comité de pilotage régional (1)	Étape 2b) Analyser Étape 3) Décider et anticiper	- de pertinence - Outil de reporting renseigné - CR Comités d'animation et de suivi	Feuille 4 - 1 tableau - 2 questions



ARS OCCITANIE
Agence régionale de santé Occitanie
26-28 Parc-club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel
CS 30001
34067 MONTPELLIER Cedex 2
04 67 07 20 07

www.occitanie.ars.sante.fr



OCCITANIE
SANTÉ 2022

www.prs.occitanie-sante.fr