



Le mardi 26 septembre 2023, le Conseil municipal de la Ville de Châteauroux, qui s'est réuni en séance ordinaire et publique à la Mairie dans la salle habituelle de ses séances, par convocation en date du 19 septembre 2023 et sous la Présidence de M. Gil AVÉROUS, Maire, a délibéré.

Présents (37) : M. Gil AVÉROUS, Mme Chantal MONJOINT, M. Jean-Yves HUGON, Mme Catherine RUET, M. Roland VRILLON, Mme Florence PETIPEZ, M. Brice TAYON, Mme Imane JBARA-SOUNNI, M. Philippe SIMONET, Mme Stéphanie GALOPPIN, M. Jean-François MEMIN, Mme Christine DAGUET, M. Denis MERIGOT, Mme Monique RABIER, Mme Sonia ROUX, M. Dominique TOURRES, Mme Brigitte DION, M. Jean-Paul BISIAUX, M. Charles-Henri BALSAN, Mme Isabelle BOUGNOUX, M. Eric CHALMAIN, Mme Annick MABON, Mme Joëlle MAYAUD, M. Gilles ROUSSILLAT, Mme Liliane MAUCHIEN, M. Michel GEORJON, M. Richard LINDE, Mme Vanessa JOLY, M. Stéphane ZECCHI, M. Michaël POINTIERE, Mme Nahima KHORCHID, M. Tony IMBERT, M. Thibault ROY, M. Maxime GOURRU, Madame Muriel BEFFARA, Mme Delphine CHAMBONNEAU, Mme Mylène WUNSCH.

Délibération affichée et
exécutoire le : 28/09/2023

Excusé(s) (6) : Mme Catherine DUPONT ayant donné procuration à M. Charles-Henri BALSAN, Mme Frédérique GERBAUD ayant donné procuration à Mme Monique RABIER, M. Laurent BUTHON ayant donné procuration à Mme Florence PETIPEZ, Mme Marina RENOUX ayant donné procuration à M. Stéphane ZECCHI, M. Damien NOEL ayant donné procuration à M. Dominique TOURRES, Mme Alix FRUCHON ayant donné procuration à M. Tony IMBERT.

45 : Avis de la Ville de Châteauroux sur le Programme de santé troisième génération (PRS3) en région Centre - Val de Loire

Le Projet Régional de Santé (PRS 3) 2023-2028 fait l'objet d'une consultation réglementaire prévues par l'article R 1431-1 du code de la santé publique.

Dans ce cadre, il est proposé d'émettre l'avis suivant :

« Ce projet s'inscrit explicitement dans le cadre de la stratégie nationale de santé qui est actuellement en cours de révision et qui paraît bien difficile à cerner.

Ce PRS 3 a été établi dans un cadre stratégique peu lisible, il présente 52 objectifs qui restent très généraux et que nous ne pouvons malheureusement définir que comme ne correspondant qu'à de simples déclarations d'intentions.

Nous regrettons l'absence de propositions réellement opérationnelles qui tiennent compte des faiblesses identifiées dans chaque Département.

Notamment, il n'est fait état d'aucune proposition opérationnelle visant à répondre à l'insuffisance de la démographie médicale qui constitue notre principale difficulté ou visant à développer ou améliorer l'offre hospitalière.

C'est dans ce cadre que les demandes insistantes de nos élus locaux ainsi que du corps médical hospitalier pour obtenir un plateau de coronarographie dans notre Département n'ont jamais été entendues alors même qu'il a largement été démontré et quantifié les pertes de chances pour les patients engendrées par l'absence de cet équipement.

Les spécificités de notre Département nécessitent impérativement d'être réellement prises en compte et justifient pleinement que soit consenti un effort particulier et soutenu en matière d'offre de soins.

Il nous paraît important de rappeler que la population de notre Département est :

- Une population âgée (47 ans de moyenne d'âge contre 41 ans seulement pour la moyenne nationale).
- Une population économiquement défavorisée (revenu moyen de 20370 € contre 22040 € au plan national).
- Une population fragile (44,9% n'a aucun diplôme contre 39,2% au plan régional et 36,6% au plan national).

La non prise en compte de cette situation a pour conséquence une accumulation humainement inadmissible de pertes de chances se traduisant par une forte surmortalité (206,2/100000 contre 178,6/100 000 au plan national).

La carence croissante en matière d'offre de soins sur notre Territoire se traduit par un taux d'évasion médical exceptionnellement élevé alimenté par la frange la plus aisée de notre population et par un renoncement aux soins pur et simple pour les plus démunis d'entre nous.

Il n'aura en définitive été tiré aucune leçon de l'échec manifeste des deux PRS précédents qui se traduit pour notre territoire par la dégradation spectaculaire et catastrophique de l'offre de soins constatée au cours de cette dernière décennie.

Nous déplorons également vivement que nos élus locaux ne soient pas réellement entendus et que leurs sollicitations insistantes ne soient pas prises en compte.

En termes de conclusion, le document sur lequel nous avons à nous prononcer semble avoir été rédigé dans le seul objectif de respecter une procédure administrative et, en conséquence, correspond plus à un exercice de style qu'à un outil opérationnel utile.

En tout état de cause, il n'a pas été pris en compte la dimension de la sinistralité de notre Territoire en matière de Santé et nous n'avons identifié dans ce document aucune mesure effective de nature à nous permettre d'espérer des améliorations sensibles pour la période 2023-2028 ».

Au regard des éléments indiqués, le Conseil Municipal ne peut que proposer d'émettre un avis négatif au PRS3.

Suite à une discussion, le Conseil municipal approuve le rapport à l'unanimité.

Le Maire,
M. Gil AVÉROUS

La Secrétaire de séance
Mme Chantal MONJOINT

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS)

2023-2028

SOMMAIRE

Préambule	4
LE PRAPS : Un programme obligatoire du Projet régional de santé	5
Enjeux et périmètre du PRAPS	5
La précarité	5
Les spécificités des publics démunis	6
Le PRAPS : un outil fédérateur et complémentaire des autres politiques publiques	6
Un PRAPS conforté par les autres priorités de l'Agence	6
Modalités de mise en œuvre et de suivi	7
Les éléments de diagnostic	8
Les éléments de diagnostic nationaux	9
Taux de pauvreté	9
Les données socio-démographiques en région Centre-Val de Loire	11
Les objectifs et les actions du PRAPS.....	13
Introduction	14
Objectif opérationnel n°1 : Renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale.....	15
Objectif opérationnel n°2 : Déployer les conditions d'une offre permettant une prise en charge globale et de qualité.....	17
Objectif opérationnel n°3 : Prévenir les situations de rupture de publics spécifiques.....	20
Les annexes.....	22
ANNEXE 1 : Feuilles de route départementales.....	24
Feuille de route PRAPS du Département du Cher – 2023-2028	24
Feuille de route PRAPS du Département d'Eure-et-Loir – 2023-2028	29
Feuille de route PRAPS du Département de l'Indre – 2023-2028	34
Feuille de route PRAPS du Département d'Indre-et-Loire – 2023-2028	39
Feuille de route PRAPS du Département du Loir-et-Cher – 2023-2028.....	45
Feuille de route PRAPS du Département du Loiret – 2023-2028	52
ANNEXE 2 : Composition de l'Instance régionale de réduction des inégalités de sante (IRRIS)	58
ANNEXE 3 : Cartographie (LHSS, LAM, ACT, CSAPA, CAARUD + PASS, EMPP).....	60
Glossaire	63

Précision méthodologique - Statut du document

Dans le cadre de l'élaboration du futur Projet régional de santé (PRS), le Schéma régional de santé (SRS) et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) sont soumis à consultation réglementaire pour une durée de 3 mois à compter du 23 mai 2023, avant sa publication officielle.

Cette version du PRAPS prend en compte des propositions issues de la phase de concertation avec les partenaires ainsi que des orientations nationales récentes.

La structure du document a également été harmonisée et allégée dans le but de publier un document plus accessible, dans le respect du contenu de fond.

La consultation réglementaire va permettre de recueillir les avis requis de la CRSA, des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, de la Préfète de région, des collectivités territoriales et du Conseil de surveillance de l'ARS (Cf. art. R1434-1 du code de la santé publique).

Les avis sont à transmettre :

- soit par mail à l'adresse : ars-cvl-PRS3@ars.sante.fr

- soit par voie postale à :

Secrétariat de la Direction de la stratégie
Département pilotage et innovation
131 rue du Faubourg Bannier
45000 Orléans.

Suite à la consultation réglementaire, le PRS 3 sera consolidé et publié par l'ARS au plus tard d'ici le 1^{er} novembre 2023. La version publiée sera maquettée, avec un visuel officiel la distinguant des précédentes.

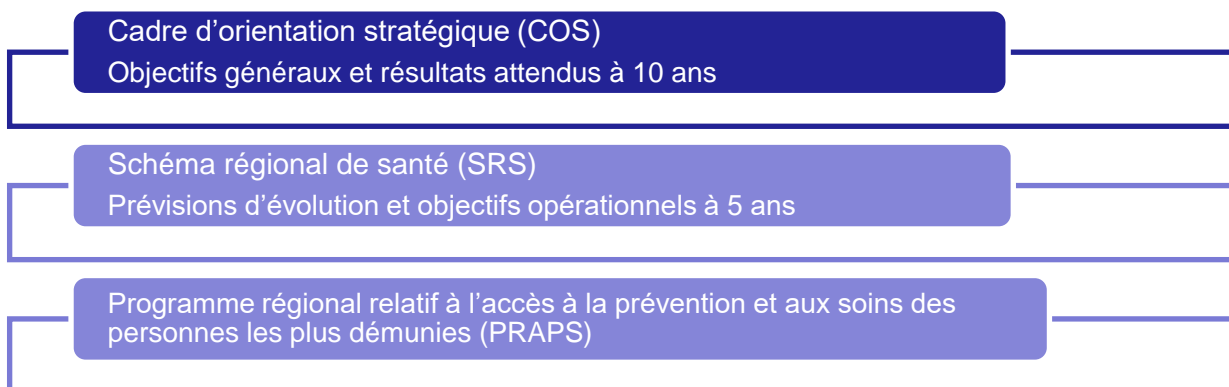
PRÉAMBULE

PRÉAMBULE

LE PRAPS : Un programme obligatoire du Projet régional de santé

La Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 réaffirme la lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) comme priorité nationale. Dans ce cadre, le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) fait partie intégrante du Projet régional de santé (PRS) 2023-2028.

Dans le cadre d'orientation stratégique 2018-2028 de l'ARS Centre-Val de Loire et de façon complémentaire aux objectifs du schéma régional de santé visant spécifiquement la réduction des inégalités de santé, le PRAPS décline plus spécifiquement les programmes transversaux et spécifiques prenant en compte les difficultés plus particulières des personnes les plus démunies.



Le PRAPS favorise la coordination territoriale des politiques intersectorielles autour des inégalités de santé (logement, emploi, éducation, santé, sociales et médico-sociales...), selon la logique de parcours.

Il a pour objectif d'améliorer l'accès à l'éducation pour la santé, à la prévention, aux soins, à la réinsertion et au suivi des personnes les plus démunies, par la mise en place d'un accompagnement spécifique au moyen de dispositifs coordonnés.

En 2021, la mesure 27 « lutte contre les inégalités » du Ségur de la santé a constitué un levier important en faveur du PRAPS et de ses objectifs. Elle positionne les ARS comme pilotes d'une stratégie de réduction des inégalités de santé et renforce la gouvernance par la mise en place d'une instance de réduction des inégalités de santé.

Enjeux et périmètre du PRAPS

La précarité

La précarité est un phénomène multidimensionnel qui ne se réduit pas au seul aspect financier. Dans son avis de 1987 sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Conseil économique, social et environnemental définit la précarité ainsi :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible ».

Cette définition exprime la vulnérabilité, l'inquiétude et la perte de dignité des personnes qui basculent dans la précarité, la grande pauvreté qui s'en suit étant définie de plus par des critères économiques et financiers. La précarité peut être la conséquence de nombreuses situations médicales (maladies chroniques, handicaps,

troubles psychiatriques, personnes vulnérables et isolées), médico-sociales (déficits fonctionnels, dépendances liées à l'âge) et socio-économiques (exclusion sociale quelle qu'en soit la cause : perte de revenus, chômage, migration, familles monoparentales). Chez les personnes migrantes ou les populations déplacées, l'entrée en précarité est plus ou moins accentuée par leur culture, leurs difficultés d'usage de la langue française et leurs origines.

Les spécificités des publics démunis

Les personnes qui devraient particulièrement bénéficier de ce programme sont caractérisées par des désavantages majeurs en termes de revenus, de logement, d'emploi, d'utilisation des services, de lien social etc.... Il s'agit notamment de personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, des personnes en recherche de travail, des personnes vivant dans un habitat dégradé, des personnes migrantes, des gens du voyage, des personnes placées sous-main de justice/sortants de prison, des personnes précaires en milieu rural, Mais la couverture de besoins spécifiques peut aussi s'avérer nécessaire pour d'autres populations telles que les personnes sous tutelle, les jeunes en situation de rupture, les personnes en situation de handicap, les familles monoparentales à faible revenu avec un reste à charge élevé pour les soins par exemple...

De plus, il conviendra aussi de ne pas oublier le public dit des travailleurs pauvres pour lequel une attention devra être portée (public non identifié dans le PRAPS précédent) avec des difficultés accentuées à la suite du contexte économique post-pandémie (hausse des CDD, hausse de l'activité partielle...).

Tous ces publics rencontrent des difficultés d'accès aux droits, peuvent renoncer à des soins pour des raisons financières, se voient parfois opposer un refus de soins par certains professionnels, ont des difficultés de repérage dans le parcours de soins et d'accompagnement médicosocial.

Le PRAPS : un outil fédérateur et complémentaire des autres politiques publiques

Pour faire reculer les inégalités de santé, le PRAPS s'appuie sur un partenariat entre acteurs institutionnels, associatifs, collectivités territoriales, professionnels du champ sanitaire, social, médico-social, mutualiste et usagers. La transversalité et l'articulation des politiques publiques différentes mais néanmoins complémentaires sont socles de ce programme.

Aussi, il est important de rappeler ces différentes politiques publiques au bénéfice des populations les plus démunies qui permettent une mise en œuvre efficiente du PRAPS telles que : la stratégie de lutte contre la pauvreté ; la politique de la ville ; le schéma régional des demandeurs d'asile et des réfugiés ; les actions de l'assurance maladie, de la CARSAT, des Conseils Départementaux, des centres communaux d'action sociale...

Un PRAPS conforté par les autres priorités de l'Agence

Une vigilance est portée à la transversalité de ce programme et sa complémentarité avec les autres parcours, projets et politiques de santé portés par l'Agence dont la prévention, promotion de la santé afin que ces derniers contribuent activement à la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

Ainsi, parmi les parcours structurant le PRS, certains devront s'attacher dans leur mise en œuvre à poursuivre ou développer une attention particulière en faveur des populations précaires :

- Le ***parcours diabète-obésité***
- Le ***parcours addictions***
- Le ***parcours santé mentale***
- Le ***parcours santé maternelle et infantile***
- Le ***parcours cancer***
- Le ***parcours personnes âgées***
- Le ***parcours personnes en situation de handicap.***

Modalités de mise en œuvre et de suivi

Rôle de l'échelon régional

L'échelon régional est garant de la vision globale du PRAPS, du suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

Il s'appuiera sur l'instance régionale de réduction des inégalités de santé (IRRIS) co-animée par la direction générale de l'ARS et le commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès du Préfet de région.

Cette instance (composition en annexe) a pour objectif de coordonner l'ensemble des mesures et des politiques publiques en faveur des personnes démunies.

A ce titre, elle sera informée 2 à 3 fois par an des avancées obtenues dans la mise en œuvre des objectifs du PRAPS et plus largement des différents travaux et actualités en transversalité intersectorielle et interministérielle. Les avancées seront illustrées de manière concrète par la présentation de 2 ou 3 actions phares menées sur les territoires éclairant la déclinaison départementale des objectifs régionaux.

Rôle de l'échelon départemental

Il assure la déclinaison de proximité de ce programme ; en effet, les facteurs de réussite reposent sur l'efficacité de la déclinaison opérationnelle, notamment sur les territoires.

Ainsi, les feuilles de route départementales (en annexe) définissent les priorités territoriales, la détermination, la planification et le suivi des actions qui seront mises en œuvre s'inscrivant dans le périmètre du PRAPS et de ses objectifs.

Ces 2 échelons complémentaires et indissociables seront garants de la visibilité du PRAPS

LES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

LES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Les éléments de diagnostic nationaux

Taux de pauvreté

Selon l'INSEE, en 2019, en France métropolitaine, 9,2 millions de personnes vivaient sous le seuil de pauvreté monétaire. Le taux de pauvreté est ainsi de 14,6 %.

Le seuil de pauvreté est fixé à 60% du niveau de vie médian de la population. Il correspond à un revenu disponible de 1 102 € par mois pour une personne vivant seule et de 2 314 € pour un couple avec deux enfants âgés de moins de 14 ans.

Les chômeurs et les familles monoparentales sont les plus touchés par la pauvreté monétaire

La pauvreté monétaire touche en premier lieu les chômeurs (38,9 %). Parmi les personnes en emploi, les travailleurs indépendants sont plus vulnérables (17,6 %) que les salariés (6,8 %). Les retraités sont moins fréquemment en situation de pauvreté (9,5 %).

Les ménages sont différemment exposés à la pauvreté selon leur configuration familiale. Les familles monoparentales sont les plus concernées (32,8 %).

Une crise sanitaire impactante

L'impact de la pandémie sur la santé des populations ne peut se mesurer dans l'immédiat car la précarisation a des effets retardés sur l'état général et l'accès aux soins.

Néanmoins, entre 2020 et 2021, la crise sanitaire a significativement aggravé des situations de pauvreté préexistantes, tout en poussant des individus vers la précarité. Dans ses conclusions, le Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) identifie particulièrement plusieurs points de fracture sur lesquels peuvent se cristalliser les difficultés dont les inégalités sociales de santé en particulier dans l'accès aux soins et l'équipement des territoires.

Le renoncement aux soins

En 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV) de l'Insee. Une fois tenu compte des caractéristiques des personnes interrogées (âge, sexe, diplôme, situation sur le marché du travail...), les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. En outre, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est plus de huit fois supérieur à celui du restant de la population.

Être couvert par une complémentaire santé préserve du renoncement aux soins. En particulier les bénéficiaires de la CMU-C renoncent cinq fois moins que les personnes sans complémentaire santé.

Les autres facteurs de risque sont le mauvais état de santé, en particulier le handicap, et l'isolement social. Néanmoins, alors qu'avec l'âge, la santé se dégrade, le renoncement, lui, décroît. De plus, les personnes en Affection de longue durée (ALD) renoncent moins aux soins que les autres.

Encadré

Un taux de pauvreté stable en France métropolitaine jusqu'à la crise liée à la pandémie

D'après l'Enquête Revenus Fiscaux et Sociaux (ERFS), au cours des vingt dernières années, le taux de pauvreté en France métropolitaine a atteint son minimum en 2004, à 12,7 %. Il est ensuite remonté en 2005 et 2007, puis plus fortement après la crise économique de 2008. Après une période de stabilisation entre 2014 et 2017 autour de 14,0 % (figure 5), le taux de pauvreté monétaire a augmenté de 0,7 point en 2018, en raison notamment de la baisse des allocations logement. Ce taux diminuerait de 0,3 point pour s'établir à 14,5 % en 2019, principalement en raison de la hausse de la prime d'activité.

La crise économique provoquée par la pandémie de Covid-19 risque de faire glisser certains ménages dans la pauvreté. Le taux de pauvreté devrait donc augmenter au niveau national comme en Centre-Val de Loire. Ainsi, en mai 2020, un quart des ménages en France ont déclaré que leur situation financière s'est dégradée. Cette proportion est d'autant plus élevée que le niveau de vie du ménage était initialement bas. De même, le nombre d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) a progressé en novembre 2020 de près de 10 % en Centre-Val de Loire (+ 8,3 % en France) par rapport à son niveau d'avant-crise. ♦

5 Évolution du taux de pauvreté en France métropolitaine entre 2014 et 2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019 simulé
Taux de pauvreté	14,0	14,2	14,0	14,1	14,8	14,5

Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Source : Insee, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2018, modèle Ines 2019

Une hausse des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et du 100 % santé

Le 1er novembre 2019, la CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (Aide pour une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (CSS). Fin mars 2021, 7.31 millions de personnes bénéficient de la complémentaire santé solidaire soit une hausse de 5.7 points par rapport à mars 2020 (source assurance maladie).

Le 100 % santé est entré en vigueur le 1er janvier 2021 s'accompagne d'une hausse conséquente du nombre de patients qui en bénéficient en 2021, qui est passé à 5,16 millions contre 4,4 en 2020 pour le soin dentaire, et à 0,7 million contre 0,45 pour l'audiologie.

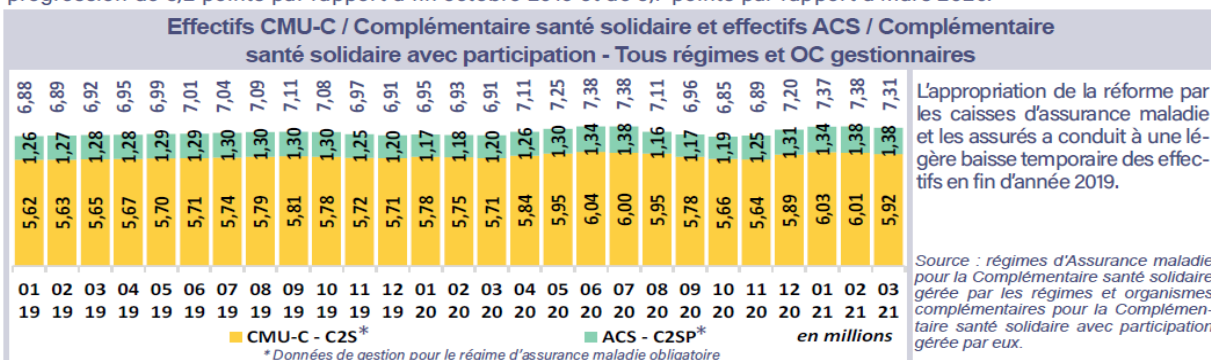
La complémentaire santé solidaire en chiffres

UNE CROISSANCE DES EFFECTIFS DEPUIS LA MISE EN PLACE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS) avec ou sans participation financière.

➔ À fin décembre 2020, 7,2 millions de personnes sont protégées par la Complémentaire santé solidaire, ce qui équivaut à 1,7% de progression par rapport à fin octobre 2019.

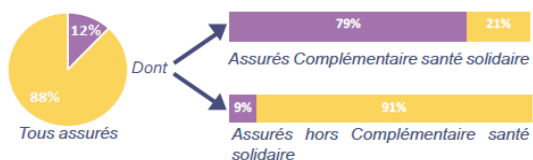
➔ À fin mars 2021, cette hausse est encore plus marquée puisque l'on atteint 7,31 millions de bénéficiaires, soit une progression de 3,2 points par rapport à fin octobre 2019 et de 5,7 points par rapport à mars 2020.



Zoom sur le 100 % santé

PREMIER BILAN DE LA MONTÉE EN CHARGE DU 100 % SANTÉ

Pénétration de l'offre 100% Santé en audiologie en 2020:

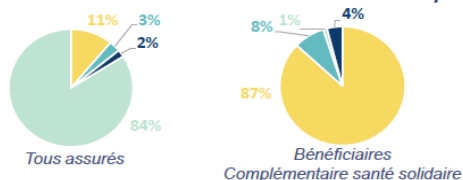


Les données présentées décrivent le recours au 100% santé avant la réforme survenue en 2021, donc avant que le panier de soins proposé dans le cadre de ce dispositif ne fasse l'objet d'un remboursement sans reste à charge pour les assurés.

■ : Equipement hors panier 100% santé ■ : Equipement 100% santé

Lecture : 12% de l'ensemble des assurés tous régimes confondus ont eu recours à un équipement auditif en 100% santé. Parmi les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, 79% d'entre eux ont eu recours à un tel équipement.

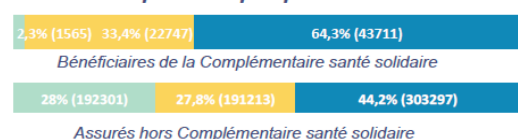
Pénétration de l'offre 100% Santé en optique en 2020 :



■ : Equipement complet hors panier ■ : Verres 100% santé et monture hors panier
■ : Equipement complet 100% santé ■ : Monture 100% santé et verres hors panier

Lecture : 87% des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ayant nécessité un équipement optique en 2020 ont bénéficié d'une prise à charge à 100% de leur monture et de leurs verres.

Effectifs de patients par panier en dentaire en décembre 2020 :



■ : Tarif libre ■ : Reste à charge modéré
■ : Reste à charge zéro

Lecture : 64,3% des prothèses dentaires (43711 en nombre) auxquelles ont eu recours des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire faisaient partie des équipements 100% santé.

Les données socio-démographiques en région Centre-Val de Loire

En 2018 en région Centre-Val de Loire, un habitant sur huit vit sous le seuil de pauvreté.

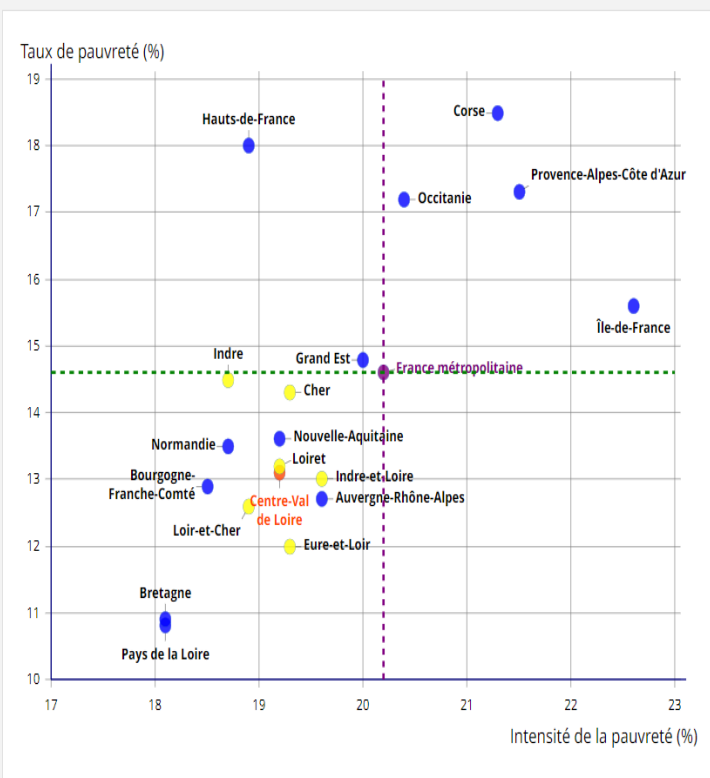
Ainsi, fin 2018, 328 000 personnes sont en situation de pauvreté monétaire, soit 13,1 % de la population du Centre-Val de Loire. Elles vivent dans un ménage qui dispose de moins de 1 090 euros par mois et par unité de consommation.

Ce [taux de pauvreté](#) est 1,5 point plus bas que la moyenne nationale et place le Centre-Val de Loire parmi les régions modérément touchées par la pauvreté. Si cette proportion est stable depuis ces dernières années, la crise économique provoquée par la pandémie de Covid-19 risque de faire glisser certains ménages dans la pauvreté.

Les ménages les plus exposés à la pauvreté sont ceux confrontés au chômage, les familles nombreuses et monoparentales, ainsi que les jeunes. Les deux tiers des ressources des plus démunis proviennent du système redistributif et les prestations sociales permettent de réduire de 7 points la part des personnes pauvres dans la région.

Figure 1 - Positionnement médian du Centre-Val de Loire en termes de pauvreté et d'intensité de la pauvreté

Taux de pauvreté et intensité de la pauvreté 2018

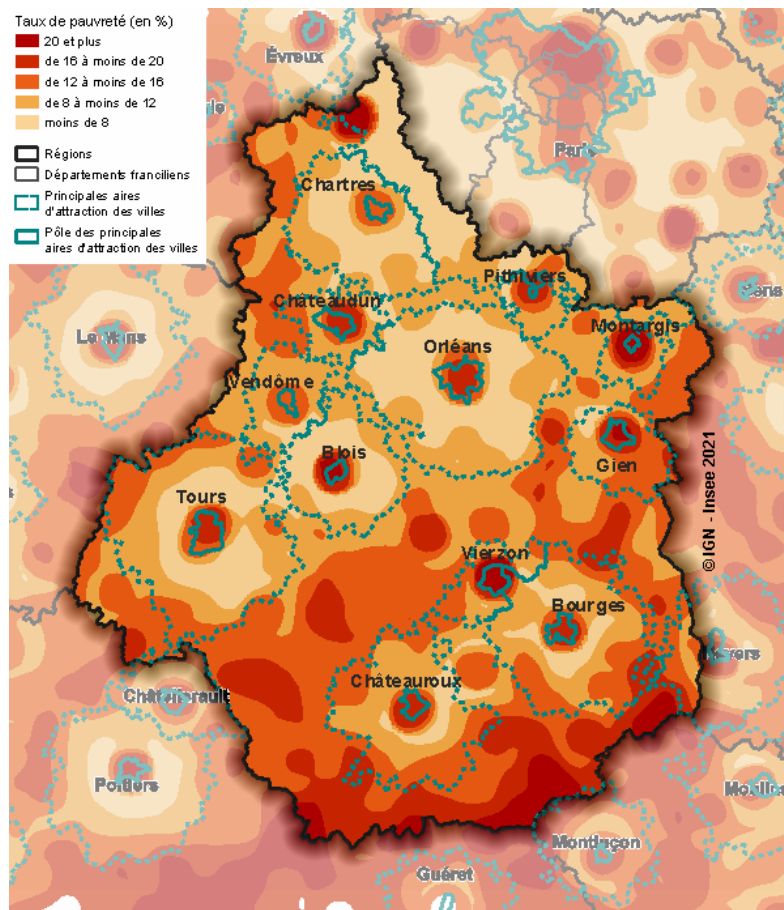


Des ménages pauvres plus présents dans les territoires ruraux et dans les quartiers prioritaires des grandes agglomérations

Les grandes agglomérations de la région, Orléans, Tours, Blois, Bourges ou Châteauroux, concentrent dans leur pôle urbain la majorité des ménages en situation de pauvreté. Ces ménages vivent en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Ainsi, 5 % des ménages vivent dans les QPV mais 18 % des ménages y sont pauvres. À l'inverse des zones moins densément peuplées, la population pauvre y est plus jeune, souvent touchée par le chômage, et davantage bénéficiaire de prestations sociales (familles nombreuses et/ou monoparentales). Le taux de pauvreté peut dépasser 50 % dans les QPV de Gien ou de Tours. Dans les couronnes de ces agglomérations, la périurbanisation a attiré des familles d'actifs avec enfants. La pauvreté y est donc moins présente.

Les franges franciliennes au nord de la région présentent deux situations contrastées : l'attractivité des emplois en Île-de-France où les salaires sont plus élevés, particulièrement à Paris, limite l'importance de la pauvreté en particulier dans le nord de l'Eure-et-Loir. Mais le nord du Loiret, notamment Pithiviers et Montargis, est moins relié à la métropole parisienne et s'avère davantage confronté à la pauvreté.

Les territoires à faible densité de population du sud régional abritent une forte part de population pauvre : le taux de pauvreté y atteint 14,3 % dans le Cher et 14,5 % dans l'Indre. Les personnes âgées vivant souvent seules y sont surreprésentées. La part des minimas sociaux, dont l'allocation de solidarité aux personnes âgées, y est plus élevée qu'ailleurs.



- Note : données lissées (données communales)
- Champ : France métropolitaine, personnes appartenant à des ménages fiscaux en logement ordinaire dont le revenu disponible est positif ou nul.
- Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSofi) 2018

LES OBJECTIFS ET LES ACTIONS DU PRAPS

Introduction

LES OBJECTIFS ET LES ACTIONS DU PRAPS

Introduction

Les publics vulnérables cumulent des difficultés qui peuvent être sociales, éducatives, sanitaires, ou liées aux discriminations qui rendent complexe le recours au droit commun. Leur prise en charge nécessite donc de concilier plusieurs logiques d'intervention (santé, logement, mobilité, ressources financières, formation/emploi, environnement familial et éducatif...) afin de répondre à leurs besoins et d'éviter les ruptures de parcours de santé.

Le programme d'actions proposé tient compte des programmes antérieurs, des différents enseignements du PRAPS 2018-2022 et de la crise sanitaire ainsi que des freins et des leviers identifiés avec les acteurs et les partenaires de l'instance régionale de réduction des inégalités de santé (IRRIS) dans ce champ d'intervention en direction des personnes les plus éloignées du système de santé.

Il répond aux enjeux de réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé en déclinaison du schéma régional de santé. La politique de santé de l'enfant fera l'objet d'une attention particulière compte-tenu de ses effets de long terme sur le développement de l'enfant ainsi que sur les inégalités de santé. Dans ce cadre, une articulation sera recherchée avec les parcours santé maternelle et infantile, diabète- obésité, santé mentale et addictions du PRS.

Les concepts portés dans le schéma régional de santé dans le cadre de l'éducation pour la santé et de la prévention sont déclinés dans le PRAPS. Il s'agit de :

- Prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé, et particulièrement des déterminants sociaux,
- Mettre en œuvre l'universalisme proportionné,
- Permettre l'acquisition et le développement des compétences psychosociales,
- Prendre en compte la littératie en santé,
- Développer une politique de « l'aller-vers¹ » et du « faire-avec² » dont l'enjeu est de promouvoir les capacités d'innovation des acteurs du social et de la santé.

Plus spécifiquement, une attention particulière sera portée au développement de la médiation en santé, processus temporaire de « l'aller-vers » et du « faire avec », ainsi qu'à l'interprétariat en santé qui visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes qui en sont éloignées.

¹ La démarche « d'aller-vers » comporte deux composantes : 1/ Le déplacement physique, « hors les murs » d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part, vers les professionnels de santé/institutions ; 2/ L'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect.

² « Faire avec » signifie faire avec les personnes et non à leur place car seules leur autonomisation et leur responsabilisation permettent de mettre en œuvre des solutions durables aux problèmes qu'elles rencontrent.



Objectif opérationnel n°1 : Renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale

1. Situation actuelle

La lisibilité des structures et dispositifs ainsi que la connaissance des missions de chacun ont été facilitées lors du PRAPS 2028-2022 à travers les diverses instances régionales et départementales.

De plus, la crise sanitaire vécue en 2020 a facilité les articulations entre le social, le médico-social et le sanitaire et renforcé la mobilisation et la connaissance par les acteurs des besoins spécifiques de ces publics.

Néanmoins, la spécificité de ce public et les évolutions nécessitent de poursuivre cette articulation afin notamment de tirer les enseignements vécus lors de la crise sanitaire pour favoriser une meilleure prise en compte des publics cibles du PRAPS. Et également de permettre d'améliorer la lisibilité des structures et dispositifs existants en remédiant à la problématique du cloisonnement et du manque de coordination pouvant exister entre les structures.

2. Enjeux de l'objectif

L'accès aux ressources et à l'information sur le système de santé par les personnes les plus démunies (dispositifs, institutions, professionnels) est essentiel pour leur permettre de développer des choix favorables à leur santé. Aussi, l'information doit être accessible et disponible et la communication orale ou écrite doit être lisible et compréhensible.

La communication et la formation en direction des professionnels sur les dispositifs mobilisables est également essentielle afin de faciliter la prise en charge globale de ce public et d'assurer la continuité du parcours de vie/parcours de santé.

Le décroisonnement des différents acteurs en les sensibilisant et les formant sur les spécificités de prise en charge de ce public permettra une meilleure prise en compte pluri-partenariale et pluri-professionnelle des besoins de santé et d'adapter leur prise en charge.

En complémentarité, une coordination renforcée et efficiente contribuera à faire reculer les inégalités de santé et facilitera l'accès vers le soin de ce public.

3. Description des actions

1/ Favoriser la communication

- Promouvoir et développer les outils de communication et d'information sur les dispositifs et structures bénéficiant aux personnes en situation de précarité en direction des professionnels (répertoire opérationnel des ressources (ROR)³ : formation à l'utilisation ; identification des manques) et des usagers (ex : outil de recensement soliguide⁴),
- Faciliter la connaissance et la lisibilité des missions de chacun lors d'instances régionales ou départementales en associant les usagers (bénéficiaires / personnes accueillies).

³ Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est le référentiel de données qui décrit l'offre de santé sanitaire et médico-social sur le territoire

⁴ Soliguide : plateforme en ligne qui référence les lieux et services utiles et accessibles aux personnes en difficulté.



2/ Renforcer l'interconnaissance entre acteurs

- Renforcer la coordination des dispositifs (Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)) et mieux articuler les équipes mobiles (faire connaître les missions de chacun ; évaluer ; accompagner ; mutualiser les forces),
- Former les professionnels du social à la santé et réciproquement dans les formations initiales (exemple : stages croisés) en lien avec les autres parcours du PRS tel que le volet formation du parcours diabète et obésité ou l'axe prévention et promotion de la santé,
- Mettre en place une formation commune à destination des travailleurs sociaux, des institutions, des professionnels et du personnel en première ligne (secrétariat, accueil) autour de la précarité en lien avec un organisme de formation (ex :Espace de Réflexion Ethique de la Région Centre-Val de Loire à Tours...),définition commune de la précarité/vulnérabilité ; déontologie du prendre soin commune à tous, intégrer un module spécifique autour des valeurs de la république et de la laïcité en lien avec la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités(DREETS)),
- Créer du lien entre acteurs (forum, rencontres de professionnels annuelles, conférences, capitaliser sur l'expérience du réseau santé social de l'Eure-et-Loir...).

4. Echéances intermédiaires (calendrier de mise en œuvre)

Année	Intitulé action
2023	Identifier un organisme de formation et construire un module de formation commun autour de la précarité
2023	Initier les stages croisés dans les formations initiales du social et de la santé
2023	Organiser les formations des professionnels au répertoire opérationnel des ressources (ROR) et identifier les manques
2023	Initier le déploiement de Soliguide sur tous les territoires
2023	Evaluer l'articulation des dispositifs et des équipes mobiles
2024-2028	Mise en œuvre et suivi des actions

5. Ressources

Répertoire opérationnel des ressources (ROR)

Outil *Soliguide*

6. Indicateurs de pilotage

- Couverture du territoire de l'outil Soliguide



Objectif opérationnel n°2 : Déployer les conditions d'une offre permettant une prise en charge globale et de qualité

1. Situation actuelle

Dans le cadre du PRAPS 2018-2022, l'offre de dispositifs spécifiques en faveur des personnes démunies a été optimisée et confortée, dotant à ce jour chaque territoire d'une offre diversifiée.

En 2021, la mesure 27 « lutte contre les inégalités » du Ségur de la santé, a constitué un vrai levier en faveur du PRAPS et de ses objectifs. Elle a ainsi conforté les actions menées par le renforcement des dispositifs existants tels que les Permanences au d'accès aux soins de santé (PASS), Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), Lits halte soins santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés (LAM)... et la création ou le renforcement de dispositifs mobiles (création d'équipes mobiles santé précarité et équipes de soins infirmiers précarité notamment). Cette démarche de renforcement des dispositifs favorisés par la mesure 27 va également avec la nécessité de développer la médiation en santé, la promotion de la santé par les pairs et de mobiliser la santé communautaire.

Actuellement, la région Centre-Val de Loire dispose d'autorisations pour :

- 32 places de Lits d'Accueil médicalisés (20 dans l'Indre et Loire et 12 dans le Loiret)
- 59 places de Lits Halte Soins Santé dont 3 pédiatriques (Cher)
- 130 places d'Appartements de coordination thérapeutique classiques (dont 6 pour des personnes sortants de prison dans l'Indre et 7 dans le Loiret)
- 42 places d'Appartements de coordination thérapeutique « hors les murs »
- 55 places ACT – « un chez soi d'abord » (l'Indre-et-Loire)
- 2 équipes mobiles santé précarité (Eure-et-Loir et Indre)
- 2 équipes LHSS mobiles (Indre-et -Loire et Loir-et-Cher)
- 13 places ESSIP (Equipe Spécialisée de Soins Infirmiers Précarité) dans le Loiret
- 1 CSAPA avec hébergement dans le Loiret (19 places)
- 6 équipes mobile psychiatrie-précarité (1 par département)
- 14 Permanences d'accès aux soins de santé dont 3 PASS mobiles (1 départementale à Châteauroux avec 3 antennes : La Châtre – Issoudun et Le Blanc ; 1 à Chartres et 1 à Bourges) ; 2 PASS psychiatrie Tours et Le Coudray ; 1 périnatalité à Dreux.

2. Enjeux de l'objectif

Afin de déployer une offre permettant une prise en charge globale et au regard du nombre de dispositifs et de structures bénéficiant aux personnes démunies, l'enjeu aujourd'hui est de mieux articuler les équipes mobiles et de renforcer la coordination afin de gagner en lisibilité et d'améliorer l'efficacité de l'ensemble des dispositifs spécifiques au niveau des territoires.

3. Description des actions

1/ Evaluer et développer les nouveaux usages numériques (télémédecine) (lien chapitre E-santé) :

- Identifier les lieux d'accès pour les personnes en situation de précarité,
- Accompagner les personnes en situation de précarité vers l'usage du numérique par les équipes et PASS mobiles, des médiateurs en santé ; lever les freins à l'accès (interprétariat, fracture numérique, pair-aidance) et faciliter la compréhension (littératie en santé).

2/ Adapter l'offre de prévention et la rendre accessible (lien chapitre prévention-promotion de la santé)



- Adapter les campagnes existantes (ex cancer, vaccination...) et les élargir à d'autres thématiques (ex santé mentale...),
- Rendre l'offre accessible aux personnes en situation de précarité (médiateur, pair-aidance),
- Adapter et planifier au niveau des territoires des actions collectives en faveur des personnes en situation de précarité au regard des caractéristiques : thématiques (ex diabète, dentaire, précarité menstruelle...); populationnelles (ex jeunes, familles monoparentales, personnes en situation de précarité isolées...) et géographique (exemple des ateliers autour de la précarité menstruelle mis en place dans les quartiers femmes des centres pénitentiaires d'Orléans-Saran et Bourges) en lien avec les parcours du PRS santé mentale, addiction, santé maternelle et infantile.

3/ Coordonner et accompagner dans la prise en charge en établissement

- Identifier avec l'utilisateur un référent coordonnateur au sein des Etablissements de santé/ Etablissements médico-sociaux et dans le secteur social (coordination, accompagnement, lien ville/hôpital),
- Adapter au niveau des territoires les interventions des équipes mixtes sociales, sanitaires et médico-sociales (favoriser et impulser la mixité des équipes mobiles; encourager les appels à projets transversaux; mutualiser les équipes (exemple: PASS, Cegidd, centre de vaccination, CSAPA, CAARUD); encourager et formaliser des rencontres régulières entre acteurs associant les maraudes,
- Faciliter l'accès aux soins au niveau des territoires en impulsant des initiatives innovantes en lien avec les CPTS (exemple du dispositif OSAT dans l'Indre (office de soins alternatifs transitoire) initié par la CPTS de la Brenne à destination des personnes souffrant de maladies chroniques sans médecin traitant); en s'appuyant sur les missions d'accès aux soins des caisses primaires d'assurance maladie (envoi aux personnes en ALD ou âgées sans médecin traitant une liste de médecins pouvant les intégrer dans leur patientèle),
- S'assurer de la prise en compte des soins primaires (hygiène, habillement) par les équipes mobiles en lien avec les acteurs du territoire lors de la mise à l'abri (hébergement) en lien avec les Services Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO),
- Faire connaître, généraliser, modéliser les expérimentations ayant fait leurs preuves lors de réunions ou sur des espaces communs (exemple de la plateforme RESANA),
- Renforcer les interfaces entre les structures santé mentale et addictologie et les structures sociales (lien avec le parcours santé mentale et addictions du PRS),
- Renforcer la coordination et l'articulation entre les structures et dispositifs bénéficiant aux femmes victimes de violence, familles monoparentales... (maison des femmes, PASS...) en lien avec les parcours santé maternelle et infantile et santé mentale du PRS.

4/ Poursuivre le déploiement des dispositifs spécifiques au regard des besoins (LHSS; LAM; ACT; PASS mobiles...)

- Déployer et renforcer les dispositifs hors les murs pour poursuivre le « aller-vers » et le « faire-avec » (PASS mobiles, équipes mobiles, LHSS mobiles),
- Diversifier et conforter l'offre médico-sociale pour les populations spécifiques (Appartement de coordination thérapeutique (ACT) « un chez soi d'abord » dans le Loiret, lits d'accueil médicalisés (LAM), Lits halte soins santé de jour (LHSS)),
- Renforcer et conforter les PASS dans leurs missions; assurer la coordination régionale par le CHU de Tours.



4. Echéances intermédiaires (calendrier de mise en œuvre)

<i>Année</i>	<i>Intitulé action</i>
2023	Identifier les points de rupture entre dispositifs par territoire dans l'offre de prise en charge globale
2023	Structurer la coordination régionale des PASS porté par le CHU de Tours
2024-2028	Mettre en œuvre les articulations nécessaires en réponse aux points de rupture dans le parcours de prévention et d'accès aux soins

5. Indicateurs de pilotage

- Description des articulations entre les structures et dispositifs par territoire



Objectif opérationnel n°3 : Prévenir les situations de rupture de publics spécifiques

1. Situation actuelle

Pour prévenir les situations de rupture et faciliter l'accompagnement des personnes en situation de précarité, l'inscription des problématiques santé/précarité au sein des politiques publiques (stratégie pauvreté...), et des démarches de territorialisation (Contrats locaux de santé, projets territoriaux en santé mentale...), a été impulsée par l'ARS dans le cadre du PRAPS 2018-2022.

La démarche « d'aller-vers » a également été favorisée par l'inscription d'objectifs en faveur de ce public dans les conventions de structures de dépistages et de prévention (dépistage organisé du cancer, Centres gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centres de vaccination, centres de lutte antituberculeuse (CLAT)...).

De plus, la mesure 27 du Ségur de la Santé a permis de renforcer les actions d'aller-vers (création de postes de médiateur en santé, mise en place de bus mobile...) en faveur d'un public diversifié (habitants des quartiers politique de la ville, gens du voyage, salariés en entreprise d'insertion, jeunes en milieu rural, personnes en situation de handicap...).

Enfin, pour faciliter le parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes, et en réponse à l'instruction du 8 juin 2018, un plan d'actions régional en faveur de l'accès à la santé de ce public a été élaboré s'appuyant sur les organisations départementales. A ce titre, les départements du Cher et de l'Indre sont à ce jour dotés de protocoles départementaux de prise en charge sanitaire des personnes migrantes primo-arrivantes. Cette procédure est en cours de modélisation sur d'autres départements.

En lien avec cette mesure, l'offre en interprétariat en région a été renforcée en 2022 en dotant 6 établissements de santé de crédits pérennes (1 par département pour une enveloppe de globale de 65 000 €).

2. Enjeux de l'objectif

En dépit des dispositifs et des actions spécifiques mis en place, de nombreux obstacles persistent dans l'accès et la continuité des soins des personnes en situation de précarité notamment de certains publics spécifiques (MNA, jeunes de l'ASE, public primo-arrivants, gens du voyage...) qui complexifient les parcours et multiplient les situations de rupture (l'éloignement, les renoncements ou les refus de soins, la démographie défavorable en région Centre-Val de Loire...).

Afin de proposer des réponses adaptées, il est essentiel dans un premier temps d'identifier les points de rupture et les manques dans le parcours de vie, parcours de soins de publics spécifiques socialement défavorisés qui cumulent des facteurs de risques et/ou vivant en milieu rural.

3. Description des actions

1/ Renforcer les actions auprès de publics spécifiques (personnes sous-main de justice, PJJ, ASE, MNA, jeunes en situation de rupture, gens du voyage, personnes migrantes primo-arrivantes)

- Mettre en place un groupe de travail avec le COPIL IRRIS par typologie de public (en lien avec les dispositions de la mesure 27 du Ségur) pour identifier avec des experts les points de rupture et les manques,
- Accompagner, favoriser la mobilité vers le soin et anticiper les sorties (créer des passerelles et des relais) ; développer les actions d'aller-vers (exemple : bus itinérants),
- Développer l'offre en médiation en santé et avoir une approche communautaire via l'implication de la communauté (aux cotés des professionnels) à l'amélioration de sa propre santé,
- Poursuivre le renforcement de l'offre en interprétariat,



- Modéliser et pérenniser des protocoles départementaux en faveur des publics spécifiques (exemple : personnes migrantes primo-arrivantes, gens du voyage...),
- Décliner la feuille de route nationale 2023-2028 SPPSMJ (santé des personnes placées sous-main de justice) en articulation avec les parcours santé mentale et addictions du PRS et en lien avec le Service Pénitentiaire d'insertion et de Probation (SPIP) (identifier les difficultés de sortie et les anticiper, prendre en compte les parcours difficiles notamment pour les personnes en situation de handicap et les personnes vieillissantes...) en articulation avec les parcours santé mentale et addictions du PRS.

2/ Identifier les actions spécifiques à conduire pour prévenir les situations de rupture en milieu rural

- Définir ou modéliser des actions spécifiques après l'identification des points de rupture en capitalisant sur les expériences acquises notamment dans le territoire du Berry (exemple dans le cadre des plans canicule, de l'expérimentation menée auprès des familles monoparentales portée par la stratégie pauvreté en lien avec les caisses d'allocation familiales...),
- Développer des actions d'aller-vers (exemple : bus itinérant ou permanences délocalisées s'appuyant sur les initiatives telles que celle portée par le Bercaïl, Fondation Apprentis d'Auteuil en direction des femmes isolées en zones rurales dans le département d'Eure-et-Loir ou par le CIDFF du Loiret en lien avec les maisons France Services en direction des femmes résidant en territoire rural sur le département du Loiret).

4. Echéances intermédiaires (calendrier de mise en œuvre)

Année	Intitulé action
2023	Mise en place d'un groupe de travail par typologie de publics
2023-2024	Identification des points de rupture et définition des actions spécifiques
2025-2028	Mise en œuvre et suivi des actions

5. Indicateurs de pilotage

- Cartographie des points de rupture et des réponses apportées



LES ANNEXES

ANNEXES

- **ANNEXE 1 : Feuilles de route départementales 2023-2028 :**
 - Feuille de route PRAPS du Département du Cher – 2023-2028
 - Feuille de route PRAPS du Département d’Eure-et-Loir – 2023-2028
 - Feuille de route PRAPS du Département de l’Indre
 - Feuille de route PRAPS du Département d’Indre-et-Loire – 2023-2028
 - Feuille de route PRAPS du Département du Loir-et-Cher – 2023-2028
 - Feuille de route PRAPS du Département du Loiret – 2023-2028

- **ANNEXE 2 : Composition de l’Instance régionale de réduction des inégalités de sante (IRRIS)**

- **ANNEXE 3 : Cartographie (LHSS, LAM, ACT, CSAPA, CAARUD, PASS, EMPP)**

- **Glossaire des sigles utilisés**

Délégation Départementale du Cher

Feuille de route PRAPS du Département du Cher – 2023-2028

Le Projet régional de santé de 3^{ème} génération qui couvre la période 2023/2028 est composé de plusieurs documents :

- Le Cadre d'orientation stratégique (COS) qui a vocation à porter une vision stratégique en matière de santé sur 10 ans et qui a été élaboré en 2018 ;
- Le Schéma régional de santé (SRS) qui définit les objectifs prioritaires en matière d'organisation de santé, sur 5 ans ;
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) qui favorise la coordination territoriale des politiques intersectorielles autour des inégalités de santé (logement, emploi, éducation, santé...) selon la logique de parcours sur 5 ans également. Le PRAPS décline plus spécifiquement les programmes transversaux et spécifiques prenant en compte les difficultés plus particulières des personnes les plus démunies.

La feuille de route départementale est la déclinaison de proximité du PRAPS et, à ce titre, elle définit les priorités territoriales, la détermination, la planification et le suivi des actions qui seront mise en œuvre dans le département du Cher.

1. Contexte territorial

Le département du Cher compte 16 intercommunalités comprenant 303 408 habitants avec plus de 12% d'habitants âgés de 75 ans et plus (données INSEE). Le département se caractérise par une proportion de personnes âgées parmi les plus importantes de la région Centre-Val de Loire (CVL).

Le département présente plusieurs données moins favorables qu'au niveau régional : un taux de pauvreté supérieur à celui du reste de la région CVL (14,3% pour le département et 13,1% pour la région). C'est également le cas du taux de chômage qui est légèrement supérieur à celui constaté au niveau régional (8% dans le département du Cher et 7,3% pour la région CVL). Enfin, la population couverte par le revenu de solidarité active est plus importante dans le département (6,6 % dans le département du Cher) qu'au niveau régional (4,9 % en région CVL).

L'agglomération de Bourges à l'instar des autres agglomérations de la région concentre dans son pôle urbain la majorité des ménages en situation de pauvreté. Ces ménages vivent en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)⁵.

Malgré une proportion légèrement moindre de familles monoparentales en région Centre-Val de Loire (23,5 % contre 24,9 % au niveau national), le département du Cher fait partie des deux départements⁶ en région CVL se distinguant par un taux supérieur à celui constaté au niveau national (25,5% dans le Cher).

Enfin, il convient de relever les enjeux liés au logement avec une proportion d'habitat indigne plus élevée dans le département qu'en région (9,1% contre 5% de l'ensemble du parc de résidences principales privées en

⁵ 5 % des ménages vivent dans les QPV mais 18 % des ménages y sont pauvres (données INSEE)

⁶ Départements du Cher (25,5 %) et de l'Indre (25,9 %).

région CVL) ainsi qu'un accès aux soins complexifié par une démographie médicale parmi les plus faibles de la région.

2. Projets et dynamiques territoriales

a. Les structures et dispositifs spécifiques

Le département du Cher compte plusieurs structures au rôle clé dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité et cela sur plusieurs volets :

- Des Permanences d'accès aux Soins de Santé (PASS) localisées à plusieurs endroits du département : Bourges, Vierzon et St Amand-Montrond.
- Des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA Alcool et CSAPA Toxicomanie-CAET)
- Un CAARUD à Bourges
- Des ACT (13 places classiques et 5 places hors les murs)
- Des LHSS (5 lits plus 3 lits en LHSS pédiatrique)
- Une EMPP portée par le Centre Hospitalier George Sand de Bourges
- Des structures de prévention médicalisée : CeGIDD, CLAT et Centre de vaccination

b. Coordinations en santé

Un certain nombre de dispositifs de coordination existent sur le territoire du Cher. Leur rôle est de pouvoir apporter une réponse, soit aux professionnels de santé pour certains, soit aux usagers directement, en terme d'information/orientation, ou coordination des parcours.

Ainsi le Dispositif d'appui à la coordination du Cher (DAC), qui résulte de la fusion des réseaux et des MAIA du territoire, a pour objet de répondre aux professionnels de santé ou usagers, toutes pathologies et classes d'âges confondues. Son rôle est d'accompagner les professionnels pour la gestion des parcours complexes.

La communauté 360 a pour objectif de répondre aux personnes en situation de handicap sur toutes les problématiques potentiellement rencontrées, comme l'accès à un logement, à un accueil de loisir...

La plateforme santé précarité a pour objectif d'accompagner dans leur parcours certains publics en difficulté, en faisant le lien entre la santé et le social.

D'autres partenaires peuvent être impliqués dans les coordinations, comme la MDPH avec la « réponse Accompagnée pour tous », le Contrat territorial de santé mentale (CTSM), les CPTS, des dispositifs d'accompagnement des femmes victimes de violence (Bourges et Vierzon) ...

L'objectif poursuivi par la Délégation Départementale consiste à ne pas juxtaposer les instances, donner plus de lisibilité et montrer que, quel que soit le numéro composé, la situation individuelle sera gérée en complémentarité entre les différents partenaires. Pour ce faire, il convient de conduire les acteurs institutionnels à travailler ensemble sur la stratégie départementale, autour d'une gouvernance territoriale regroupant les acteurs de la santé, du social, du médico-social.

3. Déclinaison des objectifs du PRAPS

Objectif 1/ Renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale

La mise en œuvre des politiques santé-sociale implique une action concomitante de l'État, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale et des acteurs associatifs ainsi qu'un certain nombre d'acteurs locaux généralistes issus de champs connexes, car les situations, aux difficultés souvent

multifactorielles, impliquent l'apport de réponses globales qui mobilisent des expertises et des dispositifs pluriels portés par ces différents acteurs. L'efficacité de ces interventions nécessite ainsi une approche décloisonnée.

- Favoriser la communication :
 - Promouvoir et développer les outils de communication et d'information sur les dispositifs et structures bénéficiant aux personnes précaires.

Le département du Cher possède 4 CLS, plus 2 en cours de construction, ce qui devrait apporter une couverture à 100% du département par un CLS. Un travail régulier avec les animateurs de CLS pour les informer de nouveaux dispositifs à destination des publics en forte précarité devra être réalisé. Le CLS est aussi un lieu d'échange avec les élus pour les sensibiliser aux droits en santé.

- Faciliter la connaissance et la lisibilité des missions de chacun lors d'instances départementales

Il existe des instances départementales du Cher dont la cible sont les populations précaires, la DD18 est porteuse et/ou contributrice pour le volet santé dans ces instances :

- Schéma départemental d'accueil des gens du voyage qui regroupe différents pilotes d'actions : DDT (habitat), DSDEN (scolarisation), DD ARS (santé), CD du Cher (emploi, formation).
 - Accueil du public migrant, et déplacés : Réunion trimestrielle pilotée par la DDETSPP du Cher
 - Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) : il est l'interface avec les dispositifs existants sur le territoire afin d'assurer leur articulation avec le parcours spécifique de santé mentale. L'objectif étant d'apporter un repérage précoce des troubles psychiques, pour avoir accès à un diagnostic et aux soins.
- Renforcer l'interconnaissance entre acteurs :
 - Renforcer la coordination des dispositifs (PASS, EMPP) et mieux articuler les équipes mobiles (faire connaître les missions de chacun ; évaluer ; accompagner ; mutualiser les forces)
 - Créer du lien entre acteurs santé et social dans le Cher.

La création en 2021 de la **Plateforme Précarité Santé** : il s'agit d'un dispositif qui propose une évaluation et une coordination des parcours. Cette approche doit permettre à chaque personne accueillie d'inscrire la problématique santé dans son parcours d'insertion afin de garantir la stabilité de son projet en terme d'accès ou de maintien en logement.

La plateforme vient fluidifier aujourd'hui les informations entre les acteurs du social et du sanitaire et surtout rendre actrice la personne qui est au centre du projet par une meilleure connaissance et appropriation de ses problématiques.

Objectif 2/ Déployer les conditions d'une offre permettant une prise en charge globale et de qualité

La prise en compte des publics vulnérables nécessite aussi une vigilance particulière quant à l'accessibilité des interventions, des actions, des supports de communication utilisés, ...et nécessite des professionnels pour favoriser la littératie.

- Adapter l'offre de prévention

Il s'agit de mettre en œuvre l'universalisme proportionné face à la diversité des situations afin de réduire le gradient des inégalités. Cela consiste à développer des stratégies d'interventions différenciées pour des actions qui s'adressent à tous sans discrimination, modulées en fonction des besoins spécifiques de chaque catégorie de population.

- Adapter les campagnes de prévention existantes et les élargir à d'autres thématiques (ex santé mentale...) : Mobilisation de l'Unité Mobile de Prévention et Promotion de la Santé auprès des gens du voyage du Cher dont les objectifs sont de développer l'aller-vers les partenaires de la santé, faciliter le lien entre les voyageurs et les professionnels de santé, mettre en place des actions collectives et favoriser l'accès au droit commun dans le domaine de la santé.
 - Rendre l'offre accessible aux personnes précaires (public précaire des quartiers prioritaires de la politique de la ville de Vierzon) : s'appuyer sur le dispositif des ambassadeurs santé à Vierzon. Il s'agit de recruter et former des ambassadeurs au sein des structures Education Nationale, Mission Locale Jeunes, Centres sociaux, Epicerie Sociale, Commissariat, CCAS, etc, pour avoir des relais prévention santé au cœur des structures d'accueil d'un public précaire. L'objectif principal est de s'appuyer sur les ambassadeurs santé afin d'accompagner les populations qui sont loin du soin vers les actions de prévention du CLS.
- Coordonner et accompagner dans la prise en charge :
- Adapter au niveau des territoires les interventions des équipes mixtes sociales, sanitaires et médico-sociales :
 - Expérimentation d'un accueil de jour en addictologie à Bourges, fonctionnement avec :
 - Equipe ELSA (sanitaire)
 - Equipe CSAPA (medico- sociale)

L'objectif est d'accompagner les usagers les plus vulnérables à gérer leur vie avec la pathologie addictive entre hospitalisation et autonomie totale.

- Poursuite des rendez-vous santé des primo arrivants dans le département du Cher, à destination des adultes et des jeunes mineurs isolés. Cette prise en charge résulte d'une coopération d'acteurs (CLAT, CeGIDD, Centre de vaccination, association accueil et promotion).
 - Renforcer les interfaces entre les structures santé mentale et les structures sociales
 - L'équipe mobile précarité psychiatrie (EMPP) portée par le CH George Sand existe depuis 2021 dans le Cher, sa mission est départementale, mais à ce jour seul le milieu urbain (Bourges Vierzon) en bénéficie. Il s'agira de renforcer son action.
- Poursuivre le déploiement des dispositifs spécifiques au regard des besoins (LHSS ; LAM ; ACT ; PASS mobiles...)
- Déployer et renforcer les dispositifs hors les murs pour poursuivre le « aller-vers » et le « faire-avec »
- Depuis Avril 2021, création des consultations avancées d'addictologie en CHR par les deux CSAPA du département avec les objectifs suivants:
- Agir sur les inégalités sociales et de santé pour le public précaire
 - Contribuer à l'amélioration de la santé du public repéré
 - Mobiliser les moyens, les compétences et la capacité d'agir, spécifiques de chaque acteur et du public, de façon coordonnée et opérante
 - Accès aux soins en addictologie

La réussite de ce dispositif est basée sur la mutualisation des compétences des deux CSAPA et leurs moyens d'intervention au sein des structures sociales qu'il conviendra de poursuivre.

- Il existe 3 PASS dans le département du Cher :
 - PASS de Bourges (CH de Bourges), avec un fonctionnement et une organisation qui couvre majoritairement la précarité urbaine et une activité centrée sur de la délivrance pharmaceutique.
 - PASS de Vierzon (CH de Vierzon), le public majoritaire est migrant (proximité du CADA).

- PASS de St Amand (CH de St Amand) avec une file active faible, alors que le secteur géographique cumule les inégalités sociales et de santé. Une réflexion est en cours pour rendre mobile cette PASS afin d'aller au plus près des publics précaires dans les territoires isolés de l'accès aux soins.

Il s'agira de renforcer l'action de ces différentes PASS sur le territoire en fonction des besoins identifiés.

Objectif 3/ Prévenir les situations de rupture de publics spécifiques

- Renforcer les actions auprès de publics spécifiques
- Accompagner, favoriser la mobilité vers le soin et anticiper les sorties (créer des passerelles et des relais)
- CPTS Berry Vierzon Sologne et CH de Vierzon : expérimentation de « consultations dédiées aux patients en ALD sans médecin traitant ». A noter, qu'un plan d'actions départemental est en cours, afin de renforcer le suivi des patients en Affection de Longue Durée et sans médecin traitant (environ 5500 habitants à l'échelle du département) qui sera piloté par la CPAM du Cher. Installation du comité de pilotage départemental courant Mai 2023.
- CPTS Est du Cher, un travail engagé sur la mise en place du cabinet médical itinérant sur le territoire de la CPTS avec un médecin généraliste volontaire. L'objectif est de pouvoir avoir une articulation avec des consultations gynécologiques en itinérance (sage-femme libérale volontaire).
- Développer l'offre en médiation en santé : L'association accueil et promotion a permis de fédérer des acteurs professionnels du social, de la santé au travers des formations dispensées à Bourges en lien avec « la médiation interculturelle et transculturelle en santé ». Cette action répond à un double besoin : des personnes immigrées d'accéder aux soins et à la santé et des professionnels (acteurs sanitaires, sociaux et associatifs).

Il s'agira de poursuivre le renforcement de l'offre en intermétariat auprès de plusieurs acteurs clés : EMPP, PASS, structures de prévention médicalisées (CeGIDD), acteurs associatifs ...

4. Modalités de mise en œuvre

Les leviers d'action sont multiples, s'imbriquent et interviennent à différentes échelles avec de nombreux acteurs impliqués : acteurs politiques, intervenants de terrain des secteurs public et privé, de champs professionnels multiples (éducatif, sanitaire, social, médico-social...), ...

La DD 18 possède plusieurs leviers permettant, dès 2023 la mise en œuvre :

- La contractualisation : CPOM, CLS, CPTS
- Le régime des autorisations (création, extension, ou transformation d'établissement ou de service)
- Les procédures d'appel à projet : à partir d'un cahier des charges
- L'inspection et le contrôle
- L'animation territoriale : en accompagnant et en coordonnant les actions de plusieurs partenaires au sein du département.
- Les crédits du FIR.

Feuille de route PRAPS du Département d'Eure-et-Loir – 2023-2028

Le Projet régional de santé de 3^{ème} génération qui couvre la période 2023/2028 est composé de plusieurs documents :

- Le Cadre d'orientation stratégique (COS) qui a vocation à porter une vision stratégique en matière de santé sur 10 ans et qui a été élaboré en 2018 ;
- Le Schéma régional de santé (SRS) qui définit les objectifs prioritaires en matière d'organisation de santé, sur 5 ans ;
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) qui favorise la coordination territoriale des politiques intersectorielles autour des inégalités de santé (logement, emploi, éducation, santé...) selon la logique de parcours sur 5 ans également. Le PRAPS décline plus spécifiquement les programmes transversaux et spécifiques prenant en compte les difficultés plus particulières des personnes les plus démunies.

Aussi, afin de décliner le PRAPS à l'échelle du département et de permettre sa parfaite appropriation par les opérateurs et partenaires locaux, l'ARS et la Direction Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations (DDETSPP) d'Eure-et-Loir ont souhaité préciser les impacts de ces orientations et les traduire sous la forme d'une feuille de route : stratégie départementale « santé – précarité ».

La feuille de route départementale est la déclinaison de proximité du PRAPS et, à ce titre, elle définit les priorités territoriales, la détermination, la planification et le suivi des actions qui seront mise en œuvre dans le département d'Eure-et-Loir.

Cette feuille de route départementale a plusieurs vocations et doit :

- Donner un cap et une vision aux établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux accompagnant ou susceptibles d'accompagner des personnes en situation de précarité ainsi qu'aux partenaires (CPTS, collectivités, ...); ce document fixe notamment des objectifs en matière de coopérations ;
- Apporter une réponse aux besoins territoriaux relevés dans les diagnostics du PRS3 et du plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées, que ce soit sur un plan quantitatif ou qualitatif ;
- Être le garant d'une certaine cohérence et complémentarité entre les acteurs du département afin que l'organisation départementale soit pleinement efficiente.

1. Contexte territorial

Rappel des dispositifs spécifiques « santé-précarité » présents sur le département d'Eure-et-Loir :

- 2 PASS généralistes (Chartres et Dreux)
- 1 PASS « périnatalité » (Dreux)
- 1 PASS « psychiatrie » qui a fusionné avec l'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) gérée par le centre hospitalier « Henri Ey »
- 5 lits de halte soins santé (LHSS) au Foyer d'accueil chartrain (FAC)
- 10 appartements de coordination thérapeutique (ACT) gérés par Addiction France et situés à Lucé

- 1 médiateur santé-précarité au centre de santé municipal de Chartres
- 1 médiateur santé-précarité au FAC
- 2 réseaux « santé-social » à Nogent le Rotrou et Châteaudun
- Ont, par ailleurs, récemment été financées par l'ARS et sont en cours de déploiement une PASS mobile (gérée par le CH de Chartres et qui interviendra à Châteaudun et Nogent le Rotrou) et une équipe mobile santé précarité (également gérée par le CH de Chartres) à vocation départementale.

Il est à noter que d'autres dispositifs non spécifiques à la précarité accompagnent néanmoins une part importante de personnes précaires dans leur file active :

- Le CAARUD de Mainvilliers (association AIDES)
- Les CSAPA de CHARTRES et DREUX (CICAT)
- Le DAC
- Le pôle « santé publique » du CH de Dreux
- Des dispositifs d'accompagnement et d'hébergement des personnes précaires, des migrants et des femmes victimes de violence très centrés sur Chartres et Dreux.

2. Projet et dynamiques territoriales

Deux caractéristiques étaient régulièrement mises en avant pour définir la précarité en santé : la précarité financière (nonaccès aux soins par manque de ressources) et des difficultés générales d'accès aux soins. Ces caractéristiques s'analysent au regard du contexte national (mise en place du 100 % santé qui a renforcé la couverture assurantielle conduisant à un reste à charge en théorie limité pour les personnes les plus défavorisées financièrement) et local (désertification médicale).

La stratégie départementale visera dans un premier temps trois types de publics :

- la grande précarité : les publics inscrits dans des dispositifs dédiés aux personnes sans domicile stable (SDF, hébergement d'urgence, migrants, ...)
- les personnes en logement individuel dont les troubles du comportement sont susceptibles de les priver de leur logement (troubles du voisinage, mauvais entretien du logement, troubles du « savoir habiter », ...)
- les personnes faisant face, du fait de leurs conditions de logement, à un péril grave et imminent pour leur santé.

Pour les autres publics susceptibles d'être concernés par la précarité (femmes seules avec enfants, familles vivant dans un quartier prioritaire de la ville, personnes allophones, personnes en parcours d'insertion, ...) et en particulier les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé, le choix sera de privilégier à ce stade la médiation en santé tandis que pour certains publics (personnes sous-main de justice, personnes présentant une addiction, personnes en situation de handicap, ...), le sujet de l'accès aux soins sera directement abordé dans des feuilles de route territoriales spécifiques.

De plus, parmi les constats recensés au niveau territorial, plusieurs points ont été relevés :

- **Une méconnaissance des dispositifs « santé » par les acteurs du social**

La complexité de la typologie de l'offre de soins, de ses acronymes et de ses modes d'accès est souvent mise en avant par les acteurs du social et parfois pointée comme un frein. A ce titre, l'émergence récente d'une PASS mobile et d'une équipe mobile santé précarité gérée par le même opérateur (le CH de CHARTRES)

et aux fonctions quasi-similaires a pu être mal comprise, de la même manière que la création ces dernières années de dispositifs ou équipes mobiles, notamment en psychiatrie, ajoute parfois de la confusion, en particulier lorsqu'aucune communication directe n'a été assurée par les porteurs de ces équipes.

- **Une mobilité des dispositifs sanitaires perçue comme insuffisante**

Que ce soit sur le champ de la médecine générale ou celui de la psychiatrie, l'offre proposée, en particulier par les PASS, est jugée comme insuffisamment mobile ; les caractéristiques de la population en situation de grande précarité imposeraient, selon les établissements et services qui les accompagnent, une plus grande proximité, que ce soit au travers de permanences régulières dans les établissements accueillant des personnes précaires ou à l'occasion des maraudes réalisées.

- **Une coordination des acteurs de la santé et de la précarité satisfaisante sur les territoires de Châteaudun et Nogent le Rotrou mais plus délicate sur Dreux et Chartres**

La présence de deux réseaux « santé-social » sur Châteaudun et Nogent le Rotrou favorise les coopérations entre les partenaires des deux champs et de ce fait, permet une meilleure gestion anticipée des situations complexes. Il est certain que le volume de situations, en raison des bassins démographiques, est moindre que dans les territoires de Chartres et Dreux.

Sur Chartres, sous l'égide de Chartes Métropole, une instance de gestion des situations complexes dans l'habitat se réunit mensuellement mais est focalisée sur les situations individuelles ; il n'y a pas véritablement d'animation d'un réseau de partenaires sur des thématiques communes, comme peuvent le faire les territoires de Châteaudun et Nogent le Rotrou.

L'examen des situations traitées dans ce cadre met en avant une forte attente des partenaires de Chartes Métropole autour du soutien psychiatrique de personnes vivant à domicile.

- **Des besoins de soins spécifiques exprimés par les PASS**

Les PASS, qui sont avant tout des dispositifs de bilans de santé et d'ouverture de droits, expriment, à l'aune des publics pris en charge (publics essentiellement constitués de SDF / squatters / migrants), trois types de besoins de soins auxquels elles ne sont aujourd'hui pas en mesure de répondre :

- Le suivi de médecine générale : les PASS ne sont pas des dispositifs de soins permanents et les personnes sans médecin traitant, qu'elles soient en situation de précarité ou non, rencontrent des difficultés d'accès aux soins au regard de la désertification médicale,
- La prise en charge du psycho-traumatisme : l'histoire de vie des personnes en grande précarité, souvent constituée de violences diverses, les expose, en proportion bien plus importante que la population générale, aux conséquences du stress post-traumatique,
- Les soins bucco-dentaires : l'accès à des soins dentaires est également difficile dans un contexte de pénurie de chirurgiens-dentistes.

- **L'aspect financier ne constituant pas le premier frein à l'accès aux soins**

Sans les minimiser, l'aspect financier et l'absence d'ouverture de droits sont rarement mis en avant par les acteurs et ne constituent pas le principal frein d'accès aux soins. Deux points doivent néanmoins être soulignés :

- La situation particulière des migrants présents sur le territoire depuis moins de trois mois et nécessitant des soins n'entrant pas dans le cadre des soins urgents pris en charge ;
- L'absence de service commun d'ouverture de droits.

3. Déclinaison des objectifs du PRAPS

Au regard des objectifs définis dans le PRAPS et des spécificités du département, l'ARS et la DDETSPP proposent cinq orientations stratégiques :

1.1 Mettre en place des coordinations locales afin de favoriser l'interconnaissance des acteurs

Selon le modèle préalablement évoqué des réseaux « santé-social » de Châteaudun et Nogent le Rotrou qui permettent à la fois de traiter des situations individuelles et d'échanger sur les pratiques de chacun, il apparaît souhaitable de développer sur les bassins de Chartres et Dreux des instances ou lieux d'échange portant spécifiquement sur la santé des publics précaires. Ces espaces de dialogue, animés par les PASS, en collaboration avec le DAC, auraient pour objectifs avant tout de structurer les parcours de soins des personnes concernées sur les bassins de Chartres et Dreux et faciliter la connaissance réciproque des parties prenantes (hôpital, CHRS, services sociaux, ...). Ces instances pourraient permettre dans un second temps le développement de l'intervision et de formations flash.

Deux conditions participeront à la réussite de cette organisation :

- ne pas remettre en cause les modèles actuels qui fonctionnent (Châteaudun et Nogent le Rotrou) dans lesquels la PASS du CH de Chartres (qui a désormais une vocation départementale, à l'exception du territoire de Dreux) viendrait simplement s'inclure ;
- sectoriser le département pour permettre aux coordinations locales de repérer leur territoire et éviter toute zone blanche.

Parallèlement, afin d'assurer une meilleure lisibilité des dispositifs sanitaires, il est proposé d'en réduire leur nombre en les fusionnant :

- les dispositifs « précarité » gérés par le CH de Chartres (PASS, PASS mobile et EMSP) seront fusionnés au sein d'une seule entité;
- les dispositifs mobiles d'appui psychiatrique « handicap » et « précarité » gérés par les CH de Dreux et Henri EY seront réorganisés de manière à assurer une présence plus forte sur les deux principaux bassins de vie du département (Chartres et Dreux) et ainsi améliorer la réactivité auprès des partenaires .

1.2 Développer et favoriser les interventions conjointes entre les dispositifs « santé » et « social »

La mobilité relative des personnes en situation de grande précarité constitue un frein dans l'accès aux soins, que ce soit dans l'évaluation du besoin de soins ou dans la réalisation desdits soins. Les personnes concernées, sans nécessairement être dans le refus de soins, ne prennent pas toujours la mesure de leurs difficultés de santé et ne se déplacent pas dans les lieux identifiés (PASS).

C'est pourquoi, il est nécessaire d'organiser et systématiser des interventions des PASS dans les structures d'hébergement pour personnes sans domicile stable ainsi que leur participation aux différentes maraudes mises en place sur le département.

1.3 Assurer un appui des services de psychiatrie auprès des acteurs de 1^{ère} ligne

Afin de répondre aux besoins importants d'accompagnement psychique exprimés par l'ensemble des partenaires intervenant en 1^{ère} ligne auprès des publics précaires, une réorganisation de la psychiatrie départementale est envisagée afin d'assurer une réponse de meilleure qualité aux demandes des établissements (CHRS, CADA, ...) mais également auprès des bailleurs sociaux.

Cette réorganisation sera également accompagnée par :

- Des consultations de psychologues dédiées dans les structures sociales

- Le déploiement sur l'ensemble du département d'un plan de formation aux premiers secours en santé mentale

1.4 Développer des réponses de soins spécifiques

La demande de soins somatiques des personnes en grande précarité pouvant difficilement être comblée dans le régime de droit commun, en raison essentiellement de la désertification médicale, il est proposé d'y répondre par des consultations dédiées.

De la même manière, pour les soins bucco-dentaires, une réflexion doit être entreprise de manière à permettre des créneaux spécifiques réservés aux personnes en situation de grande précarité.

Enfin, les hôpitaux « Henri Ey » et de DREUX veilleront à proposer dans leurs locaux ou sur site des consultations spécialisées afin de prendre en charge les troubles du stress post-traumatique rencontrés par ces mêmes publics.

1.5 Développer la médiation en santé auprès des territoires impactés par la précarité

Tel qu'indiqué en préambule, il est difficile dans le cadre de la présente feuille de route de distinguer très précisément le public concerné par la précarité étant entendu que les questions d'accès et de renoncement aux soins sont aussi liées aux ressources personnelles (éducation, réseau, compétences psycho-sociales, ...) des individus.

Quoiqu'il en soit, selon le principe de l'universalisme proportionné, il est proposé de cibler dans les quartiers prioritaires de la ville (et dans certains territoires ruraux identifiés à l'occasion des diagnostics préalables à la négociation des contrats locaux de santé) :

- Les actions de prévention et d'éducation à la santé
- Les actions de médiation en santé

L'introduction de ces deux dimensions dans les contrats locaux de santé sera essentielle.

4. Modalités de mise en œuvre

Dans le cadre de la stratégie santé précarité d'Eure-et-Loir, la feuille de route départementale fait l'objet d'une action concertée de l'Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire (CVL) et la Direction Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations (DDETSPP) d'Eure-et-Loir.

La définition des actions prioritaires mentionnées supra fera l'objet de fiches actions dédiées, mobilisant les partenaires clés du territoire : établissements de santé, structures médico-sociales, acteurs associatifs, CPTS, centres de santé, services sociaux...

Feuille de route PRAPS du Département de l'Indre – 2023-2028

Le Projet régional de santé de 3^{ème} génération qui couvre la période 2023/2028 est composé de plusieurs documents :

- Le Cadre d'orientation stratégique (COS) qui a vocation à porter une vision stratégique en matière de santé sur 10 ans et qui a été élaboré en 2018 ;
- Le Schéma régional de santé (SRS) qui définit les objectifs prioritaires en matière d'organisation de santé, sur 5 ans ;
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) qui favorise la coordination territoriale des politiques intersectorielles autour des inégalités de santé (logement, emploi, éducation, santé...) selon la logique de parcours sur 5 ans également. Le PRAPS décline plus spécifiquement les programmes transversaux et spécifiques prenant en compte les difficultés plus particulières des personnes les plus démunies.

La feuille de route départementale est la déclinaison de proximité du PRAPS et, à ce titre, elle définit les priorités territoriales, la détermination, la planification et le suivi des actions qui seront mise en œuvre dans le département de l'Indre.

1. Contexte territorial

Le département de l'Indre compte 219 316 habitants (données INSEE) et les projections INSEE affichent une hausse à 238 000 habitants à horizon 2040, avec un apport migratoire de retraités et un vieillissement de la population. Le département se caractérise par une faible proportion des moins de 20 ans. Concernant la mortalité prématurée, l'Indre se positionne avec un taux de mortalité prématurée de 206,2 pour 100 000 habitants, qui est nettement supérieur au taux national de 178,6/100 000 hab. De plus, le département présente une densité de population plutôt faible avec 32,5 habitants par km².

Le niveau socioéconomique est globalement faible et le revenu net imposable moyen est de 20 370€/foyer avec une part des foyers fiscaux imposés de 48,7%. Le taux de personnes sans diplômes ou de faible niveau de formation dans l'Indre se concentre dans les cantons ruraux : 44,9 % dans l'Indre (39,2 % en région et 36,6 % en France). 21 % des jeunes majeurs Indriens ne sont ni en emploi, ni en formation. Le taux de pauvreté est de 12,7% en 2018 dans l'Indre, donc sensiblement similaire au taux national de 13%.

Le département se caractérise par une proportion plus importante de familles monoparentales avec un taux de 25,9% (supérieur au taux national de 24,9%).

Par ailleurs, le département présente une démographie médicale sinistrée. On estime qu'environ 25 900 patients n'ont pas de médecin traitant dans le département. Au-delà, des problèmes de mobilité et des difficultés d'accès aux soins sont constatés.

Concernant le logement, le département concentre davantage de logements indignes qu'au niveau régional (5,0 % de l'ensemble du parc de résidences principales privées pour la région et 6,7% pour le département). En 2020 dans la région, 17,3 % ménages sont en situation de précarité énergétique liée au logement. L'Indre en compte 22,4%.

2. Projet et dynamiques territoriales

Au regard des besoins recensés au niveau territorial et des constats posés, plusieurs publics cibles ont été identifiés dans le cadre des travaux de territorialisation du PRAPS :

Le public migrant

Le département de l'Indre a pu accueillir des publics migrants, et cela depuis plusieurs années, nécessitant ainsi la structuration d'une prise en charge sanitaire adaptée dès leur arrivée sur le territoire. En 2019, il avait été formalisé un protocole pour définir un parcours pour ce public. Cependant, des changements dans le paysage institutionnel et autres évolutions au niveau territorial conduisent aujourd'hui à réactualiser ce protocole pour permettre une prise en charge plus efficiente par l'ensemble des partenaires.

- Réactualisation du protocole en lien avec les partenaires.

Le public carcéral

Le Département abrite une Maison centrale à Saint Maur ainsi qu'un Centre pénitentiaire à Châteauroux. Ces deux établissements disposent d'un protocole avec le CH de Châteauroux – Le Blanc pour assurer une prise en charge sanitaire de qualité au public des détenus. Ces protocoles arrivent à échéance et au regard des différentes problématiques recensées pour ce public (santé mentale, santé sexuelle...) nécessitant une attention accrue, il est essentiel de le renouveler en veillant à organiser une prise en charge de qualité et cela malgré une démographie médicale compliquée sur le territoire. Une réflexion sera menée sur une démarche d'aller-vers pour les publics avec un trouble psychique préoccupant qui seraient en situation de renoncement aux soins.

- Mise à jour des protocoles cadres.

Le public souffrant de troubles psychiques / en souffrance psychique

Le plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) arrive à échéance et un travail est amorcé pour sa réécriture. Le sujet des problématiques de logement et d'hébergement pour les personnes souffrant de troubles psychiques y figure pour aborder les difficultés de ces personnes à accéder ou se maintenir dans un logement.

- Prise en compte des aspects santé dans le PDALHPD en lien avec le CTSM

Dans le cadre de la mise en œuvre du Contrat Territorial en Santé Mentale (CTSM) 36

- Mise en œuvre des fiches actions « réaliser et rendre lisible un schéma des ressources en Santé Mentale » (incluant prévention et publics spécifiques), « développer des réponses multi partenariales pour répondre aux besoins des publics spécifiques » et les fiches actions relatives à la psycho réhabilitation.

Le public victime de violences conjugales/intrafamiliales

Dans le cadre de la circulaire du premier ministre du 03/09/2021 et du protocole départemental de lutte contre les violences faites aux femmes, le comité départemental de lutte contre les violences faites aux femmes a été mis en place. Il réunit tous les partenaires du réseau VIF 36 pour garantir la mise en œuvre des mesures du Grenelle des violences conjugales. Plusieurs groupes de travail œuvrent pour rendre effectives les mesures, notamment en matière de santé, qui ne le seraient pas encore.

- Consolider la prise en charge sanitaire, psychologique, sociale des femmes victimes de violences.
- Suivre l'activité de l'Unité Médico-Judiciaire.
- Suivre l'application du protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes et accompagner les dispositifs liés à ce protocole avec un soutien aux parties prenantes.

Le public en logement indigne/insalubre

L'Indre dispose d'un Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI), qui prend en charge et intervient sur l'intégralité des signalements de logements en état dégradé. Une pluralité de partenaires, dont l'ARS, se coordonne dans leur intervention par le biais d'un Plan Départemental de lutte contre l'Habitat Indigne. Ce plan arrive à échéance et l'ensemble des acteurs est mobilisé pour la réécriture d'un nouveau plan.

- ➔ Communiquer sur le Pôle auprès des élus, réactualiser le plan et déployer les actions en cours sur le territoire.

Les personnes dépourvues de moyens de mobilité, en particulier en zone rurale

L'Indre est un territoire à dominante rurale et cette caractéristique, associée parfois à des problématiques de précarité de la population, engendre des difficultés de déplacements vers les structures de soins et de prévention pour les habitants concernés. Le territoire de la Brenne est particulièrement touché par ces difficultés et le Pays d'Issoudun a souhaité également s'investir dans cette problématique de mobilité, pour enrayer ce facteur de renoncement aux soins et aux actions de prévention.

- ➔ Expérimentation dans le cadre du CLS de la Brenne et du Pays d'Issoudun pour développer le transport en santé.

Le public des quartiers prioritaires de la ville

Le département de l'Indre recense deux contrats de ville, impliquant respectivement la communauté d'agglomération Castelroussine et la communauté de commune du Pays d'Issoudun. Ces contrats sont renouvelés dans le but d'inciter à la création ou la poursuite de projets de prévention et d'accès aux soins pour les habitants des quartiers prioritaires de la ville.

- ➔ Soutien aux projets en direction des publics issus des quartiers prioritaires de la ville

3. Déclinaison des objectifs du PRAPS

Objectif 1/ Renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale

Favoriser la communication

Les outils ROR et Soliguide permettent d'avoir accès pour des personnes en situation de précarité à des structures ou dispositifs offrant des services divers (alimentation, l'hygiène, soins...) à destination de ces publics notamment par plusieurs axes:

- Sensibiliser les partenaires sur les outils existants
- Concevoir un schéma synthétique de l'offre

Pour permettre aux usagers de connaître les instances régionales ou départementales, il est pertinent que des représentants d'usagers siègent dans ces instances. Au sein du CTS, une commission des usagers est composée en ce sens et introduire des représentants d'usagers dans les COPILS CLS pourrait être une nouvelle façon de donner de la lisibilité aux usagers des instances et des actions organisées sur leur territoire.

- Intégrer les représentants des usagers, les usagers dans les COPIL des CLS et les COPIL sur les sujets « PRAPS ».

Renforcer l'interconnaissance entre acteurs

Il est important de coordonner les équipes mobiles pour une meilleure efficacité de leur action respective et une meilleure couverture du territoire.

- Mettre en place une coordination des équipes mobiles en santé précarité et structures qui font du « aller-vers ».
- Favoriser la mise en place de coordinations locales santé/social pour favoriser l'interconnaissance des acteurs, en lien avec les CLS et les inter CPTS
- Mettre en réseau les acteurs (ex : Speed-dating)

Objectif opérationnel n°2 /Déployer les conditions d'une offre permettant une prise en charge globale et de qualité

Adapter l'offre de prévention et la rendre accessible

Différents dispositifs et programmes s'emploient à protéger les publics vulnérables contre la précarité sous des prismes différents : PDALHPD, contrats de ville ou encore PTSM. Il est important de se coordonner avec les différents services de l'Etat pour s'assurer de l'adaptation et de l'efficacité de l'offre proposée.

- Veiller à une bonne coordination des dispositifs/programmes de l'Etat à destination des personnes vulnérables pour une réelle efficacité (recensement, définition du champ d'action pour éviter les doublons et mettre en interaction les programmes si nécessaire)

Il est important de développer l'offre de prévention et la sensibilisation en santé environnementale pour une prévention globale et de qualité.

- Déployer des actions de prévention et de santé environnementale ciblées, priorisées, accessibles (littératie) et efficaces (permettre à des programmes de s'installer dans le temps)
- Sensibiliser et accompagner les élus sur les questions d'insalubrité des logements
- Sensibiliser aux gestes de lutte contre la précarité énergétique

Poursuivre le déploiement des dispositifs spécifiques au regard des besoins (LHSS ; LAM ; ACT ; PASS mobiles...)

Une Equipe mobile santé précarité (EMSP) a été validée dans l'Indre par arrêté en février 2023, le projet est porté par Addiction France.

- Soutenir et accompagner la mise en place de l'EMSP.
- Réfléchir à la mise en place d'un LAM interdépartemental en lien avec le département du Cher.
- Conforter et renforcer la position de la PASS mobile

Objectif opérationnel n°3 /Prévenir les situations de rupture de publics spécifiques

Renforcer les actions auprès des publics spécifiques

Le département de l'Indre a deux parcours identifiés et formalisés par deux protocoles. Ils visent les migrants d'une part et les détenus d'autre part. Ces protocoles arrivant à échéance, des travaux seront entrepris pour les réviser.

- Actualiser le protocole migrant et les protocoles cadres du public carcéral.
- Analyser les situations de ruptures sur les autres publics pour travailler sur des parcours formalisés (en lien avec le DAC).
- Mettre en place l'Unité d'accueil pédiatrique pour l'enfance en danger (UAPED) et du dispositif de soutien psychologique aux femmes victimes de violence.
- Développer des actions auprès des jeunes sans diplôme, sans emploi.

Identifier les actions spécifiques à conduire pour prévenir les situations de rupture en milieu rural

- Animer, favoriser la mobilité vers le soin, développer des actions d' « aller-vers »

4. Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre de la feuille de route PRAPS se fera dans le cadre d'un partenariat avec les institutions, les professionnels et les acteurs de la prévention et du soin, avec qui la DD ARS échangera lors de diverses instances, telles que le Comité de pilotage PASS, le Conseil Territorial de Santé et sa nouvelle Commission spécialisée Prévention-Promotion de la Santé et Santé environnementale, ainsi que sa Commission spécialisée en Santé Mentale.

Des groupes de travail dédiés pourront être mis en place en fonction des thématiques à approfondir.

Feuille de route PRAPS du Département d'Indre-et-Loire – 2023-2028

Le Projet régional de santé de 3^{ème} génération qui couvre la période 2023/2028 est composé de plusieurs documents :

- Le Cadre d'orientation stratégique (COS) qui a vocation à porter une vision stratégique en matière de santé sur 10 ans et qui a été élaboré en 2018 ;
- Le Schéma régional de santé (SRS) qui définit les objectifs prioritaires en matière d'organisation de santé, sur 5 ans ;
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) qui favorise la coordination territoriale des politiques intersectorielles autour des inégalités de santé (logement, emploi, éducation, santé...) selon la logique de parcours sur 5 ans également.

La feuille de route départementale est la déclinaison de proximité du PRAPS et, à ce titre, elle définit les priorités territoriales, la détermination, la planification et le suivi des actions qui seront mise en œuvre en Indre-et-Loire.

1. Le contexte territorial

En Indre-et-Loire, la métropole de Tours concentre près de la moitié des habitants du département.

Le nombre d'habitants s'élève à 610 079 habitants (données INSEE). Le taux d'accroissement de la population est de +0.3 % entre 2013 et 2019. Il est à noter que 6.1% de la population vit dans un quartier politique de la ville (QPV) et 20.2% en zone de revitalisation rurale.

Le taux de pauvreté est de 11.6%, il est inférieur à la moyenne régionale de 13.1%, qui est elle-même inférieure à la moyenne métropolitaine qui est de 14.6% (données INSEE 2019). Cependant, il est important de souligner les disparités pouvant exister au sein du département, ainsi le taux de pauvreté peut dépasser les 50 % dans les QPV de Tours.

2. Projet et dynamiques territoriales

La feuille de route d'Indre-et-Loire du PRAPS reprend les objectifs du programme et s'attachera plus spécifiquement à :

- Assurer une meilleure connaissance des acteurs entre eux et par les usagers
- Améliorer la lisibilité et l'articulation des dispositifs d'accès à la santé existants
- Améliorer l'accès à la santé des publics précaires en favorisant la mise en place de nouveaux dispositifs ou en renforçant ceux existants
- Renforcer l'accès à la prévention des publics précaires
- Limiter les ruptures de parcours liées à l'inadéquation ou l'indisponibilité des réponses apportées aux publics spécifiques

L'offre en Indre-et-Loire est diversifiée :

- 1 Permanence d'Accès Aux Soins de Santé (PASS) soins somatiques sur le site de Chambray-les-Tours
- 1 PASS soins psychiatriques à Tours
- 1 PASS à Amboise
- 41 places d'Appartement de coordination thérapeutique (ACT):
 - 7 places hors les murs sur la Métropole de Tours
 - 1 place traditionnelle répartie sur Loches sud Touraine + 5 places hors les murs

- 2 places traditionnelles sur le Chinonais et Pays Loire Nature et 3 places hors les murs
- 4 places traditionnelles réparties sur le Pays Loire Touraine et 4 places hors les murs
- 50 places ACT un chez soi d'abord (ACT UCSA) (23 places fin 2022 ; en cours de montée en charge)
- 20 Lits d'accueil médicalisés (LAM)
- 10 Lits Halte Soins Santé (LHSS) + LHSS mobile autorisé
- Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui dispose de 6 antennes dans le département
- Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

Une évaluation des PASS a eu lieu en 2022 mettant en avant des écarts de fonctionnement par rapport au nouveau cahier des charges.

Une PASS régionale financée depuis plusieurs années mais dont le fonctionnement reste à mettre en œuvre par le CHRU.

Aussi, de nombreux acteurs du territoire sont mobilisés pour permettre une mise en œuvre la plus pertinente: acteurs institutionnels, intervenants de terrain des secteurs public et privé et de champs professionnels multiples (éducatif, sanitaire, social, médico-social...).

3. Déclinaison des objectifs du PRAPS

Objectif 1/ Renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale

Les outils existants sont insuffisamment connus et utilisés par les partenaires du département. C'est le cas notamment du Répertoire de l'Offre et des Ressources en santé et accompagnement médico-social (ROR) qui centralise la description de l'offre de santé des structures sanitaires et médico-sociales sur l'ensemble du territoire régional puis à terme national. Il est également nécessaire de proposer d'autres outils favorisant la connaissance de l'offre du département par les acteurs et par les usagers.

- **Action 1.1 : Promouvoir et développer les outils de communication et d'information en direction des professionnels et des usagers**
 - Sensibiliser et former les professionnels à l'utilisation du Répertoire Opérationnel des Ressources en santé et accompagnement médico-social.
 - Etudier l'opportunité de déployer l'outil de recensement Soliguide.
 - Identifier les manques et proposer des actions de communication visant à améliorer la visibilité de l'offre.
- **Action 1.2 : Renforcer l'interconnaissance entre les acteurs**
 - Faciliter la connaissance et la lisibilité des missions de chacun lors d'instances régionales ou départementales en associant les usagers (bénéficiaires / personnes accueillies).
 - Mettre en place la cartographie des structures sociales sur les dispositifs de santé mentale travaillée dans le cadre du plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD).

Objectif 2/ Déployer les conditions d'une offre permettant une prise en charge globale et de qualité

Des outils existent sur le département mais ne sont pas accessibles pour les personnes précaires du fait de plusieurs paramètres : l'isolement géographique, de la fracture numérique ou encore de difficultés d'accès à la langue française.

De plus, les particularités ainsi que les difficultés d'accès à la santé et à la prévention des personnes en situation de précarité ne sont pas souvent prises en compte dans le déploiement d'actions. Notamment, les actions de prévention sont souvent pensées de manière généraliste. Aussi, les contrats locaux de santé (CLS) ont un rôle à jouer auprès de ces publics pour leur adapter les actions de prévention. A l'instar de l'action du CLS Loches Sud Touraine qui a déployé une action en partenariat avec la CPTS, l'Union de Caisses - Institut inter Régional pour la Santé (UC-IRSA), la Maison départementale des solidarités (MDS) du secteur, au bénéfice des bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) pour améliorer l'accès aux soins mais aussi à la santé dans sa globalité avec une approche prévention.

➤ **Action 2.1 : Adapter l'offre de prévention**

- Faciliter l'accessibilité des campagnes de prévention nationales aux personnes précaires grâce au déploiement des médiateurs en santé et de la pair-aidance.
- Développer des campagnes de prévention aux personnes en situation de précarité sur de nouvelles thématiques telles que la santé mentale et la santé environnementale.
- Développer les outils en littératie pour permettre aux personnes en situation de précarité sociale de devenir acteurs de leur santé.
- Accompagner les acteurs, dans le cadre des CLS, pour que les actions de prévention prennent davantage en compte les publics précaires.

➤ **Action 2.2 : Encourager et communiquer sur les actions d'éducation et promotion de la santé en direction des plus fragiles et des plus jeunes en situation de précarité**

- Mettre en œuvre le plan d'action défini dans le cadre du contrat local pour la prévention et la protection de l'enfance 2022 - 2024 qui prévoit de renforcer les actions de prévention et promouvoir l'égalité des chances dès le plus jeune âge, en valorisant et soutenant les actions précoces de soutien à la parentalité, de garantir des actions d'éducation et de promotion de la santé orientées sur des enjeux de santé publique et de soutenir et sécuriser les parcours des enfants à protéger.
- Accompagner le projet du Pays Loire Touraine sur les 1000 premiers jours qui prévoit la mise en place d'un parcours d'accompagnement, l'expérimentation du référent parcours et la mise en place d'une maison des 1000 premiers jours.
- Déployer des formations sur la sensibilisation des professionnels du social sur les enjeux de santé et sur les possibilités de recours au système de santé (avec la DDETS).

Sur le territoire départemental, il est constaté une multitude d'équipes mobiles et de dispositifs sans cohérence globale ou sans visibilité sur les missions de chacun avec le développement des démarches d'« aller-vers » des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), des lits Halte Soins Santé (LHSS), Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) ; il est nécessaire d'améliorer la lisibilité et l'articulation des dispositifs existants.

Une refonte du Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) prévoit un renforcement de la présence des dispositifs santé et de l'ARS dans sa gouvernance.

➤ **Action 2.3 : Renforcer la coordination des dispositifs existants**

- Mieux articuler les équipes mobiles.
- Renforcer la coordination des dispositifs PASS et des équipes mobiles : création d'une coordination départementale.
- Accompagner la refonte du SIAO sous l'impulsion de la DDETS.

- Renforcer les échanges inter-administrations et des dispositifs avec la mise en place d'un Comité PRAPS 37.

➤ **Action 2.4 : Soutenir et poursuivre la diversification de l'offre sanitaire et médico-sociale**

- Renforcer et conforter les PASS dans leurs missions et garantir le renforcement financier des PASS qui sont en écart au cahier des charges.
- Mettre en place la PASS régionale portée par la CHRU de Tours dont la mission est d'accompagner les PASS de la région.
- Déployer et renforcer les dispositifs hors les murs pour poursuivre le « aller-vers » et le « faire – avec ».
- Créer des LHSS pédiatriques pour faciliter les sorties d'enfants hospitalisés à l'hôpital pour enfants de Clocheville.
- Développer une offre d'ACT de proximité en dehors de la ville de Tours au sein de la Métropole.
- Assurer le suivi des nouveaux dispositifs mis en place ces dernières années afin de garantir leur respect des cahiers des charges et le service rendu à la population : PASS Mobile, LHSS Mobiles, ACT Un chez soi d'abord (UCSA)
- Accompagner les réflexions autour de la mise en œuvre d'ACT Un Chez Soi d'Abord jeunes (problématique des sorties de l'aide sociale à l'enfance notamment) ou ruraux.

Objectif 3/ Prévenir les situations de rupture de publics spécifiques

La mise en œuvre de la mesure 27 du Ségur sur la lutte contre les inégalités sociales et territoriales a permis l'avancée de certains projets pour contribuer à réduire les points de ruptures. Il est nécessaire de poursuivre les actions pour répondre aux besoins auprès de publics spécifiques (ASE, gens du voyage, personnes migrantes primo-arrivantes, mineurs non accompagnés, personnes sous-main de justice, PJ,..) et proposer un parcours adapté et limitant les ruptures liées à l'adéquation ou la disponibilité des réponses y compris en milieu rural.

➤ **Action 3.1 : Renforcer les actions en direction des publics spécifiques**

Pour les migrants, il est constaté un accroissement des difficultés de prise en charge psychique, de prise en charge et de reconnaissance du handicap ainsi qu'une complexification du relogement car ils doivent permettre un accès facilité à l'offre de soins.

- Mettre en place d'un parcours santé des migrants primo-arrivants
 - Renforcer le Centre de soins Portes Ouvertes (CPO)
 - Cofinancer Etat, ARS et collectivités territoriales de l'accompagnement infirmier et psychologique aux migrants et réfugiés (CTAIR volet santé)
- Poursuivre le renforcement de l'offre en interprétariat

Pour les gens du voyage : L'accès au droit commun et plus particulièrement au droit à la santé pour les voyageurs s'inscrit dans une perspective de réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé, avec une espérance de vie inférieure de 15 ans à la moyenne française, avec des difficultés d'accès au droit, des renoncements au soin et des difficultés de repères et d'accompagnement médico-social adaptés.

- Accompagner le dispositif de Tsigane habitat – accès aux soins et à la prévention et médiation pour un accompagnement de la prise en charge par un médecin traitant de droit commun et assurer sa pérennité.
- Sensibiliser et former les professionnels de la santé et du social sur les spécificités des gens du voyage.

Pour les victimes de violences conjugales/intrafamiliales : Le département se caractérise par un nombre important d'enfants potentiellement concernés par cette problématique et en nette augmentation ces dernières années. De plus, le département prend en charge des patients des départements limitrophes de la région. En 2022, 1 885 informations concernant des enfants en danger ou risque de danger supposé ont été recensées, soit une augmentation de 36.2 % entre 2017 et 2022. 540 signalements ont été effectués au Parquet des mineurs. De plus, le service de la Brigade des mineurs suit 1 200 dossiers dont la majorité concerne des violences sur enfants. Au regard des constats posés, l'accent devra être mis sur les axes suivants :

- Permettre l'ouverture et le fonctionnement de l'Unité d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger (UAPED) – ajustement des moyens
- Consolider la prise en charge des femmes de victimes de violences avec le suivi de la maison des femmes ouverte en 2022

Pour les personnes vieillissantes en situation de précarité du logement :

- Développer une offre d'accueil médico-sociale dédiée et adaptée sur les places d'EHPAD existantes ou à venir.
- Etudier avec la DIHAL la pertinence de créer des ACT Un chez soi d'abord pour les personnes vieillissantes à la rue.

Pour les détenues et sortant de prison.

L'Indre-et-Loire comporte une maison d'arrêt qui est doté d'une Unité de soins sanitaires. Par ailleurs, le CHU a mis en place l'Unité de consultation psychiatrique postpénale. Il s'agira de :

- Développer des lits d'ACT dédiés aux sortants de prison.
- Créer une offre d'accompagnement et d'hébergement des personnes ayant eu un parcours carcéral et dont la vie en collectivité est incompatible avec leurs troubles (ex: renforcement EMPPE pour ne pas multiplier les dispositifs).

➤ **Action 3.2 : Limiter les ruptures de prise en charge liées à l'absence d'évaluation et/ou de prise en charge en santé mentale des publics fragilisés :**

Publics concernés :

- Jeunes avec conduites à risque d'addiction.
- Personnes en situation d'insalubrité ou de péril dans des habitats collectifs tels que les jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, les adultes protégés ou les personnes âgées.

Cette action est à relier au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) notamment ses actions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins psychiatriques en CMP.

- Déploiement des formations aux premiers secours en santé mentale.
- Renforcement de l'Équipe Mobile Liaison Accompagnement.

➤ **Action 3.3 : Etudier la mise en place d'une coordination de situations complexes en lien avec les services de l'Etat, l'ARS, le Conseil départemental, le dispositif d'appui à la coordination (DAC) et le SIAO**

4. Les modalités de mise en œuvre et de suivi

Cette feuille de route définit les grandes priorités du département d'Indre-et-Loire en matière d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis pour la période 2023-2028. Elle a fait l'objet d'une consultation des acteurs institutionnels, des opérateurs et partenaires locaux.

Sa déclinaison opérationnelle en plan d'actions et le suivi de sa mise en œuvre tout au long des cinq années se fera dans le cadre d'un comité PRAPS 37 piloté par la Délégation Départementale de l'ARS en partenariat avec la Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités. Il réunira l'ensemble des acteurs du territoire. Ce comité se réunira au moins 3 fois par an.

Feuille de route PRAPS du Département du Loir-et-Cher – 2023-2028

Le Projet Régional de Santé de 3^{ème} génération qui couvre la période 2023/2028 est composé de plusieurs documents :

- Le Cadre d'orientation stratégique (COS) qui a vocation à porter une vision stratégique en matière de santé sur 10 ans et qui a été élaboré en 2018 ;
- Le Schéma régional de santé (SRS) qui définit les objectifs prioritaires en matière d'organisation de santé, sur 5 ans ;
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) qui favorise la coordination territoriale des politiques intersectorielles autour des inégalités de santé (logement, emploi, éducation, santé...) selon la logique de parcours sur 5 ans également. Le PRAPS décline plus spécifiquement les programmes transversaux et spécifiques prenant en compte les difficultés plus particulières des personnes les plus démunies.

La feuille de route départementale est la déclinaison de proximité du PRAPS et, à ce titre, elle définit les priorités territoriales, la détermination, la planification et le suivi des actions qui seront mise en œuvre dans le département du Loir-et-Cher.

1. Contexte territorial

12.6% de la population Loir-et-Chérienne vit sous le seuil de pauvreté en 2018. Les moins de 30 ans restent la classe d'âge où le taux de pauvreté est le plus élevé (21.3%). La part des personnes de plus de 60 ans sous le seuil de pauvreté a également fortement augmenté de 13.9% en 2016 à 15.7% en 2020. Le département connaît de fortes disparités territoriales dans les niveaux de revenu et la part de population rencontrant des difficultés économiques et sociales : la Communauté de communes (CC) Agglopolys et celle du Romorantinais Monestois (14.6% de taux de pauvreté) là où le taux de pauvreté de la CC du Grand Chambord s'établit autour de 7%.

Quelques chiffres :

- 13.9% des allocataires de la CAF perçoivent 100% de leurs revenus par des prestations sociales en 2020 ;
- 20 % des enfants mineurs vivent en famille monoparentales. Les familles monoparentales représentent 7.9% des ménages en 2019 avec une augmentation importante entre 2008 et 2019 (+ 16 %) ;
- 4.6% de la population Loir-et-Chérienne vit dans un quartier dit prioritaire de la ville (QPV). 60% des habitants du quartier prioritaire de la ville de Romorantin-Lantheany vivent sous le seuil de pauvreté.

2. Projet et dynamiques territoriales

La mise en œuvre des politiques santé-sociale implique une action concomitante de l'État, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale et des acteurs associatifs ainsi qu'un certain nombre d'acteurs locaux généralistes issus de champs connexes, car les situations, aux difficultés souvent multifactorielles, impliquent l'apport de réponses globales qui mobilisent des expertises et des dispositifs pluriels portés par ces différents acteurs : l'efficacité de ces interventions nécessite ainsi une approche décloisonnée. La déclinaison territoriale s'inscrit dans une logique de renfort des partenariats pluri-institutionnels installés dans une optique de parcours populationnel.

L'interconnaissance entre acteurs est essentielle comme rappelée dans l'objectif 1 du PRAPS. Aussi, il sera nécessaire de poursuivre les réunions d'information ainsi que de positionner des lieux d'échange permettant le décloisonnement des secteurs pour favoriser une approche globale de l'utilisateur (ex : réunion organisée en janvier 2023 auprès des directeurs des structures DDETSPP sur le protocole sanitaire et d'hygiène de la gale par la plateforme régionale de veille sanitaire de l'ARS CVL et sur le risque infectieux par le CLAT du Loir-et-Cher).

La connaissance des dispositifs existants ainsi que la complémentarité et mutualisation des compétences et des champs d'intervention, sont de nature à permettre un accompagnement à la fois global et de qualité.

3. Déclinaison des objectifs du PRAPS

Les orientations d'actions :

Auprès des gens du voyage

Sur le département du Loir-et-Cher, les gens du voyage vivent de façon plus ou moins sédentarisée. Un schéma départemental d'accueil des gens du voyage a été signé pour la période 2020-2026, il prévoit un axe fort sur la santé des voyageurs. Ce public est plus fréquemment concerné par une mortalité prématurée, notamment liée à des problématiques de santé : diabète, d'addictions, de maladies cardio-vasculaires mais également liée aux conditions de vie. Au regard des problématiques de ce public, l'accent sera mis sur plusieurs points:

- **Développer les actions d'aller vers et de promotion de la santé en lien avec les partenaires déjà identifiés des voyageurs**
 - Poursuivre ou créer des conventions de financement avec les opérateurs de prévention
 - Etablir la liste des coordonnées des professionnels et des structures mobilisables par les gens du voyage
 - Avec l'appui des gestionnaires des aires d'accueil, faire venir les professionnels de santé sur les aires pour établir un lien de confiance et inciter ensuite les voyageurs à se déplacer vers les structures de droit commun
- **Contribuer à l'urbanisme favorable à la santé**
 - Sensibiliser les collectivités territoriales à l'urbanisme favorable à la santé
 - Contribuer à l'amélioration des conditions de vie des aires d'accueil via par la dotation d'équipement des territoires ruraux (aspect qualitatif des aires)
- **Adapter les outils de prévention, de communication et les pratiques professionnelles**
 - Organiser une formation à destination des professionnels de la prévention santé, sur la spécificité de ce public, ses problématiques de santé et sur les bonnes pratiques à partager
 - Développer les outils en littératie permettant aux voyageurs de devenir acteurs de leur santé

Acteurs à mobiliser :

Préfecture	FRAPS
AIEI	Pays des Châteaux
APLEAT ACEP	Tsigane Habitat
Centre de vaccination	OPPELIA VRS 41
CEGIDD	Addictions France 41
Santé Escalier	CAF
Centre Régional des Dépistages des Cancers	Education Nationale

Auprès des migrants/réfugiés

Depuis 2020, le département connaît une augmentation significative du nombre de migrants sur le territoire ; principalement liée à l'accueil de personnes en provenance de pays d'Afrique Subsaharienne avec une proportion importante de femmes enceintes. Selon l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), en 2022, les demandes d'asile ont progressé de 27% par rapport à l'année précédente. Parmi les constats principaux relevés, il apparaît que les besoins de santé somatique et psychique des réfugiés et des migrants sont importants et grandissants. Au regard de ces aspects, l'accent sera mis sur plusieurs points :

- **Conforter et renforcer les PASS et l'EMPP dans leurs missions**
 - Accompagner les établissements de santé pour qu'ils répondent aux différents critères de l'instruction du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)
 - Organiser un comité de pilotage par PASS
 - Etudier l'offre complémentaire des PASS sur le département en fonction des besoins
 - Renforcer les capacités d'intervention de l'EMPP pour une plus grande réactivité et une intervention ciblée dans les structures AHI et dans le logement (en lien avec les bailleurs sociaux)
 - Développer l'offre en interprétariat en santé
- **Faciliter l'accès aux soins**
 - Impulser des initiatives innovantes en lien avec les CPTS, en s'appuyant sur les missions d'accès aux soins de la CPAM
 - Faciliter les démarches d'ouverture de droits
- **Modéliser et renforcer le parcours de santé des migrants**
 - Renforcer le rôle de la structure pivot dans le parcours de santé
 - Rédiger un protocole départemental de parcours de santé
- **Renforcer le parcours par une meilleure connaissance des professionnels dans la prise en compte des spécificités des personnes migrantes**
 - Poursuivre le déploiement des formations des acteurs de 1^{ère} ligne en addictologie, les formations sur l'interculturalité
 - Poursuivre les actions d'interconnaissance entre les professionnels du social et du médical/paramédical
 - Répondre aux besoins de formation en santé mentale
- **Développer les actions d'éducation à la santé, notamment d'éducation thérapeutique du patient compte – tenu des problématiques de santé majoritaires (addictions avec ou sans substances, psycho-traumatisme, diabète)**
 - Installer les LHSS mobiles sur le département,
 - Poursuivre les consultations avancées du CSAPA,
 - Impulser via les appels à projets de l'ARS CVL des projets d'éducation à la santé
 - Poursuivre le financement de la prévention médicalisée

Acteurs à mobiliser :

Osons Nous Soigner	PASS
Centres Hospitaliers	CPAM
Santé escale	Associations communautaires
ASLD	CPTS
DDETSPP	CLS
CLAT	France Terre D'Asile
Centre de vaccination	Conseil Départemental
CEGIDD	COALLIA
EMPP	

Après de la population carcérale

Le département du Loir-et-Cher compte un seul établissement pénitentiaire : la maison d'arrêt de Blois. Au 1^{er} janvier 2023, la maison d'arrêt recense 152 détenus pour 105 places, chiffre confortant une situation de surpopulation carcérale. Dans ce cadre, ce public s'avère important à accompagner particulièrement, tant au sein du système carcéral mais aussi hors de ce dernier. Ainsi sont prévus les axes suivants :

- **Développer les actions de prévention, de réduction des risques et de dépistage**
 - Développer des actions de sensibilisation sous forme d'ateliers collectifs
 - Développer les campagnes de dépistage en lien avec la CPAM
 - Développer le partenariat avec le CeGIDD sur la partie santé sexuelle
 - Renforcer l'Education Thérapeutique du Patient
 - Déployer la télémédecine
- **Renforcer et développer l'accompagnement individuel des usagers de produits psychoactifs licites ou illicites**
 - Renforcer l'action du CSAPA référent pénitentiaire
- **Renforcer la préparation des projets de soin à la sortie de détention**
 - Conforter et renforcer le CSAPA référent pénitentiaire
- **Décliner la feuille de route nationale 2023-2028 en articulation avec le parcours de santé mentale et addictions du PRS**
 - Proposer aux professionnels au contact des personnes à risque suicidaire une formation actualisée sur le repérage de la crise suicidaire
 - Consolider le parcours entre l'unité sanitaire de la maison d'arrêt et le service de psychiatrie des centres hospitaliers

Acteurs à mobiliser :

Maison d'arrêt	Centres Hospitaliers
Direction interrégionale des services pénitentiaires	CLAT
SPIP	Santé escale
OPPELIA VRS 41	FRAPS
Addictions France 41	Vies 37
	Cegidd

Auprès des populations vivant en Quartier Prioritaire de la Ville et des populations éloignées du système de santé

Au regard de la fragilité de certains territoires au sein du département, notamment les quartiers prioritaires de la ville et les zones en revitalisation rurale, une priorité doit être donnée sur certains territoires où il est plus difficile d'accéder à la prévention et aux soins, pour contribuer à résorber les inégalités sociales. Ainsi, il conviendra de s'attacher à :

- **Prioriser et soutenir les actions de prévention et d'aller -vers sur les territoires fragilisés et auprès des publics vulnérables et ou enclavés**
 - Identifier les territoires et les publics prioritaires
 - Recenser les ressources
 - Recenser les interventions déjà mises en place
 - Identifier les possibilités de mutualisation et de valorisation
 - Identifier les sources de financement mobilisables
 - Réfléchir à une offre "bus santé" intervenant dans les écarts (dépistage, prévention, information sur l'accès aux soins)
 - Communiquer sur les appels à projet de l'ARS CVL : 1000 jours, fonds de lutte contre les addictions, culture et santé...
- **Adapter et planifier des actions collectives thématiques, populationnelles et géographiques facilitant la littératie en santé**
 - Participer à la mise en œuvre de la politique vaccinale notamment via la promotion de la Semaine Européenne de la Vaccination
 - Développer les outils en littératie permettant à la population de devenir acteur de leur santé
 - Accompagner les Contrats Locaux de Santé à développer sur leur territoire des actions de prévention
- **Poursuivre et adapter le déploiement des dispositifs médico-sociaux au regard des besoins (LHSS, ACT...)**
 - Poursuivre le déploiement de places au regard des besoins
 - Renforcer l'interdisciplinarité des secteurs (addictologie, santé mentale)

Acteurs à mobiliser :

Préfecture	Centre de vaccination
Conseil Départemental	CEGIDD
CAF	OPPELIA VRS 41
CPAM	Addictions France 41
DDETSPP	Planning Familial
CPTS	CIDFF
USEP	Osons Nous Soigner
Education Nationale	ASLD
CRDC	FRAPS

Auprès des victimes de violences conjugales/intrafamiliales

Sur une année, près de 210 000 femmes sont victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles. Une femme meurt en moyenne tous les trois jours sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint. Les violences faites aux femmes constituent une priorité des politiques publiques, avec en particulier un Grenelle des violences conjugales en 2019 qui a abouti à de nombreuses mesures visant à mieux prévenir ces violences et à accompagner les victimes. Au regard des constats posés au niveau national et partagés localement, il sera important de :

- **Consolider la prise en charge sanitaire, psychologique, sociale des femmes victimes de violences**
 - Installer le dispositif de prise en charge des femmes victimes de violence
 - Suivre la mise en place de l'Unité Médico-Judiciaire sur la partie psychologique
- **Consolider le dispositif Unité d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger (UAPED) afin de recueillir dans de bonnes conditions la parole de l'enfant**

Acteurs à mobiliser :

Centres Hospitaliers	ASLD
Conseil départemental	Planning Familial
Préfecture	CIDFF
DDETSPP	CPTS

Auprès des jeunes en situation de rupture

Entre 15 et 29 ans, la plupart des jeunes quittent le système scolaire pour entrer dans la vie active. Cette période peut s'avérer délicate pour les jeunes qui cumulent les difficultés : environnement familial peu favorable, décrochage scolaire, absence de diplôme ou faible niveau de diplôme, insertion difficile sur le marché du travail. Depuis 2012, la proportion de jeunes ni en emploi ni en formation a augmenté plus rapidement dans la région Centre-Val de Loire et le chômage des jeunes y a moins reculé ainsi l'accent sera mis sur la nécessité de :

- **Développer l'accès à la prévention et à la santé**
 - Contribuer en lien avec la DDETSPP à la mise en œuvre territoriale du volet jeunes en rupture du contrat d'engagement jeune, et permettre le déploiement des projets en lien avec la santé
 - Répondre aux besoins de formation en santé mentale et en addictologie des travailleurs sociaux intervenant auprès de ce public
 - Communiquer sur l'offre de proximité existante en matière d'offre de soins et de prévention de droit commun auprès des missions locales

- **Acteurs à mobiliser :**

DDETSPP

Mission locale

Bureau d'Information Jeunesse

Addictions France 41

UNAFAM

OPPELIA VRS 41

Ligue de l'enseignement

ACESM

Axe transversal

- Favoriser la prise en compte des besoins et attentes des usagers vulnérables via les instances de démocratie sanitaire.
- Poursuivre et/ou consolider les partenariats pluri-institutionnels pour éviter les stratégies et interventions cloisonnées.
- Faciliter la connaissance des dispositifs existants et renforcer la complémentarité et la mutualisation des compétences et des champs d'intervention via l'interconnaissance des opérateurs de territoire pour une approche globale.

4. Modalités de mise en œuvre

La délégation départementale ARS du Loir-et-Cher s'appuiera sur les comités techniques et politiques existants (CTS, comité départemental du parcours de santé des migrants, comité du schéma départemental des gens du voyage ...) ou en organisera en fonction des besoins repérés afin de permettre un pilotage fin de la déclinaison territoriale du PRAPS tout au long de sa durée. Elle favorisera un suivi précis du déploiement départemental des différentes orientations du PRAPS.

Feuille de route PRAPS du Département du Loiret – 2023-2028

Le Projet régional de santé de 3^{ème} génération qui couvre la période 2023/2028 est composé de plusieurs documents :

- Le Cadre d'orientation stratégique (COS) qui a vocation à porter une vision stratégique en matière de santé sur 10 ans et qui a été élaboré en 2018 ;
- Le Schéma régional de santé (SRS) qui définit les objectifs prioritaires en matière d'organisation de santé, sur 5 ans ;
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) qui favorise la coordination territoriale des politiques intersectorielles autour des inégalités de santé (logement, emploi, éducation, santé...) selon la logique de parcours sur 5 ans également. Le PRAPS décline plus spécifiquement les programmes transversaux et spécifiques prenant en compte les difficultés plus particulières des personnes les plus démunies.

La feuille de route départementale est la déclinaison de proximité du PRAPS et, à ce titre, elle définit les priorités territoriales, la détermination, la planification et le suivi des actions qui seront mise en œuvre dans le département du Loiret.

1. Contexte territorial

La population du Loiret se concentre essentiellement autour de deux grands pôles urbains, celui d'Orléans et de Montargis, ainsi que sur l'axe ligérien allant de Beaugency à Briare. Le département comptabilise 680 434 habitants (données INSEE 2019) et présente un taux d'accroissement de la population positif (+0.37 entre 2013 et 2019). Le nombre de jeunes de moins de 20 ans (25.2 %) a augmenté de 1.9 % dans le Loiret depuis 2013, ce qui en fait un département comparativement plus jeune que d'autres départements de la région Centre-Val de Loire (CVL).

Le taux de pauvreté est de 13.3 % et est similaire au taux régional (13 %). Il est important de souligner que 32 % des habitants des quartiers politique de la ville (QPV) de la région CVL vivent dans le Loiret, qui compte 19 QPV et représentent ainsi 7,2 % de la population départementale.

Dix QPV sont localisés à Orléans Métropole (le quartier de « La Source » est le plus peuplé, du département comme de la région, avec 11 300 habitants), quatre au sein de la Communauté d'Agglomération Montargoise et Rives du Loing, deux dans les communautés de communes Giennoises et du Pithiverais et un dans la Communauté de Communes du Val de Sully.

Parmi les autres caractéristiques à noter, le département présente la plus forte progression de familles monoparentales de la région (24 %) avec une progression significative entre 2013 et 2019 (+ 12,9 %). De plus, il se caractérise par un nombre de bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) plus élevé qu'au niveau régional (11,4% pour le Loiret et 10,2 au niveau régional).

Territoires à risques du Loiret

La métropole d'Orléans concentre environ 42% de la population départementale et la majorité des ménages en situation de pauvreté. Le nord du Loiret, notamment Pithiviers et Montargis s'avère davantage confronté à la pauvreté.

Le taux de pauvreté peut dépasser 50 % dans les QPV de Gien. La pauvreté financière est présente dans les grandes aires urbaines et dans les territoires isolés tels que l'est du département. Globalement, dans l'Est du

département la part des familles monoparentales, de personnes isolées, et de familles allocataires vivant sous le seuil de bas revenus est plus élevé qu'à l'Ouest.

Plus précisément, les territoires affichant le plus grand nombre de fragilités sont : la communauté des communes (CC) Giennes, la CC du canton de Briare, la CC du canton de Chatillon-sur-Loire, la CC de Chatillon sur Coligny, la CC du Sullias, Montargis, Chalette-sur-Loing, Villemandeur, Amilly et la CC « le coeur du Pithiverais ».

2. Projet et dynamiques territoriales

Le PRAPS s'appuie sur un partenariat entre acteurs institutionnels, associatifs, collectivités territoriales, professionnels du champ sanitaire, social, médico-social, mutualistes et usagers. La transversalité et l'articulation des politiques publiques différentes mais néanmoins complémentaires sont socles de ce programme.

Aussi, il est important de rappeler ces différentes politiques publiques, déclinées dans le département du Loiret, au bénéfice des populations les plus démunies qui permettent une mise en œuvre efficace du PRAPS telles que : la stratégie de lutte contre la pauvreté ; la politique du logement et de l'hébergement, le schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs protégés, la politique de la ville, le schéma régional des demandeurs d'asile et des réfugiés, les actions de l'assurance maladie, les actions de la CARSAT, des Conseils Départementaux, des centres communaux d'action sociale...

Le département du Loiret présente une diversité d'acteurs : acteurs associatifs, centre de vaccination, CLAT, CeGIDD, plusieurs PASS, structures médico-sociales.

Concernant les structures médico-sociales plus particulièrement confrontées à ces publics précaires, l'offre se caractérise dans le département par :

- 45 places d'ACT (27 à Orléans dont 7 sortant de prison + 18 à Montargis dont 8 HLM)
- 19 places de CSAPA à Orléans
- 22 places de LHSS (12 à Orléans et 10 à Montargis)
- 12 LAM à Orléans

3. Déclinaison des objectifs du PRAPS

La feuille de route départementale du Loiret du PRAPS s'attachera à faciliter l'accès au système de santé et à la prévention aux différents dispositifs de droit commun qui le compose afin d'inscrire les plus démunis dans un parcours de santé le plus optimisé possible en réduisant les inégalités d'accès aux soins dans le département.

Le plan d'action reprendra ainsi les objectifs généraux du PRAPS et s'attachera plus particulièrement à mettre en œuvre ce qui suit :

- ⇒ Se coordonner avec les différents services de l'État dans le département du Loiret pour déployer une politique de l'aller-vers. Renforcement de la cohérence entre les différents plans et stratégie de l'État en ayant une approche coordonnée : prise en compte des aspects santé dans le Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD), aspect santé de l'accompagnement global et individualisé des réfugiés par la politique du logement et de l'hébergement. Une vigilance sera plus particulièrement portée sur la nécessité de mailler le territoire en couvrant notamment les zones les plus fragiles.

- ⇒ Rendre l'offre accessible aux personnes en situation de précarité, en lien avec les opérateurs chargés de l'accompagnement social (qui travaillent sur le logement, l'ouverture des droits...), pour une prise en charge globale et complémentaire.
- ⇒ Développer un partenariat avec les acteurs de l'emploi : Comités de développement de l'emploi et particulièrement ceux des territoires ruraux, missions locales, Pôle emploi... afin de lever les freins liés à la santé pour un parcours vers l'emploi notamment grâce à la mise en relation.
- ⇒ Développer et faire connaître les formations mixtes ou un réseau local des acteurs des différentes professions et différents secteurs intervenant auprès des publics précaires (déploiement formations premiers secours en santé mentale (PSSM) / interconnaissance de professionnels du social et du médical/repérages précoces).
- ⇒ Adapter l'offre de prévention et planifier au niveau des territoires des actions collectives thématiques, populationnelles et géographiques en faveur des personnes en situation de précarité :
 - Prioriser et soutenir les actions de prévention et d'aller-vers à destination des publics vulnérables. Soutenir des opérateurs de prévention dans l'accompagnement de leurs projets,
 - Soutenir des actions de prévention dans les structures accueillant des publics en situation de précarité (ex. santé environnement : lutte contre les nuisibles dans les structures d'hébergement et impact sur la santé, qualité de l'air : aération des appartement/ maladies respiratoires ...),
 - Promouvoir la prévention médicalisée à destination des personnes en situation de précarité, renforcer les interventions du CEGIDD, centre de vaccination et du CLAT,
 - Et pour la prévention non médicalisée, mieux faire connaître les action d'Éducation et promotion de la santé en direction des plus fragiles et des plus jeunes (prévention des addictions, contractualisation Taquet, Programme national nutrition santé (PNNS), 1000 premiers jours, maisons sport santé, etc.).
- ⇒ Adapter les campagnes existantes (cancer, vaccination, santé sexuelle...) et les élargir à d'autres thématiques comme la santé mentale en promouvant les formations PSSM.
- ⇒ Soutenir, diversifier et conforter l'offre médico-sociale existante pour les populations spécifiques : LAM, LHSS, ACT, ESSIP, EMPP.
- ⇒ Acter et préparer les conditions de l'ouverture des ACT « Un chez soi d'abord » en 2024 dans le département du Loiret, en lien avec la DDETS et les opérateurs du territoire. Ce dispositif propose un accès direct dans le logement comme préalable à l'accès aux droits, à des soins efficaces et à une insertion sociale et citoyenne. Il offre aussi un accompagnement global et pluridisciplinaire au domicile pour des personnes avec des troubles psychiatriques sévères (schizophrénie) et/ou ayant des addictions actives.

Conforter et renforcer les PASS des établissements de santé et leurs missions et sécuriser leurs financements. 4 PASS existent dans le Département (Orléans, Gien, Pithiviers et Montargis). Au regard des constats établis (file active en augmentation constante depuis 2018, manque de temps médical, attente d'une coordination régionale...) plusieurs préconisations se dégagent :

- Mettre en place un COPIL départemental et réactivation de la coordination régionale,
- Inciter l'élaboration de conventions de partenariats entre les PASS et les acteurs du territoire,

- Réajuster les financements des PASS au regard des besoins réels par territoire avec la nécessité de valoriser un temps infirmier sur chacune des PASS et renforcer les temps médicaux et paramédicaux en fonction des files actives.

De plus, cette feuille de route territoriale s'attachera à **prévenir les situations de rupture de publics spécifiques suivants** :

➤ **Gens du voyage**

Un schéma départemental d'accueil des gens du voyage pour la période 2023-2029 est en cours de formalisation et est piloté par la préfecture (DDT) et le Conseil Départemental. Il prévoit un axe fort sur la santé afin d'améliorer les conditions de vie, l'accès aux soins et l'accès à la prévention.

Une mortalité prématurée est constatée liée aux pathologies suivantes : maladies chroniques, addictions, maladies cardio-vasculaires liées notamment aux conditions de vie. De plus, il est à noter des comportements défavorables à la santé liés aux représentations culturelles. L'accès aux soins est assuré mais avec un recours au « zapping médical » et des recours non fondés aux services des urgences.

Par ailleurs, le département du Loiret accueille 1 à 2 fois par an un rassemblement de grande ampleur à Nevoy près de Gien. Un groupe santé est à ce titre mis en place et rassemble notamment l'ARS, la Préfecture, le CH de Gien, l'association vie et Lumière ainsi que les acteurs en santé du territoire afin de mobiliser du personnel soignant pour proposer une antenne médicale.

Objectifs

- ⇒ Développer les actions d'aller-vers et de promotion de la santé en lien avec les partenaires déjà identifiés des voyageurs. La nécessité de travailler avec des associations communautaires identifiées qui interviennent en relais auprès du public est plus qu'essentielle en plus de poursuivre ou initier des conventionnements avec des opérateurs en prévention,
- ⇒ Développer le lien indispensable avec les structures de prévention médicalisée (Centres de Vaccination, CLAT et CeGIDD) chez lesquelles les gens du voyage font partis du public dit « cible »,
- ⇒ Former les professionnels du social et de la santé sur les spécificités des gens du voyage et lister les professionnels mobilisables,
- ⇒ Développer les outils en littératie pour permettre aux voyageurs de devenir acteurs de leur santé,
- ⇒ Proposer le financement de temps infirmier afin de faire de l'aller-vers (bus itinérant) sur la base de l'évaluation de l'expérimentation mise en place dans l'Indre-et-Loire. Ce projet devra être co-construit (DDT-ARS-DDETS)

➤ **Réfugiés/ public migrant**

Le département connaît une augmentation significative du nombre de migrants et réfugiés avec des besoins grandissant de prises en charge (santé physique et mentale) aussi bien dans les institutions que dans les associations qui les accompagnent.

Objectifs

Impulser la mise en place du parcours de soin des migrants (en lien avec l'instruction ministérielle du 6 juin 2018 de 2018) / Etablir un protocole dans le cadre des arrivées liées à la solidarité nationale (arrivées groupées de personnes...)

- ⇒ Formaliser officiellement la nomination du CEGIDD/Centre de vaccination comme structure pivot

pour la coordination de ce dispositif. La structure pivot sera chargée de développer une politique d'aller-vers, d'accompagnement social, psychosocial et d'orientation vers les dispositifs de territoire à destination. L'objectif est d'inscrire les personnes dans une logique de parcours. La structure pivot permettra d'accompagner les personnes dans l'ouverture de leurs droits, d'initier le rendez-vous santé prévu par l'instruction ministérielle du 6 juin 2018 puis d'orienter le patient vers la médecine de ville ou des structures adaptées pour la suite de sa prise en charge médicale. Elle coordonne l'intervention concertée des professionnels de santé pour la réalisation de ce rendez-vous santé et doit pouvoir orienter la personne, pour des besoins spécifiques, vers d'autres professionnels de santé.

- ⇒ Accompagner, favoriser la mobilité vers le soin, développer les actions d'aller-vers (ex : bus itinérants), faciliter les prises en charge en s'appuyant sur les initiatives mises en places par les CPTS/ la CPAM.
- ⇒ Accompagner la progression des demandes d'interprétariat.

➤ **Population vivant en Quartiers prioritaire Politique de la ville(QPV)**

Une priorité doit être donnée aux 5 territoires dans lesquels la population peine à accéder au soin ou à la prévention.

Objectifs

- ⇒ Soutenir des actions pilotées par la politique de la ville (appui de l'Agence nationale de la cohésion des territoires) en lien avec les services de la Préfecture et les chefferies de projets de 5 contrats de ville du Loiret, et dispositifs (cité éducative notamment sur le développement des compétences psychosociales).
- ⇒ Assurer une complémentarité des financements afin de mailler les territoires QPV.
- ⇒ Maillage contrat de ville/CLS/ Education nationale pour orienter les opérateurs vers les territoires fragilisés, en fonction des besoins (addictions, nutrition, vaccination, dépistage, accès aux soins ...).
- ⇒ Relayer les appels à projet de l'ARS, les journées prévention/promotion de la santé (ex. les semaines européennes vaccination).
- ⇒ Développer les outils de littératie en santé aux publics cibles.

➤ **Les détenus et sortants de prison**

Le centre pénitentiaire d'Orléans-Saran, d'une capacité de 773 places, comporte un quartier d'hébergement centre de détention pour hommes (217 places), deux quartiers maison d'arrêt pour hommes (448 places), un quartier maison d'arrêt pour femmes (30 places) et un quartier de semi-liberté (60 places). Outre les espaces de détention, l'établissement abrite une unité sanitaire psychiatrique de 18 places. Ce public nécessite un accompagnement aussi bien en milieu carcéral qu'en sortie de détention.

Objectifs

- ⇒ Proposer un suivi des acteurs en prévention auprès des détenus et sortants de prison avec les acteurs impliqués,
- ⇒ Renforcer les interventions des CSAPA,
- ⇒ Développer les actions de prévention, les dépistages, la vaccination, l'éducation thérapeutique du patient,
- ⇒ Accompagner les sorties de prison.

4. Modalités de mise en œuvre

- Formaliser et consolider les partenariats pluri-institutionnels pour éviter les stratégies et interventions cloisonnées.
- Faciliter la connaissance des dispositifs existants et renforcer la complémentarité et la mutualisation des compétences et des champs d'intervention.

La concertation se fera soit à travers les gestions de projet existantes (comme pour le plan des gens du voyage départemental), soit en initiant des groupes de travail permettant de piloter le réseau des acteurs soit par portage de certains acteurs.

Les leviers suivants seront nécessaires à la mise en œuvre (*Liste non exhaustive*) :

- ⇒ Des crédits (FIR/ONDAM/autres financements) pour soutenir les actions proposées dans la présente feuille de route départementale
- ⇒ Mobilisation des acteurs permettant de répondre aux objectifs en mode multi partenariale :
 - Services de l'Etat : Préfecture, DDETS, DDT, Education Nationale
 - Collectivités territoriales : Conseil Départemental, Conseil Régional
 - CPAM/Centre d'examen de Santé
 - Etablissements de santé, CEGIDD, CLAT, Centre de Vaccination, CPOS
 - Associations acteurs en prévention promotion de la santé, FRAPS
 - Associations intervenant auprès de publics précaires/démunis/à difficultés spécifiques
 - CAFCLS/CPTS

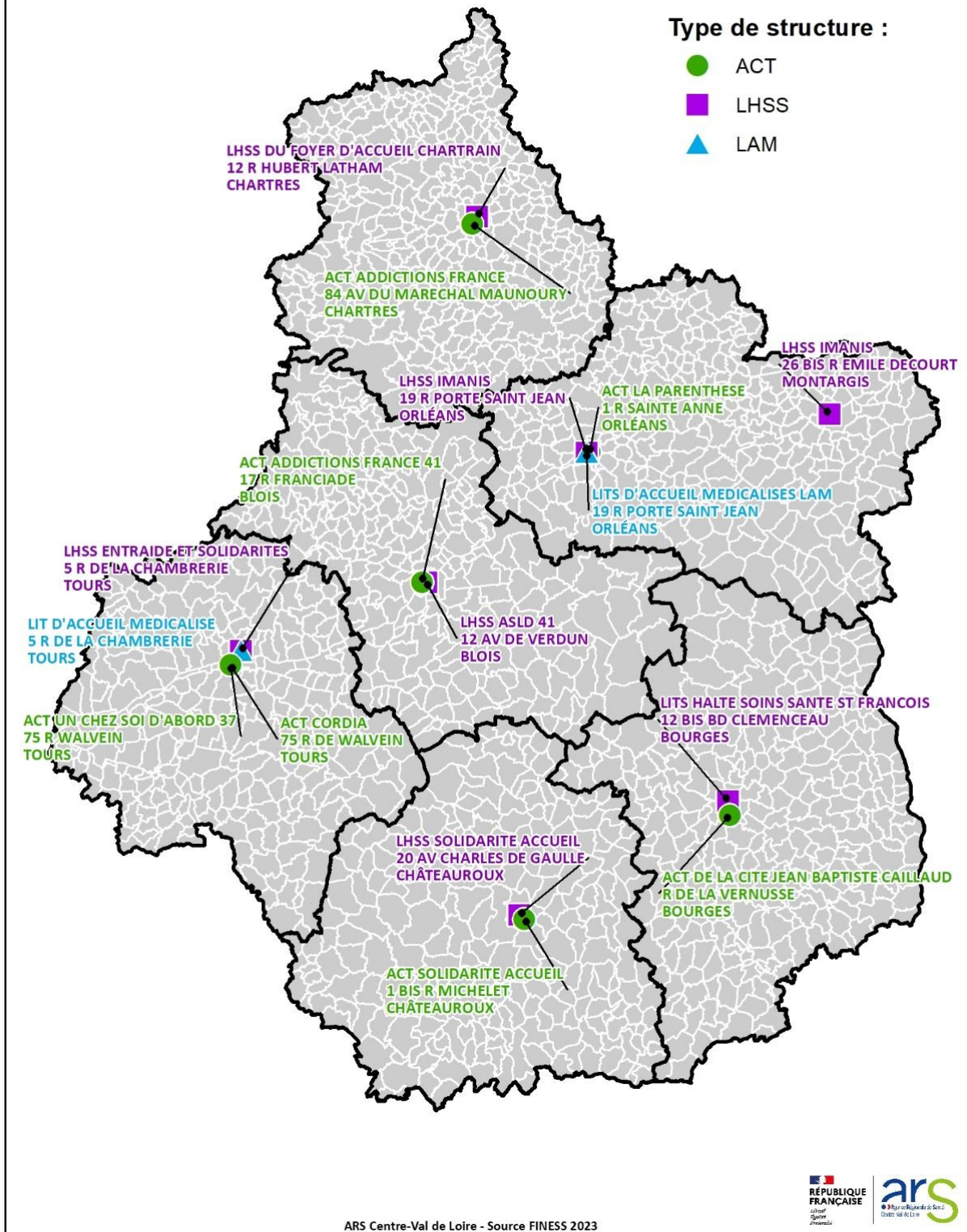
ANNEXE 2 : Composition de l'Instance régionale de réduction des inégalités de sante (IRRIS)

Institution / Structure	Nom Prénom	Fonction
ARS	Dr Olivier OBRECHT Aurélie THOUET Myriam RAUX Mme Christine LAVOGIEZ Mme Naïma MOUSALLI	Directeur Général Adjoint Directrice SPE par intérim Responsable département prévention DD 36 DD 18
Commissariat à la lutte contre la pauvreté	Mr Jean-Yves DOUCHEZ	Commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès de Madame la Préfète de Région
Rectrice de la région académique Centre Val de Loire	Mme Katia BEGUIN	
DREETS	Mr Didier AUBINEAU	Directeur Délégué Adjoint
DREAL (direction régionale de l'environnement, de l'aménagement, et du logement)	Mme Maud GOBLET	Chef du Département Impacts Santé Déchets
Dir interrég de la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse)	Mme Sémiramis VERONIQUE	DTPJJ Orléans
Droit des femmes	Mme Nadia BENS RHAYAR	Directrice régionale droits des femmes
Conseil régional	Mme Anne LECLERCQ / Mme Sylvie DUBOIS	Vice-Présidente déléguée à la santé et à la prévention
Conseil départemental du Cher	Mme Marie-Claude AUBERTIN	Directrice générale adjointe Prévention Autonomie et Vie sociale
représentants de communes	Mr Bruno DUPRE	Maire de Ville aux clercs (41)
Carsat (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail)	Mme Pascale RETHORE	
CPAM du Cher	Mme Patricia SENESON	Manager de la Branche Régulation Direction Générale
Direction interrégionale des services pénitentiaires de Dijon	Mme Marianne PIMET / Mme Sandra CADOT	
France Assos santé Centre Val de Loire	Mme Danièle DESCLERC DULAC	Présidente
URIOPSS (Union régionale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux)	Mme Dominique LORENZI-BRY / Mme Sophie VACHER	Présidente conseillère technique
Représentant de CLS	Mme Anne Laure HIRN	Animatrice du réseau régional des coordinateurs des CLS
Foyer Accueil Chartrain	Mme Catherine GAGELIN	Directrice adjointe
Centre hospitalier de Blois		
ARC MSA	Mr Jacques BIET	Directeur Délégué
ORS du Centre	Mme Céline LECLERC	Directrice

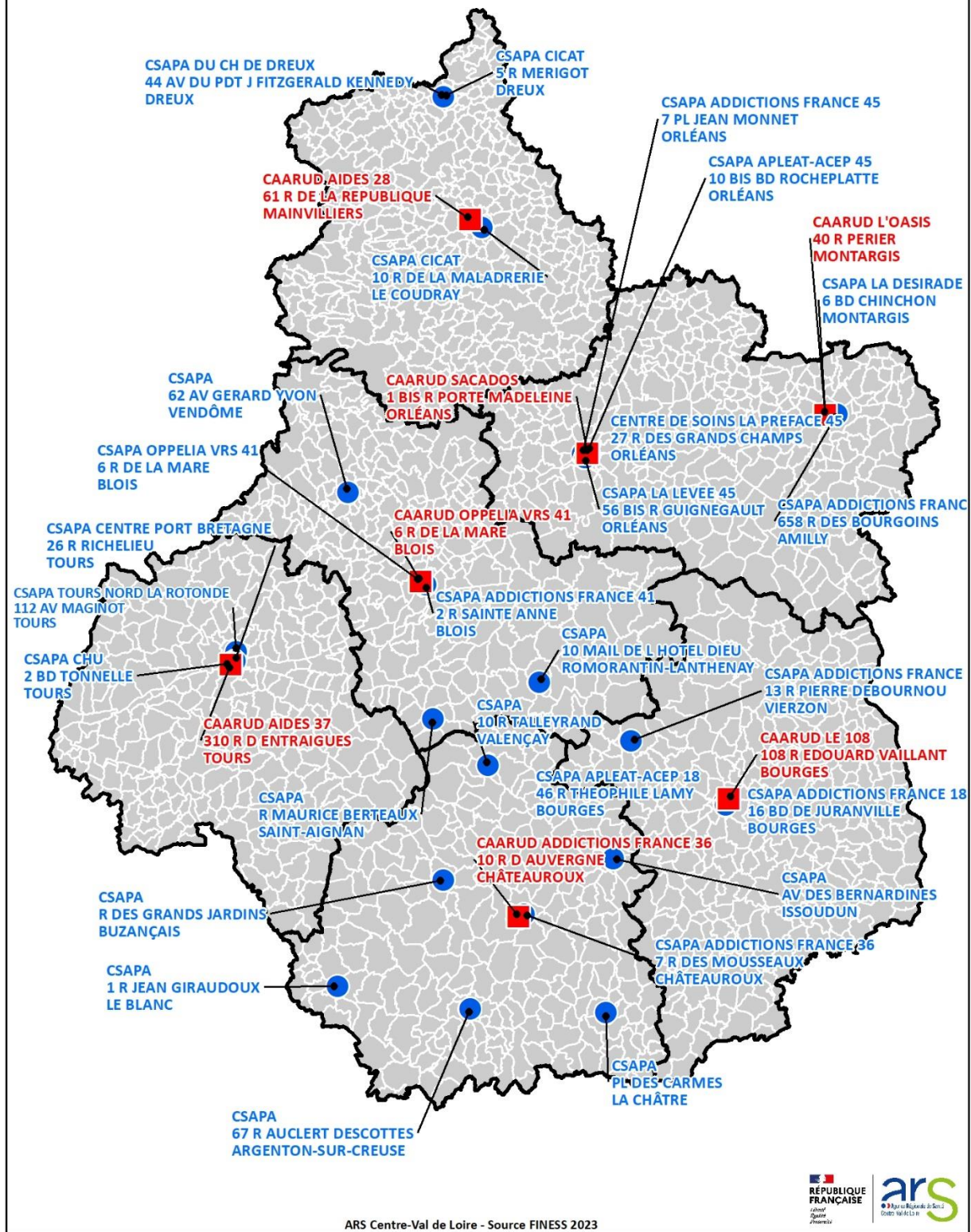
UC-Institut inter Régional pour la Santé (IRSA)	Dr Angela RUIZ	Médecin adjoint au directeur
CHU Tours - PASS Régionale	Mme Carole FERNANDEZ / Dr Zoha MAAKAROUN-VERMESSE	Cadre supérieur socio-éducatif direction de la qualité, de la patientèle et des politiques sociales
EMPP Châteauroux	Mr Vincent CHANDON	Psychologue
Association solidarité accueil	Mme Sylvie BERTAULT	
Mission locale 28/Réseau santé social	Mr Ludovic SARRAZIN	
Conférence des Présidents de CTS de la région CVDL	Dr Hervé MIGNOT	Président du conseil territorial de Santé de l'Indre, représentant de la conférence des présidents de CTS de la région
URPS - Coordination régionale des CPTS	Mme Charlotte DE FONTGALLAND	Chargée d'études, URPS Médecins libéraux du Centre
Fédération des acteurs de la solidarité	Mme Séverine DEMOUSTIER	Directrice Régionale
Conseil régional des personnes accompagnées et accueillies (CRPA)	Mme Sylvie FOUCHE	Personne concernée
IREPS / FRAPS	Mme Fabienne ATAKPA	
UC-IRSA 36 (structure pivot parcours de santé migrants)	Dr Christophe DELESALLE	
Bailleur Social	En attente désignation DREETS	
Représentant de « jeunes » issu du conseil d'orientation pour la jeunesse, piloté par le conseil régional	En attente désignation DREETS	
Fédération Santé Habitat	Bérangère GRISONI	Nouveau membre à venir
Fédération Addiction	Stéphane VIEL	Nouveau membre à venir

ANNEXE 3 : Cartographie (LHSS, LAM, ACT, CSAPA, CAARUD, PASS, EMPP)

Lits halte soins santé LHSS), Lits d'accueil médicalisés (LAM)
et Appartements de coordination thérapeutique (ACT) en région Centre-Val de Loire



**Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et
Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)
en région Centre-Val de Loire**

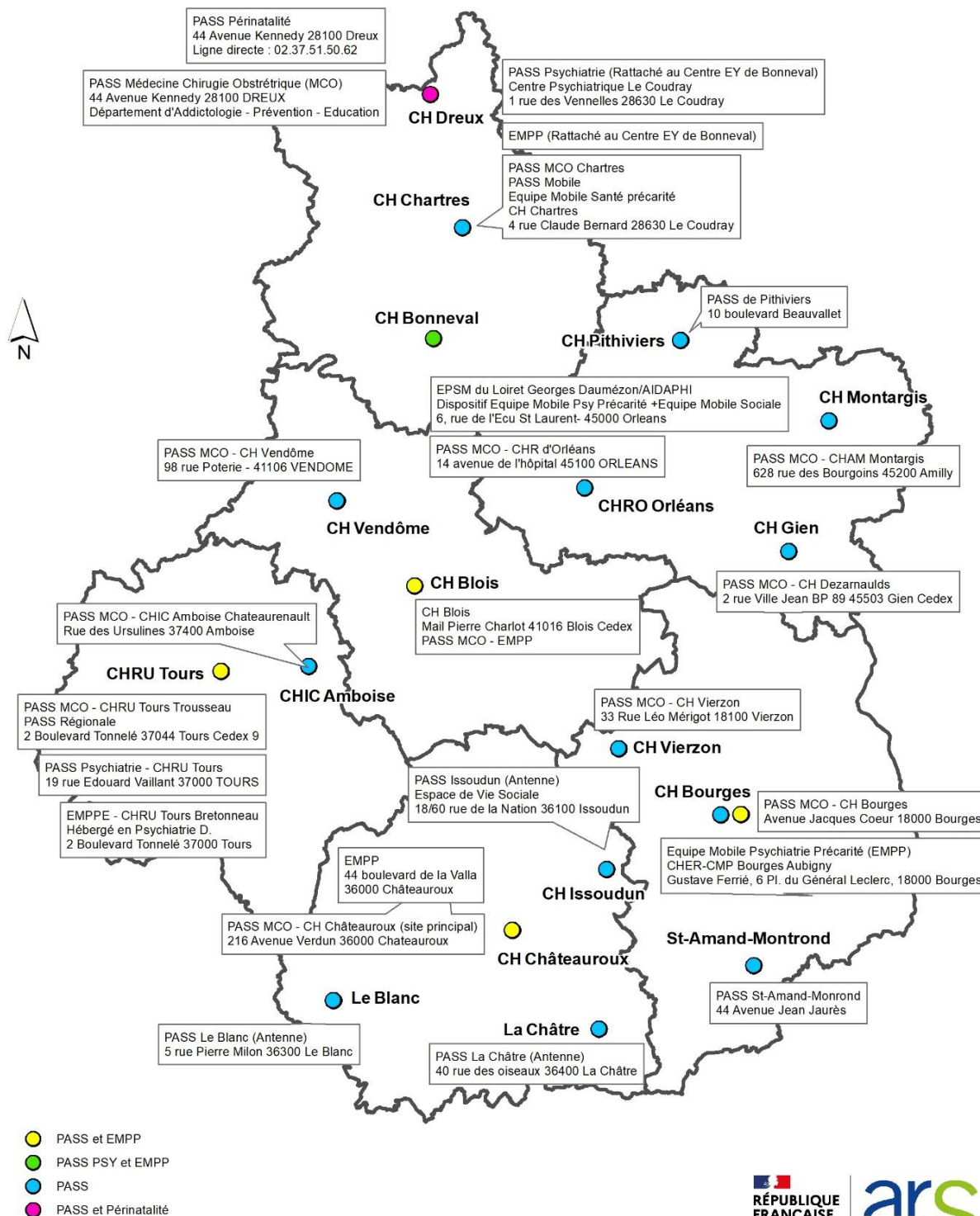


ARS Centre-Val de Loire - Source FINESS 2023



PASS et EMPP en Région Centre-Val de Loire

Permanence d'Accès aux Soins de Santé et Equipe Mobile Psychiatrie Précarité



Source et réalisation : ARS Centre-Val de Loire - Mise à jour : Mai 2023



GLOSSAIRE

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ALD	Affection de longue durée
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAF	Caisse d'Allocations
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CEGIDD	Centre gratuit d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.
CIDFF	Centres d'information sur les Droits des Femmes et des familles
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie.
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CVL	(Région) Centre-Val de Loire
DREETS	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EMSP	Equipe mobile santé précarité
ERERC	Espace de réflexion éthique région Centre-Val de Loire
ES	Etablissement de santé
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRRIS	Instance régionale de réduction des inégalités de santé
ISS	Inégalités sociales de santé
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
LHSS	Lits halte soins santé
MDS	Maison départementale des solidarités

OSAT	Office de soins alternatifs transitoire :
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et au soins
PRS	Projet régional de santé
QPV	Quartiers Prioritaires de la Ville
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
RSA	Revenu de solidarité active
SOLIGUIDE	Plateforme en ligne qui référence les lieux et services utiles et accessibles aux personnes en difficulté ⁷ .
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SPPSMJ	Santé des personnes placées sous-main de justice
SRCV	Statistiques sur les ressources et conditions de vie
UC-IRSA	Union de Caisses - Institut inter Régional pour la Santé

⁷ Disponible à l'adresse : <https://soliguide.fr>

Agence régionale de santé Centre-Val de Loire ,
Cité administrative Coligny
131 rue du Faubourg Banner –
BP 74409 45044 Orléans Cedex 1
02 38 77 32 32
ars-centre-contact@ars.sante.fr
www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr

Schéma régional de santé 2023-2028





Précision méthodologique - Statut du document

Dans le cadre de l'élaboration du futur Projet régional de santé (PRS), le Schéma régional de santé (SRS) et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) sont soumis à consultation réglementaire pour une durée de 3 mois à compter du 23 mai 2023, avant sa publication officielle.

Cette version du SRS prend en compte des propositions issues de la phase de concertation avec les partenaires ainsi que des orientations nationales récentes.

La structure du document a également été harmonisée et allégée dans le but de publier un document plus accessible, dans le respect du contenu de fond.

La consultation réglementaire va permettre de recueillir les avis requis de la CRSA, des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, de la Préfète de région, des collectivités territoriales et du Conseil de surveillance de l'ARS (Cf. art. R1434-1 du code de la santé publique).

Les avis sont à transmettre :

- soit par mail à l'adresse : ars-cvl-PRS3@ars.sante.fr

- soit par voie postale à :

Secrétariat de la Direction de la stratégie
Département pilotage et innovation
131 rue du Faubourg Bannier
45000 Orléans.

Suite à la consultation réglementaire, le PRS 3 sera publié par l'ARS au plus tard d'ici le 1^{er} novembre 2023. La version publiée sera maquetée, avec un visuel officiel la distinguant des précédentes.



SOMMAIRE

Sommaire.....	4
Introduction.....	8
Diagnostic	10
Ambition et Orientations structurantes du SRS 3	11
Agir sur la santé et les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé par la mobilisation de tous les acteurs en charge des politiques publiques	11
Poursuivre la transformation de l'offre de santé et d'accompagnements médico-sociaux pour construire des parcours coordonnés et pluri-professionnels répondant aux besoins	12
Renforcer le rôle de la démocratie en santé dans la mise en œuvre des politiques de santé	13
Axe : Accès à la santé	14
Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé	16
Objectif opérationnel n°1 : Développer une culture commune en prévention et promotion de la santé afin d'en favoriser le développement sur les territoires au profit des usagers	17
Objectif opérationnel n°2 : Favoriser une équité d'accès à la prévention	19
Objectif opérationnel n°3 : Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation thérapeutique de proximité, graduée et coordonnée par des professionnels formés.....	23
Chapitre 2 : Des environnements favorables à la santé à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux	26
Objectif opérationnel n°4 : Accompagner les établissements dans leur transition énergétique et la prise en compte des déterminants environnementaux.....	26
Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé	29
Objectif opérationnel n°5 : Former plus et mieux sur l'ensemble des six départements.....	30
Objectif opérationnel n°6 : Fidéliser les soignants en exercice et valoriser l'attractivité du territoire pour augmenter les installations en région.....	35
Objectif opérationnel n°7 : Accompagner l'évolution des pratiques.....	39
Chapitre 4 : Soins urgents et non programmés	41
Objectif opérationnel n°8 : Assurer la réponse aux demandes de soins urgents et non programmés	41
Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale.....	46
Objectif opérationnel n°9 : Organiser un panier de soins de proximité à l'échelle de la CPTS.....	46
Objectif opérationnel n°10 : Proposer et développer les options autres que l'hospitalisation complète et promouvoir l'admission directe	50
Chapitre 6 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours Personnes Âgées.....	53
Objectif opérationnel n°11 : Éviter l'hospitalisation de la personne âgée.....	53
Objectif opérationnel n°12 : Mieux organiser l'hospitalisation de la personne âgée lorsque celle-ci est inévitable	55
Chapitre 7 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours Personnes en situation de Handicap.....	57
Objectif opérationnel n°13 : Développer des réponses graduées en fonction des difficultés d'accès aux soins	57
Objectif opérationnel n°14 : Favoriser la coordination territoriale autour des besoins de soins des personnes en situation de handicap.....	60
Objectif opérationnel n°15 : Assurer la poursuite du déploiement et du positionnement de l'offre en soins palliatifs afin de répondre aux besoins de la population de la région Centre Val de Loire	62
Chapitre 8 : Offre de soins de référence et de recours.....	65
Objectif opérationnel n°16 : Préserver et développer l'offre de référence et de recours	65



Chapitre 9 : E-santé.....	68
Objectif opérationnel n°17 : Renforcer et généraliser les outils déjà existants en région	68
Objectif opérationnel n°18 : Améliorer l'accès territorial aux soins via la télésanté	71
Objectif opérationnel n°19 : Améliorer la coordination des professionnels de santé et l'orientation des usagers tout en simplifiant les tâches administratives	75
Objectif opérationnel n°20 : Accélérer les usages et soutenir l'innovation.....	78
Objectif opérationnel n°21 : Impliquer les usagers dans le tournant du numérique.....	80
Chapitre 10 : Innovation organisationnelle en santé et autonomie.....	83
Objectif opérationnel n°22 : Soutenir les projets d'innovation organisationnelle en santé et autonomie	83
Chapitre 11 : Aidants.....	87
Objectif opérationnel n°23 : Poursuivre l'appui aux aidants familiaux.....	87
Axe : Qualité, pertinence et résilience.....	90
Chapitre 12 : Qualité et sécurité du système de santé	92
Objectif opérationnel n°24 : Promouvoir un pilotage du système de santé par la qualité au profit d'une meilleure prise en charge des usagers dans un parcours sécurisé et de qualité	92
Chapitre 13 : Pertinence du recours au système de santé.....	97
Objectif opérationnel n°25 : Améliorer la pertinence des actes en réduisant la variation des pratiques dans les territoires ciblés	98
Objectif opérationnel n°26 : Promouvoir la pertinence de l'utilisation des produits de santé et réduire la iatrogénie médicamenteuse.....	100
Objectif opérationnel n°27 : Améliorer la prise en charge des patients porteurs d'une BPCO à travers un parcours de soins	105
Chapitre 14 : Préparation et coordination des acteurs de la sante pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE)	108
Objectif opérationnel n°28 : Disposer de plans ORSAN opérationnels.....	108
Objectif opérationnel n°29 : Animer un réseau de référents couvrant tous les secteurs et organisant des exercices	111
Axe : Parcours spécifiques.....	113
Santé maternelle et infantile	115
Objectif opérationnel n°30 : Sécuriser le parcours de santé des patientes et de leurs nouveaux-nés, de l'ante au post natal	116
Objectif opérationnel n°31 : Repérer et accompagner les situations de fragilité périnatale	119
Objectif opérationnel n°32 : Déployer la stratégie des 1000 premiers jours en accompagnant la parentalité et en améliorant la santé dès la grossesse.....	122
Addiction.....	125
Objectif opérationnel n°33 : Créer une Communauté de pratiques, pour mieux lutter contre les conduites addictives (avec ou sans produit) et l'usage nocif des substances psychoactives	125
Objectif opérationnel n°34 : Aller-vers et Faire-avec ; pour amener plus de personnes vers la prévention et le soin et améliorer l'adhésion au traitement.....	128
Objectif opérationnel n°35 : Renforcer l'impact des actions de prévention et les vigilances en addictologie, et réduire les risques.....	131
Santé mentale.....	134
Objectif opérationnel n°36 : Renforcer la prévention, le repérage et la prise en charge précoce de la souffrance et des troubles psychiques.....	135
Objectif opérationnel n°37 : Promouvoir un parcours de vie de qualité en santé mentale	138
Objectif opérationnel n°38 : Faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé dans le secteur de la santé mentale.....	141
Diabète, hypertension artérielle et obésité	145



Objectif opérationnel n°39 : Encourager les comportements favorables à la santé en matière de nutrition et d'activité physique	146
Objectif opérationnel n°40 : Construire des parcours Obésité, Hypertension artérielle et Diabète explicites et gradués répondant aux besoins des territoires	149
Cancer	154
Objectif opérationnel n°41 : Améliorer le parcours du patient atteint de cancer, de ses proches et de ses aidants	155
Objectif opérationnel n°42 : Proposer des parcours gradués répondant aux besoins du territoire et aux critères de qualité des prises en charge.....	158
Maladies Neuro- cardio-vasculaires	161
Objectif opérationnel n°43 : Améliorer l'accès aux soins neuro-vasculaires en phase aiguë d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC).....	161
Objectif opérationnel n°44 : Limiter les conséquences de l'AVC et proposer aux patients une offre de soins adaptée tout au long de leurs parcours de vie	164
Objectif opérationnel n°45 : Lutter contre l'insuffisance cardiaque.....	167
Objectif opérationnel n°46 : Améliorer la prise en charge du syndrome coronarien aigu et chronique.....	170
Personnes en situation de handicap	173
Objectif opérationnel n°47 : Promouvoir et soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale : petite enfance, école, formation	173
Objectif opérationnel n°48 : Promouvoir et soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale tout au long de la vie : accès à l'emploi, formation continue et inclusion sociale choisie, Personnes handicapées vieillissantes (PHV)	176
Objectif opérationnel n°49 : Permettre l'accès pour les personnes en situation de handicap à des réponses de qualité adaptées et choisies en fonction de leur besoin exprimé	179
Personnes âgées	182
Objectif opérationnel n°50 : Développer le repérage des fragilités et la prévention	182
Objectif opérationnel n°51 : Réussir le virage domiciliaire et organiser l'offre sur les territoires.....	187
Objectif opérationnel n°52 : Accompagner la transformation et l'adaptation des EHPAD	190
Les objectifs quantifiés de l'offre de soins.....	194
Permanence des soins en établissement de santé	274
Modalités d'évaluation et de suivi du PRS3	286
Glossaire	290





INTRODUCTION





DIAGNOSTIC

Le Projet régional de santé de troisième génération (PRS 3) couvre la période 2023-2028 et se compose des documents suivants :

- Le Cadre d'orientation stratégique (COS), valable 10 ans et arrêté le 25 juin 2018, qui fixe trois grandes orientations pour notre région : 1) permettre à la population de vivre plus longtemps ; 2) favoriser la qualité de vie et l'inclusion des personnes malades, en situation de handicap ou en perte d'autonomie ; 3) réduire les inégalités sociales, territoriales, environnementales de santé par l'action coordonnée et graduée des politiques publiques.
- Le Schéma régional de santé (SRS), constitué de deux axes transversaux, correspondant aux parcours de santé en population générale et permettant d'agir sur l'organisation transversale du système de santé bénéficiant à tous, et de 8 parcours de santé spécifiques couvrant notamment les grands enjeux de santé publique de la région.
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), qui décline les objectifs du SRS au regard des difficultés particulières des publics qu'il vise.

Le PRS s'inscrit dans le cadre des orientations tracées dans la Stratégie nationale de santé, actuellement en cours de révision.

La préparation du PRS 3 s'est appuyée sur les éléments de diagnostic et de bilan suivants, rassemblés en 2022 :

- Un état des déterminants et de l'état de santé de la population en région Centre-Val de Loire, dressé par l'Observatoire régional de santé, qui a été décliné par département et qui fait ressortir notamment :
 - Un vieillissement plus avancé en région qu'en France métropolitaine, avec 10,7 % de personnes âgées de 75 ans et plus en Centre-Val de Loire (9,4 % en France métropolitaine), sur un territoire marqué par une densité de population moitié moindre que la densité nationale.
 - Des niveaux d'espérance de vie pour les hommes et pour les femmes en région Centre-Val de Loire proches de l'espérance de vie en France hexagonale (85,5 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes en région), mais qui peuvent être améliorés en poursuivant les efforts en faveur de la baisse de la mortalité prématurée avant 65 ans, supérieure au taux national, et en réduisant la surmortalité constatée en région liée aux cancers, accidents et suicides, le diabète ou encore la consommation d'alcool.
- Une évaluation externe du Schéma régional de santé de seconde génération (SRS 2) conduite sur quatre thématiques identifiées conjointement avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) : l'accès aux soins, le parcours des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes atteintes de cancer ;
- Un bilan détaillé des objectifs opérationnels portés dans le PRS 2.

L'ensemble de ces données est [disponible en ligne](#) sur le site internet de l'ARS, ainsi qu'une synthèse régionale.

Ces éléments ont servi de socle aux travaux de co-construction du PRS 3 conduits en 2022. Ces travaux ont rassemblé experts, représentants d'usagers, professionnels de santé et représentants d'établissements, dans les secteurs libéral, médico-social et sanitaire (fédérations, Union régionale des professionnels de santé - URPS, mutualité...) ainsi que les acteurs institutionnels (services de l'État, Assurance Maladie, collectivités territoriales, coordination CLS ...). Des temps d'information réguliers sur l'avancée des travaux ont été faits avec les instances de pilotage du PRS et la CRSA.



AMBITION ET ORIENTATIONS STRUCTURANTES DU SRS 3

L'ambition du PRS est de déterminer de manière concertée les objectifs en matière de santé et d'autonomie qui guideront l'action de l'ARS et de ses partenaires ces années à venir, dans le respect des compétences et des leviers de chacun (Assurance maladie, services de l'Etat, collectivités territoriales, professionnels et établissements de santé et établissements et services médico-sociaux...). Le cadre d'action est fixé par le cadre d'orientation stratégique (COS) régional 2018- 2028 et la Stratégie nationale de santé, en cours de révision.

Agir sur la santé et les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé par la mobilisation de tous les acteurs en charge des politiques publiques

L'amélioration de l'état de santé de la population dépend d'un ensemble de déterminants : l'accès aux services de santé et d'autonomie, mais aussi les comportements individuels, l'environnement physique des personnes, leur contexte socio-économique, etc. En matière de prévention, la recherche d'équité conduit à mettre en place des actions s'adressant à l'ensemble de la population (universalisme) avec une adaptation selon les besoins d'une population donnée (universalisme proportionné). Il est dès lors essentiel d'intégrer la santé dans toutes les politiques publiques, notamment dans les territoires les plus en difficulté.

C'est l'objet des Contrats locaux de santé (CLS), signés entre l'ARS et une collectivité territoriale, et associant plus largement les acteurs locaux. Le développement de ces contrats a été important ces dernières années, avec une dynamique de couverture de la région encourageante puisque plus des trois quarts de la population régionale sont couverts par un CLS en 2023 et des départements sont intégralement couverts (Indre-et-Loire, Loir-et-Cher). Un guide des CLS a été élaboré avec la participation des coordinateurs de CLS, pour définir un cadre partagé et engager plus de collectivités territoriales dans des actions locales en faveur de la santé des populations. Les CLS seront renforcés par l'attribution de financements permettant de soutenir les actions de manière pluriannuelle.

Le Conseil Régional, les Conseils départementaux et les services de l'Etat ont un rôle clé pour agir sur les déterminants de santé au travers des politiques relatives à l'emploi, aux transports, aux solidarités...

L'ARS pilote le PRAPS, exemple de politique multi-partenariale, qui doit contribuer à réduire les inégalités de santé (*cf. PRAPS*). Le PRAPS du PRS3 comporte pour la première fois une feuille de route par département.

La coordination des politiques publiques se traduit également par l'articulation des différents plans. Ainsi, l'ARS contribue à d'autres plans intersectoriels, par exemple le Plan régional santé environnement (PRSE) qui décline en région les orientations du Plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement. Signé conjointement par le président du Conseil régional, le DG ARS et la Préfète de région, il prend en compte les facteurs de risque spécifiques à la région. Le prochain PRSE4 permettra ainsi de compléter le PRS3. L'axe « formation, information et sensibilisation en Santé-Environnement » du PRSE4 permettra de décliner des actions de prévention en santé environnementale, en lien avec l'axe « Prévention - promotion de la santé » du PRS3. L'axe « Un environnement favorable à la santé » permettra de préciser les actions à décliner pour créer des environnements favorables à la santé dans les collectivités pour le PRSE4, tandis que le PRS3 s'attachera à préciser des actions à mener à l'hôpital et dans les ESMS. Enfin, l'axe réduction et prévention des risques environnementaux proposera des actions qui pourront alimenter les parcours spécifiques cancer et santé maternelle et infantile, en proposant des actions spécifiques santé-environnement.

Les enjeux de santé au travail sont portés par le Plan régional de santé au travail (PRST) piloté par la DREETS. Ils ne sont donc pas explicitement traités dans le PRS 3. Néanmoins, l'ARS contribue au PRST pour favoriser



une bonne articulation des politiques en matière de santé au travail et de santé publique, en vue de renforcer la prévention au bénéfice de la santé des salariés.

Enfin, la médecine scolaire et universitaire relève de l'Education nationale et de l'Enseignement supérieur. L'ARS contribue à l'échelle territoriale à diverses instances partagées avec le Rectorat, les Directions Académiques des Services de l'Education Nationale (DASEN) et les responsables des universités pour travailler sur des chantiers tels que l'inclusion des élèves en situation des handicaps, le développement des compétences psycho-sociales des enfants, la vaccination, la santé sexuelle...

En matière de culture, la dynamique portée par la mise en place d'une mission bisannuelle culture-santé entre l'ARS et la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC) a démontré ses bénéfices. Elle permet d'ouvrir les lieux de soins à la culture, et inversement, restituer la culture issue des lieux de soins. De concert avec la DRAC, ces actions vont être poursuivies.

Si la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé passe par des actions de long terme sur les déterminants de santé, les orientations travaillées dans le PRS y contribuent également. Dans toutes ses actions, l'ARS recherche le juste équilibre entre une approche populationnelle et le principe de l'universalisme proportionné visant à renforcer l'action en direction des personnes et des territoires les plus défavorisés sur le plan social, économique ou présentant des difficultés plus importantes en termes d'état de santé ou d'accès aux soins. L'accompagnement des départements du Cher et de l'Indre et dans une certaine mesure d'Eure-et-Loir, devra être ainsi renforcé, et des solutions pragmatiques et volontaristes devront être travaillées avec les acteurs de ces territoires et de la région.

L'ARS s'attache à poursuivre de grands principes d'action : la co-construction avec les acteurs et l'adaptation territoriale des politiques de santé, la recherche du pouvoir d'agir de chacun (ou « empowerment ») et la littératie en santé, le principe d'une seule santé (One Health, ou l'interdépendance de la santé humaine, animale, des écosystèmes...) et la promotion de la santé dans toutes les politiques publiques.

Poursuivre la transformation de l'offre de santé et d'accompagnements médico-sociaux pour construire des parcours coordonnés et pluri-professionnels répondant aux besoins

La démographie des professionnels de santé est un enjeu majeur en région Centre-Val de Loire, dans un contexte où les difficultés resteront fortes ces prochaines années. Les fortes tensions démographiques constatées dans les trois secteurs (ville, hôpital et médico-social) appellent collectivement à agir à travers l'augmentation de l'offre de formation, en lien étroit avec le Conseil régional notamment, la fidélisation des professionnels formés, le renforcement de l'attractivité des métiers, l'amélioration de la qualité de vie au travail pour garantir l'accès aux soins et l'autonomie de la population. La transformation de l'hôpital d'Orléans en Centre hospitalier universitaire (CHU) est à cet égard un facteur d'attractivité majeur pour notre région.

Au regard des évolutions à venir, il sera nécessaire de continuer à bâtir des réponses organisationnelles aux enjeux de santé publique dans le champ sanitaire, avec la structuration de la médecine de ville, le développement des usages en e-santé, la gradation de l'offre hospitalière en lien notamment avec la réforme des autorisations. Il s'agit de lutter contre le renoncement aux soins et permettre l'accès à un médecin traitant, de disposer de filières de prise en charge articulées avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en capacité d'orienter les patients et les professionnels vers les différents niveaux de recours. L'axe 1 du PRS 3 Accès à la santé porte les orientations en ce sens.

Le PRS 3 développe largement l'approche par le parcours de santé, de façon à mieux répondre aux enjeux de santé publique de la région, par exemple dans le champ de la santé maternelle et infantile, de la prise en charge du diabète, de l'hypertension et de l'obésité, ou encore des maladies neuro-cardio-vasculaires, du



cancer, des addictions et de la santé mentale. Cette logique se centre sur les besoins de l'individu et met en cohérence l'ensemble des dispositifs mobilisés, depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement des personnes en passant par l'accès aux soins.

Le défi du vieillissement et des maladies chroniques impose quant à lui de construire une offre de soins de proximité coordonnée (CPTS, Hospitalisation à domicile - HAD, Soins de suite et de réadaptation - SSR, Dispositifs d'appui à la coordination - DAC...) et de décloisonner les interventions sanitaires, médico-sociales et sociales, en travaillant étroitement notamment avec les conseils départementaux (maintien à domicile, soutien aux aidants...). Le PRS 3 accompagne ainsi l'évolution de l'offre sanitaire et médico-sociale, dans le contexte de réforme des autorisations d'activités de soins, de transformation des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et du virage domiciliaire à l'heure de l'arrivée à l'âge de la dépendance de générations beaucoup plus nombreuses. L'évolution des modèles de financement pour porter des objectifs de santé publique, populationnels, de responsabilité territoriale sera intégrée au fur et à mesure des travaux nationaux

Le PRS 3 poursuit l'objectif d'une société plus inclusive pour les personnes en situation de handicap, fondée sur l'effectivité des droits des personnes et le respect de l'expression de leurs besoins, en travaillant à améliorer leur parcours de vie à travers l'école inclusive, le développement de l'emploi en milieu ordinaire, et vise à renforcer leur accès aux soins, à travers le dépistage précoce, et la réduction des inégalités d'accès aux soins. En cela, le PRS3 poursuit l'engagement déjà affirmé sous le PRS 2 en faveur des personnes en situation de handicap aux côtés des autres acteurs de la région (Conseils départementaux et CDCA, les MDPH, les associations et établissements et services médico-sociaux, les acteurs de la pair-aidance, et l'ensemble des services de l'Etat).

En matière de prévention, destinée à permettre à chacun de vivre plus longtemps en bonne santé, l'enjeu est d'amplifier fortement la prévention primaire portant sur les comportements et les modes de vie et, d'autre part, d'intégrer l'offre de prévention dans les pratiques et les organisations soignantes (**cf. notamment**

Axe : Parcours spécifiques). L'objectif du PRS 3 de développer des environnements favorables à la santé dans les établissements sanitaires et médico-sociaux contribue à agir sur les déterminants de santé, en cohérence avec le Projet régional Santé Environnement (PRSE).

Renforcer le rôle de la démocratie en santé dans la mise en œuvre des politiques de santé

Pour accompagner, porter et éclairer la mise en œuvre de ces orientations, le rôle de la démocratie en santé est ici réaffirmé. En associant les usagers et les acteurs du système de santé à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé et de l'autonomie, la démocratie en santé a pour objectif d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé en prenant en compte le regard des usagers et l'expérience de terrain. Cette démocratie passe par des instances officielles ou la participation citoyenne. Elle s'incarne notamment dans les travaux de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des Conseils territoriaux de santé, des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, ou encore l'engagement des représentants d'usagers ou des patients - experts.

Les CNR santé territoriaux (conseil national de la refondation en santé), portés par les CTS, seront des lieux de partage, de suivi et de promotion des projets innovants en région pour l'accès aux soins, en réponse aux enjeux des territoires. Au regard des difficultés de la région, la mobilisation de tous autour de la recherche de solutions opérationnelles et adaptées aux territoires sera un fil rouge des actions portées.

*

A noter : la stratégie nationale de santé sera publiée dans les semaines à venir, pouvant impliquer des modifications du PRS notamment concernant les modalités de pilotage (ex : choix d'indicateurs).



AXE : ACCÈS À LA SANTÉ





CHAPITRE 1 : PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ

Introduction

La prévention-promotion de la santé (PPS) est un axe majeur eu égard aux enjeux du vieillissement de la population, aux inégalités sociales et territoriales persistantes, aux indicateurs de mortalité évitable à améliorer, à l'espérance de vie en bonne santé en stagnation au niveau national¹, au poids des maladies chroniques – responsables de plus de 80 % des décès prématurés –, ainsi qu'aux enseignements de la crise sanitaire liée au Covid-19.

L'ambition est de porter une approche large, pluridisciplinaire et transversale de la prévention (dans la lignée des concepts One Health - Une seule santé² et Health in All Policies - La santé dans toutes les politiques^{3,4}), en l'incluant dans tous les milieux et tout au long de la vie. La santé est en effet le résultat de facteurs génétiques personnels mais aussi, pour 80 %, de comportements et d'habitudes de vie, de conditions socio-économiques et environnementales... Développer la prévention est d'autant plus essentielle qu'elle contribue majoritairement à la baisse de la mortalité prématurée.

Le bilan du PRS 2 et les travaux menés avec les différents acteurs impliqués dans la PPS (Assurance Maladie, Éducation nationale, collectivités territoriales, professionnels de santé, associations...) ont conduit à identifier les priorités d'action. Elles consistent à instituer une véritable culture de la prévention, commune à tous. Il s'agit également de développer la prévention médicalisée (dépistage, vaccination) dans une perspective de protection individuelle et collective, tout en faisant évoluer les comportements. Enfin, l'accroissement des maladies chroniques rend nécessaire un investissement important sur l'éducation thérapeutique du patient, qui vise à l'aider à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie, ainsi que des actions d'éducation à la santé.

La prévention-promotion de la santé doit privilégier la mise en œuvre d'actions de proximité dans les territoires, associant les populations le plus précocement possible, s'adressant à tous (universalisme) mais s'adaptant aussi aux besoins d'une population donnée (universalisme proportionné). Les sujets de prévention liés à certains publics ou certaines pathologies sont traités dans les parcours spécifiques du PRS (**Diabète, hypertension artérielle et obésité, Santé maternelle et infantile, Addiction, Santé mentale, Cancer**, environnement favorable à la santé) ou dans le PRAPS.

Les actions de prévention inscrites dans le SRS feront l'objet d'une feuille de route départementale. Celle-ci sera élaborée en concertation avec les acteurs des territoires, notamment les Conseils territoriaux de santé. Elle a vocation à donner la lisibilité de l'offre en prévention et des actions (par exemple en faveur de publics spécifiques, comme les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, etc). La place des acteurs dans cette offre pourra y être précisée pour favoriser son universalité.

Chiffre clé

85 % Part de la prévention dans la baisse de la mortalité prématurée, contre 15 % pour le soin.

¹ Selon les données de la DREES, entre 2009 et 2019, soit en l'espace de 10 ans, « l'espérance de vie sans incapacité » a augmenté de 1,2 an pour les femmes et de 2,0 ans pour les hommes.

² *Une seule santé*, OMS : <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/one-health>

³ *Promoting Health in all Policies and Intersectoral Action Capacities*, ONU : <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>

⁴ *Stratégie nationale de santé*, ministère de la Santé et de la Prévention : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/>



Objectif opérationnel n°1 : Développer une culture commune en prévention et promotion de la santé afin d'en favoriser le développement sur les territoires au profit des usagers

1. Situation actuelle

La région Centre-Val de Loire se distingue par une surmortalité par cancer (colon, prostate), accident et suicide, diabète et consommation excessive d'alcool. La politique de prévention reste encore à développer.

S'inscrivant dans la stratégie nationale de santé, l'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé doit permettre aux futurs professionnels de mieux appréhender les enjeux de prévention et de promotion de la santé (PPS). Cependant, ces enseignements demeurent encore inférieurs à ceux concernant le volet curatif.

De plus, chaque métier dispose de son propre référentiel en prévention et promotion de la santé environnementale (PPSE), ce qui ne facilite pas l'interprofessionnalité ni ne favorise l'émergence d'une culture commune.

Chiffre clé

7 700 décès prématurés de personnes de moins de 75 ans en Centre-Val de Loire, soit plus de 60 % des décès évitables.

2. Enjeux

Faire en sorte que les citoyens développent des pratiques de santé qui leur soient favorables. Cela implique de mieux expliciter les notions clés auprès du grand public et d'améliorer les interactions avec l'ensemble des acteurs de la santé.

Permettre à la population d'avoir accès à des actions de PPS adaptées. Un référentiel partagé et une bonne connaissance des territoires s'avèrent essentiels, avec pour objectifs le renforcement des compétences psycho-sociales, le développement de la littératie en santé et de la santé communautaire.

Consolider et renforcer les modalités de mise en œuvre du service sanitaire. Un pilotage auprès des acteurs, notamment, permettra une meilleure définition des thématiques prioritaires de santé publique.

3. Description de l'objectif

Harmoniser le langage en matière de PPS afin d'installer une culture commune et d'élargir la diversité des acteurs impliqués, au profit des usagers sur l'ensemble des territoires.

4. Modalités de mise en œuvre

Le développement de la professionnalisation en PPS s'effectuera par le renforcement d'une offre de formation à destination des acteurs territoriaux (dont les bénévoles) en charge de la santé. Celle-ci favorisera une culture commune, une meilleure collaboration des contrats locaux de santé (CLS) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des autres modes d'exercice coordonné (MSP...) et autres acteurs mettant en œuvre des actions de prévention ou d'éducation à la santé (acteurs associatifs, sociaux, médicaux sociaux...). Il conviendra de s'appuyer sur la capitalisation des expériences en promotion de la santé dans la perspective d'aller vers davantage de programmes prometteurs ou probants. La question des financements en PPS a par ailleurs vocation à être étudiée de manière plus unifiée (exemple du centre de coordination des financements en Eure-et-Loir).

Le service sanitaire (SeSa) est un levier pour la prévention, qui pourra être utilisé pour acculturer les acteurs de la santé à la PPS. Il s'agira ainsi de mieux accompagner les étudiants dans les territoires : organisation d'une



semaine d'accueil incluant la rencontre avec les acteurs du territoire pour ne pas limiter la santé aux soins, soutien logistique, orientation des stages SeSa vers les besoins recensés par les acteurs du territoire... L'harmonisation des outils favorisera également une meilleure interprofessionnalisation (modalités d'évaluation communes, communication régionale unifiée...).

La promotion de la santé et de la prévention passe également par le développement de la santé communautaire (via une communication et des outils adaptés à la population concernée), la mobilisation des élus (plaidoyer, relais des enjeux liés à la santé environnementale, mobilisation des CLS pour la mise en place d'actions de PPS adaptées, avec des moyens financiers accrus), le recours à la médiation en santé pour améliorer l'accès à la prévention des personnes qui en ont besoin, la promotion de la culture santé dès le plus jeune âge pour permettre l'acquisition de compétences psycho-sociales, le développement des actions d'aller-vers dans les lieux de vie (écoles, travail, sport...). Ainsi, les acteurs de la prévention et de la santé au travail peuvent être des acteurs de prévention primaire précieux pour acculturer la population aux enjeux et défis de santé.

Enfin, le travail sur les diagnostics territoriaux (infra-départementaux) et les différents profils de la population (par âge, sexe, catégories socio-professionnelles...) devra être poursuivi afin de prioriser les interventions sur les territoires.

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023-2028	Création de nouveaux CLS en région Centre-Val de Loire
2023-2028	Consolidation d'une cartographie des acteurs de la prévention sur la région Centre-Val de Loire (cartographie qui a vocation à être actualisée durant le PRS 3)
2025	Création et mise à disposition d'une plateforme dédiée au SESA : lieux de stage, fiches actions, diagnostics de terrain (OSCAR...)

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	Sous-indicateurs	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre d'étudiants en santé inclus dans le service sanitaire par type de métier		1615	En cours	2000
2	Part des CLS arrivés à échéance et renouvelés		17	En cours	22
3	Couverture des CLS	Part des départements entièrement couverts par un CLS	0	En cours	4
		Taux de couverture de la population par un CLS	88%	En cours	93%

b) Indicateur de résultat :

- PPS portée par l'ensemble des citoyens (référentiel commun et stratégie collective), professionnels, associations et usagers
- La démocratie en santé parvient à mobiliser de nouveaux acteurs (patients experts...).



CHAPITRE 1 : PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ

Objectif opérationnel n°2 : Favoriser une équité d'accès à la prévention

1. Situation actuelle

De nombreuses actions ont été accomplies en Centre-Val de Loire afin de rationaliser l'offre de prévention médicalisée et d'améliorer les indicateurs régionaux : mutualisation des structures, consolidation des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), lettre de mission du Comité de coordination régionale de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST), amélioration de la couverture vaccinale (CV) chez les jeunes enfants. Cependant des efforts restent à poursuivre, notamment pour renforcer les connaissances, développer les dépistages et améliorer la CV.

Concernant la prévention médicalisée, les difficultés se sont accentuées avec la pandémie de Covid-19 en termes d'accès au dépistage et d'éducation à la santé. La persistance, voire l'aggravation, de l'épidémie cachée de VIH, caractérisée par un taux régional de découverte des séropositivités parmi les plus importants après l'Île-de-France, nécessite une stratégie à adapter aux spécificités territoriales et populationnelles.

La couverture vaccinale demeure insuffisante pour plusieurs vaccins (excepté pour les jeunes enfants en raison de l'obligation vaccinale), notamment contre la grippe et l'Human Papillomavirus (HPV). Une recrudescence des cas de rougeole a également été observée en 2018 et 2019.

Les derniers baromètres de Santé publique France (SpF) révèlent une plus forte adhésion à la vaccination depuis la crise sanitaire liée au Covid-19. Néanmoins, des efforts restent à faire, la population française comptant historiquement parmi les plus déifiantes envers la vaccination.

Partant de ces constats, l'accent sera mis sur la santé sexuelle et la vaccination, en lien également avec certains parcours spécifiques (notamment le parcours **Addiction**) et le PRAPS.

Chiffres clés

51/million d'habitants : Taux de découverte des séropositivités VIH en Centre-Val de Loire en 2021.

59,5% de couverture vaccinale contre la grippe pour les publics à risques de plus de 65 ans en Centre-Val de Loire à fin 2022, pour un taux recommandé de 75 %.

44,4% de couverture vaccinale (schéma complet) contre le HPV chez les jeunes femmes de 16 ans en Centre-Val de Loire, au 31/12/2022.

2. Enjeux

Améliorer le dépistage des IST (plus de dépistages et mieux ciblés), **la couverture vaccinale et renforcer les actions de prévention** tant à destination du grand public que des publics cibles (jeunes ...).

Renforcer l'adhésion et la mobilisation des professionnels de santé pour la vaccination et faciliter l'accès aux vaccins (logistique, approvisionnements, extension des compétences...).

Développer la promotion de la santé sexuelle auprès du grand public et à destination de certains publics (jeunes, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes - HSH, public migrant...) et mettre en place un parcours adapté aux publics spécifiques (personnes transgenres...).

Agir sur les points de fragilité identifiés : insuffisance des outils de communication et d'éducation à la santé, offre hétérogène nécessitant une meilleure coordination des acteurs de terrain impliqués dans la vaccination



et la santé sexuelle, manque d'indicateurs liés aux différents échelons géographiques (données infra-départementales) et classes d'âge (données sur les jeunes adultes notamment). L'offre de programmes probants et prometteurs⁵ reste en outre à développer.

3. Description de l'objectif

Améliorer la couverture vaccinale, renforcer la prévention et le dépistage en santé sexuelle, promouvoir tant la littératie en santé que l'*empowerment*. Cet objectif concerne à la fois le grand public et les publics cibles dans une stratégie d'universalisme proportionné. Un lien est effectué avec le PRAPS pour les publics les plus précaires (pénitentiaire, public migrant...).

4. Modalités de mise en œuvre

La promotion de la littératie en santé et l'*empowerment* sont à développer par le déploiement d'une stratégie de communication et de formation (création d'outils de communication adaptés, mise en place de protocoles de coopération...). Celle-ci devra s'appuyer sur les acteurs du territoire pour : développer l'aller-vers et la pair-aidance, mettre en place ou améliorer la coordination régionale/départementale des acteurs, favoriser la médiation en santé, permettre le déploiement des programmes probants et prometteurs (avec l'appui de Santé publique France), des acteurs de la recherche et de la promotion de la santé, ainsi que l'utilisation des outils numériques comme le e-learning ou la téléconsultation (notamment pour la Prophylaxie pré-exposition (PrEP)⁶ et les publics les plus éloignés géographiquement ou du soin). Améliorer la visibilité des points de vaccination, de dépistage et des effecteurs les plus proches est aussi essentiel (à travers la mise à disposition d'un répertoire à jour, la réalisation de campagnes de dépistage dans les CPTS, la promotion des compétences élargies de certains professionnels de santé : sages-femmes, infirmiers, pharmaciens...).

La mobilisation des professionnels et acteurs du territoire doit permettre d'améliorer la couverture vaccinale tant en population générale que vers les publics spécifiques, au plus près des territoires. Cela pourra se traduire par une augmentation et une meilleure visibilité de l'offre vaccinale (mise en place de nouveaux protocoles de coopération, déploiement des protocoles existants) et par le renforcement des connaissances des professionnels de santé sur la vaccination (transmission de connaissances interprofessionnelles, e-learning, catalogue de formation...). Des diagnostics de couvertures vaccinales infra-départementales seront également effectués pour différentes valences afin de couvrir les zones blanches du territoire et en fonction des différents profils (par classe d'âge, sexe...), pour une meilleure connaissance du territoire et de la population.

Une offre de vaccination à destination de certains publics devra être déployée : vaccination contre la grippe des professionnels de santé libéraux, des personnes en ALD et des femmes enceintes quel que soit l'âge selon les recommandations, mise à disposition des vaccins dans les maternités, amélioration de la couverture vaccinale rougeole, rubéole, oreillons et HPV pour le public jeune, rattrapage vaccinal des adultes (en s'appuyant sur les visites de prévention gratuites à 25, 45 et 65 ans).

Concernant la santé sexuelle, et grâce au soutien des acteurs intervenant dans ce champ (CeGIDD, centres de santé sexuelle (ancien CPEF), sages-femmes, acteurs associatifs, acteurs sociaux et médico-sociaux...), les modalités de mise en œuvre consisteront à renforcer la prévention et le dépistage en direction de la population générale et vers les publics spécifiques, par un accès à la prévention diversifié (préservatifs, Traitement comme prévention - TasP, PrEP, dépistage répété...) et la promotion d'une éducation à la santé

⁵ Programmes fondés sur les données probantes « Programme probant » : selon l'OMS, les données probantes sont des « conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé ». « Programme prometteur » : programme qui a le potentiel (ou « promet ») de devenir une pratique exemplaire (premières étapes d'évaluation).

⁶ PrEP : Prophylaxie pré-exposition, traitement préventif du VIH.



sexuelle des jeunes selon le profil, de façon progressive et graduée (en cohérence avec l'âge) dès le plus jeune âge et tout au long de la vie : publics scolarisés et autres hors parcours « classique » (Protection judiciaire de la jeunesse - PJJ, missions locales...).

Pour les publics spécifiques, l'accent devra être mis sur la promotion du dépistage en raison des risques d'exposition (public migrant, HSH, personnes transgenres, travailleur-se-s du sexe - TDS, personnes vivant avec le VIH - PVVIH, public éloigné du soin car en milieu rural ou précaire, chemsexuels, usagers de drogue, population sous-main de justice ...) et sur la mise en place ou le renforcement d'un parcours adapté.

Les problématiques liées à l'addiction en lien avec la santé sexuelle demandent des approches concertées et seront traitées dans le cadre du **parcours Addiction**.

La mise en place des consultations Prévention aux trois âges de la vie (25, 45 et 65 ans) et leur déploiement seront un moment privilégié pour permettre à chacun de faire un point sur sa santé physique et mentale et mettre en place un accompagnement approprié le cas échéant.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	Sous-indicateurs	DERNIERE VALEUR CONNUE (en 2021)	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Couverture vaccinale	Couverture vaccinale HPV filles à 12 ans (1e dose)	Travaux de Santé Publique France en cours	45 %	65% (objectifs nationaux)
		Couverture vaccinale HPV garçons à 12 ans (1e dose)	Travaux de Santé Publique France en cours	-	47% (objectifs nationaux)
		Couverture vaccinale grippe des personnes âgées de plus de 65 ans	60,3%	-	75%
		Couverture vaccinale grippe des populations à risque (def SpF)	37,8 %	-	50%
2	VIH	Nombre de sérologies VIH positives en région	225 sérologies confirmées positives (1,3/1000 habitants)	-	200 sérologies confirmées positives
		Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants	69 /1000 habitants	-	75/1000 habitants
		Nombre renouvellement PrEP	1337 personnes	-	2000 personnes (environ + 10% chaque année)
3	Nombre de personnes [ou Part de la population éligible] ayant bénéficié d'un RDV de prévention dans l'année		Chiffres en attente du national	-	Chiffres en attente du national



b) *Indicateur de résultat :*

- Diminution de l'incidence des IST en région Centre-Val de Loire
- Augmenter les couvertures vaccinales à destination du grand public et des publics cibles.



CHAPITRE 1 : PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ

Objectif opérationnel n°3 : Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation thérapeutique de proximité, graduée et coordonnée par des professionnels formés

1. Situation actuelle

Le diagnostic du pôle régional de ressources, de compétences et d'expertise en éducation thérapeutique du patient (ETP) Centre-Val de Loire⁷ a permis d'analyser les besoins par rapport à l'offre en ETP. Celle-ci comprend 149 programmes autorisés sur la région⁸ (au 18 avril 2023). Le pôle régional de ressources, de compétences et d'expertise en ETP a été mis en place fin 2019 à la suite du PRS2. Celui-ci est aujourd'hui reconnu comme levier essentiel pour promouvoir les liens entre l'ensemble des acteurs sur les 6 départements de la région. Constitué d'une coordination régionale et de 6 coordinations départementales, il œuvre en co-construction avec les représentants des usagers, avec les établissements de santé et avec les professionnels de la santé. Il a élaboré en janvier 2022 un diagnostic régional ETP permettant de faire une analyse de l'adéquation des besoins par rapport à l'offre en ETP.

Des points restent à améliorer :

- Faible proportion de patients ayant accès aux programmes d'ETP ;
- Manque de diversité de l'offre ETP, qui concerne plus souvent les maladies métaboliques (24 % des programmes constatés à partir des données d'activité au 18 avril 2023) ;
- Prédominance des établissements hospitaliers publics comme porteurs des programmes (57 % des programmes) ;
- Faible proportion de patients impliqués dans la construction et le déploiement de programmes d'ETP (16 % des programmes).

La crise sanitaire a certes freiné le déploiement de l'ETP mais aussi fait évoluer sa pratique via des modalités à distance malgré l'absence d'outil adapté.

Chiffre clé

Seuls **20% de patients nouvellement admis en ALD bénéficient d'un programme ETP** en région Centre-Val de Loire

⁷ Diagnostic régional ETP 2022 en Centre-Val de Loire, Pôle régional de ressources, de compétences et d'expertise en ETP : <https://prevaloir.fr/actualites/le-diagnostic-regional-etp-en-centre-val-de-loire/>

⁸ Liste des programmes ETP autorisés ou déclarés en région Centre-Val de Loire, ARS Centre-Val de Loire : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/76197/download?inline>



Tableau des programmes ETP CVL 2023 (données en date du 18/04/2023)

Pathologies	Structures porteuses						Total général
	Association / GCSMS	Etablissement hospitalier public	MCO privé	Organisme d'assurance sociale	SSR	Structure d'exercice collectif	
Cancers	1	3	1				5
Maladies cardiovasculaires		6	2	3	10		21
Maladies digestives		2					2
Maladies infectieuses		2					2
Maladies métaboliques	7	20	1	3	5		36
Maladies neurologiques	1	1			3		5
Maladies psychiatriques	1	9			1		11
Maladies rares		12					12
Maladies rénales	3	1	1				5
Maladies respiratoires	2	7			2		11
Obésité / chirurgie de l'obésité	3	7			3		13
Polypathologie	3					1	4
Stomie		3	1				4
Autre		12	1		5		18
Total général	21	85	7	6	29	1	149

149 programmes d'Éducation thérapeutique du patient sont autorisés en région Centre-Val de Loire.

2. Enjeux

Renforcer l'offre en ETP : inscrire l'ETP dans un continuum avec l'éducation à la santé au sein d'une démarche de promotion de santé, proposer plus de formations adaptées aux acteurs, intégration de l'ETP dans la formation des professionnels de la santé concernés (formation initiale et continue), développer l'offre extra-hospitalière (délivrée par les professionnels libéraux, les associations ou les opérateurs départementaux de l'ETP ambulatoire) et certains programmes (pour les pathologies dans lesquelles l'acquisition des compétences d'adaptation prédomine : addiction, Alzheimer, santé mentale, trouble du spectre de l'autisme ou à destination des enfants). Il est important de structurer et de rendre lisibles les financements en définissant une stratégie en la matière au plus près des besoins des patients et des territoires.

Améliorer la coordination en ETP, avec une nécessaire représentativité des acteurs de terrain dans les instances dédiées telles que les COPIL des coordinations départementales ETP.

Intégrer l'ETP dans un parcours global de prise en soin de la personne malade chronique et **mettre en avant, par une communication dédiée, la valeur ajoutée de l'ETP** afin de limiter la perte de chance due à un recours tardif. Au regard des constats qui ont été posés, il est primordial de rappeler tant l'importance des programmes que des autres dispositifs concourant à une meilleure éducation à la santé : les activités éducatives ciblées personnalisées (AECF), les actions d'accompagnement et dans ce cadre l'importance des associations de patients dans l'orientation vers ces dispositifs.

3. Description de l'objectif

Au regard des constats, il est attendu une augmentation significative du nombre de patients bénéficiaires de l'ETP, afin notamment que chaque personne présentant une maladie chronique puisse avoir accès à un programme d'ETP sous toutes ses formes (programmes, AECF, actions d'accompagnement).



4. Modalités de mise en œuvre

Le renforcement de l'offre en ETP passera notamment par l'accompagnement des équipes dispensant l'ETP, la promotion d'une démarche qualité se matérialisant par la mutualisation des connaissances entre professionnels et l'harmonisation des pratiques via un benchmark intra et inter-régions, le soutien à des propositions d'offre en ETP pour un public ou des pathologies chroniques peu ou mal couvertes à ce jour (pédiatrie, aidants, oncologie...) et la structuration d'un parcours patient en s'appuyant sur les actions éducatives déployées au sein du territoire (par les structures d'exercices coordonnés, les associations, les IPA, les infirmiers Asalée ...) pour orienter chaque malade chronique vers l'ETP..

On cherchera également à accroître le rôle des patients intervenant dans les programmes d'ETP au moyen d'outils adaptés (fiches types, supports de formation...) et à déployer une offre territorialisée dans une démarche d'universalisme proportionné, en proposant des actions différenciées et adaptées au contexte local : mobilisation des professionnels libéraux de proximité, promotion d'une offre alternative d'e-ETP au sein des programmes, mise en place d'équipes mobiles d'ETP.

La communication sur l'ETP devra être développée pour une meilleure lisibilité de l'offre sur le territoire (site internet Prevaloir.fr). L'orientation vers l'ETP pourra également être améliorée par une sensibilisation des professionnels de santé (notamment via le service sanitaire pour les étudiants en santé, organisation de journées départementales et régionale dédiées...) et une réflexion conjointe avec l'Assurance Maladie autour de l'information des patients en ALD sur les actions d'ETP menées sur leur lieu de vie.

Concernant la formation en ETP, des modules adaptés devront être proposés avec l'appui du pôle régional ETP Centre-Val de Loire (à proximité des lieux de vie des professionnels et/ou avec des modalités facilitant la participation) ou encore des formations de qualité s'appuyant sur un référentiel régional.

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de bénéficiaires de programmes ETP initiaux dans l'année	12 837	18 000	25 000
2	Pourcentage de programmes co-construits avec un patient ou une association de patients (programmes déclarés dans l'année)	15,9%	25%	50%

b) Un indicateur de résultat :

- En 2028, objectif de 25 000 patients malades chroniques qui bénéficient d'un programme d'ETP en Centre-Val de Loire.



CHAPITRE 2 : DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ À L'HÔPITAL ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Introduction

La prise en compte de la transition écologique et des déterminants environnementaux dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (ES/ESMS) est une nouvelle orientation du PRS Centre-Val de Loire.

Les usagers, résidents et professionnels aspirent à un environnement de qualité dans les ES/ESMS qui les prennent en charge ou dans lesquels ils exercent. L'environnement immédiat est particulièrement important : nuisances sonores, températures trop basses ou trop élevées, courants d'air, absence de vue et d'accès à la nature, manque de « beau », faible voire absence de luminosité, manque de convivialité...

Par ailleurs les ES/ESMS, de par leurs activités (consommation d'énergie, d'eau, de médicaments, production de déchets, mobilité...), ont un enjeu de réduire les émissions de substances polluantes et de gaz à effet de serre (GES) qu'ils produisent. Ils sont soumis à des contraintes réglementaires assorties d'objectifs ambitieux : le décret tertiaire⁹ leur impose de réduire de 40 % leurs consommations d'énergies d'ici 2030, puis de 60 % d'ici 2050.

Les facteurs environnementaux (qualité de l'air extérieur, intérieur, de l'eau, de l'alimentation...) peuvent contribuer à de nombreuses maladies d'origine souvent plurifactorielle : cancers, pathologies respiratoires, allergies, asthme, maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, etc. De bonnes conditions environnementales vont au contraire favoriser le bien-être physique, mental et social.

Le changement climatique exerce en outre des contraintes sur les déterminants de l'environnement et de la santé, comme la sécurité sanitaire des aliments, la pollution de l'air, la quantité et la qualité de l'eau. Il convient donc de se mobiliser et d'agir, à la fois en réduisant les émissions de GES (atténuation) et en se préparant à vivre dans des conditions très différentes (adaptation).

Chiffre clé

Les facteurs environnementaux interviennent dans plus de 80% des pathologies.

Objectif opérationnel n°4 : Accompagner les établissements dans leur transition énergétique et la prise en compte des déterminants environnementaux

1. Situation actuelle

Malgré une importante amélioration de la qualité des différents milieux au cours des dernières décennies, la prise en compte de l'ensemble des déterminants environnementaux de la santé reste rare. Par ailleurs, les dérèglements climatiques déjà observés et ceux attendus à moyen terme obligent à l'action, les mesures d'adaptation et surtout d'atténuation constituant une opportunité pour améliorer la santé publique.

De nombreuses initiatives émergent actuellement, au niveau des ES/ESMS et des territoires, mais aussi de la part d'acteurs régionaux ou nationaux. La formation et la sensibilisation, l'accompagnement et le partage des initiatives apparaissent ainsi comme essentiels. Le suivi des différentes actions gagnerait également à s'inscrire dans un cadre harmonisé.

⁹ Mettre en œuvre le décret tertiaire : le décret Éco-énergie tertiaire et votre établissement, ANAP : <https://anap.fr/s/article/rse-publication-2828>



2. Enjeux

Agir sur les déterminants environnementaux de la santé au sens large¹⁰. La création d'environnements favorables à la santé permettra d'améliorer la santé de la population (usagers, résidents, professionnels) et de contribuer à l'attractivité des ES/ESMS. Elle nécessite une approche globale prenant en compte l'ensemble des déterminants environnementaux, sociaux et économiques de la santé, à travers des choix d'aménagement. Cela implique d'agir sur les différents environnements (naturel, bâti, système de transport, sociaux et culturels...) mais aussi de mettre en place des mesures d'atténuation et d'adaptation au changement climatique. La prise en compte des enjeux environnementaux à toutes les étapes de la prise en charge des patients (achat, rejet, antibiorésistance ...) permet en outre d'engager les établissements dans une nouvelle approche de la pertinence des soins : les soins écoresponsables¹¹, suivant le principe « Une seule santé »¹².

Accompagner la transition écologique et énergétique des ES/ESMS. Il s'agira d'engager les établissements de la région dans une démarche intégrée à long terme. Ceux-ci devront également générer, dans leur architecture et leur mode de fonctionnement, un cadre de vie agréable pour tous. Les ES/ESMS en tireront de multiples bénéfices : performance énergétique synonyme d'économies, amélioration de la qualité de vie au travail favorable à l'attractivité des métiers, réduction des temps de convalescence des patients hospitalisés...

3. Description de l'objectif

Créer des environnements favorables à la santé dans les ES/ESMS afin d'induire un bien-être et de réduire les émissions de GES et les sources de pollutions. Cet objectif permettra également d'accompagner et de suivre la mise en application du décret tertiaire dans les établissements de la région.

4. Modalités de mise en œuvre

Il s'agira tout d'abord de sensibiliser et de former les acteurs aux déterminants de santé et aux enjeux des environnements favorables à la santé et du changement climatique. Les ES/ESMS seront ensuite accompagnés concrètement, en s'appuyant sur les dispositifs et les aides existants, grâce aux opérateurs et partenaires régionaux et nationaux, notamment les services de l'Etat, l'Agence nationale d'appui à la performance des ES/ESMS (ANAP), ou encore l'Agence régionale de l'énergie et du climat (AREC) portée par le Conseil régional. Des aides complémentaires ciblées pourront être proposées. Le développement d'une expertise mutualisée entre établissements est encouragé.

Le plan de relance et le Ségur de la santé, qui promeut notamment une nouvelle génération d'EHPAD ouverts sur leur environnement et renforçant le sentiment de bien-être chez les résidents, encouragent cette démarche. Une des orientations du Ségur consiste à accompagner les acteurs sanitaires et médico-sociaux pour permettre d'enclencher une dynamique en développement durable. Dans ce cadre, l'ANAP, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont initié la mise en place d'un réseau de Conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES). Si celui-ci est encore incomplet en Centre-Val de Loire, il favorise la mise en réseau des établissements et le suivi des objectifs devra donc être renforcé.

¹⁰ *Créer des environnements de vie favorables à la santé*, Actualité et dossier en santé publique n°103 : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1031939.pdf>

¹¹ Soins écoresponsables : une nouvelle approche de la pertinence des soins, ministère de la Santé et de la Prévention : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/article/soins-ecoresponsables-une-nouvelle-approche-de-la-pertinence-des-soins>

¹² *Le Groupe tripartite et le PNUE valident la définition du principe « Une seule santé » formulée par l'OHHLEP, OMS* : <https://www.who.int/fr/news/item/01-12-2021-tripartite-and-unep-support-ohhlep-s-definition-of-one-health>



La mise en place d'actions nécessitera au préalable de prioriser les secteurs à forts enjeux. L'achat de médicaments et de dispositifs médicaux représentant 54 % des émissions de GES du secteur de la santé¹³, favoriser des achats durables permettra d'agir rapidement sur la décarbonation. Pour cela, l'un des leviers à mobiliser est l'analyse du cycle de vie des produits.

Il sera également important d'identifier les actions entraînant un bien-être et une meilleure qualité de vie dans les ES/ESMS, comme la diminution des nuisances sonores, qui permet de réduire le temps de convalescence, ou encore l'accès aux espaces verts, qui favorise une meilleure santé mentale, l'atténuation du stress, l'activité physique, etc. L'introduction de critères environnementaux dans la sélection des projets permettrait en outre d'en améliorer la qualité.

Les actions entreprises feront l'objet d'un suivi, au moyen d'outils existants, dans le but de recenser et de valoriser les retours d'expérience à des fins de partage des bonnes pratiques. Au-delà des établissements, l'ARS encourage l'ensemble des structures de soins à intégrer progressivement ces préoccupations environnementales, qui sont un enjeu sociétal, dans leur organisation.

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Démarrage des formations/sensibilisations des cadres (établissements et ARS)
2024	- Inscription des objectifs de transition écologique dans les nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ES/ESMS - Intégration de la notion d'environnements favorables à la santé dans les nouveaux projets d'aménagement (nouveaux établissements, extension, reconstruction...) et projets d'établissement
2024	- Réseau régional des ES/ESMS fonctionnel avec missions spécifiques (informer, conseiller, outiller, former...) - Ouverture d'aides spécifiques (appels à projet, appels à manifestation d'intérêt...)

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Proportion d'ES/ESMS en CVL engagés dans le suivi de leur démarche de développement durable selon l'indicateur de l'ANAP : Mon Observatoire du Développement Durable (MODD)	2019 : 14 ES/ESMS (1 %)	35% des ES/ESMS engagés fin 2025	85% des ES/ESMS engagés
2	Proportion de CPOM renouvelés intégrant des critères d'environnements favorables à la santé	0	50% fin 2025	90%

b) Indicateur de résultat :

- Engagement des ES/ESMS de la région CVL dans la transition écologique et les environnements favorables à la santé aligné sur la médiane des ES/ESMS de la France métropolitaine au travers de l'indicateur défini par l'ANAP (indicateur de maturité globale).

¹³ Décarboner la santé pour soigner durablement, The Shift Project, rapport, novembre 2021 : <https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2021/11/211125-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante.pdf>



CHAPITRE 3 : DÉMOGRAPHIE ET ATTRACTIVITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Introduction

La question de la démographie des professionnels de santé est cruciale pour la région Centre-Val de Loire, qui se caractérise par une offre de soins globalement insuffisante du fait d'un manque de médecins et de professionnels paramédicaux, ainsi que par des inégalités territoriales marquées. Cela se manifeste notamment par des difficultés majeures d'accès à un médecin traitant dans une large partie du territoire, mais aussi par la plus faible densité métropolitaine en médecins spécialistes, avec d'importantes inégalités internes (Indre-et-Loire : 17^e département de France, Indre : 94^e). Sont aussi concernés les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes notamment. Des tensions fortes sur le recrutement des paramédicaux s'observent également : infirmiers, puériculteurs, masseurs-kinésithérapeutes, aides-soignants, manipulateurs en radiologie, les orthophonistes, les orthoptistes et les psychologues...

L'insuffisance des effectifs se double, pour l'ensemble des métiers de la santé, d'un taux de fuite (première prise de poste hors région) des étudiants diplômés plus élevé que la moyenne nationale : 42 % chez les étudiants en médecine, 43 % chez les étudiants en soins infirmiers, 80 % chez les étudiants kinés. Seule la profession aide-soignante échappe à ce constat, avec des diplômés qui, à plus de 74 %, restent travailler dans la région, le plus souvent dans le département où ils ont été formés. Cependant, le nombre de candidatures à l'entrée des instituts de formation baisse régulièrement depuis quelques années, dénotant un moindre attrait pour l'exercice de ce métier.

À l'inverse la demande de soins – notamment en médecine générale mais également sur les professions paramédicales mobilisées sur l'accompagnement de la grande dépendance (infirmiers et aides-soignants) –, déjà importante aujourd'hui, continuera de croître dans les cinq prochaines années du fait du vieillissement de la population.

Sachant qu'il faut quelques années pour former des paramédicaux mais dix ans en moyenne pour faire d'un étudiant un médecin, la courbe de densité médicale baissera en France et en région dans les cinq prochaines années (nombreux départs en retraite, diplômés en fin de cursus encore en nombre insuffisant) avant de retrouver, autour de 2031, son niveau bas actuel, puis de le dépasser (conf. nat. ONDPS 2021).

Cette situation pose plusieurs questions : comment calibrer l'augmentation du nombre de professionnels de santé à former en région afin de répondre aux besoins de santé à venir de la population ? Comment améliorer le taux de fidélisation des étudiants diplômés ? Comment promouvoir et garantir, avec une augmentation substantielle des étudiants en santé formés, une offre de formation de qualité qui réduise le taux de fuite hors région à la sortie d'école ?

Chiffres clés

85 % de la population régionale vit dans une zone sous-dotée en offre de soins (zonage 2022).

99,8 pharmaciens pour 100 000 habitants en Centre-Val de Loire, contre une moyenne nationale de 110,1 (10^e région)

47 dentistes pour 100 000 habitants en Centre-Val de Loire, contre une moyenne nationale de 66,6 (avant-dernière région)

115 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 59 ans en Centre-Val de Loire, contre une moyenne nationale de 119,1 (11^e région)



385,1 infirmiers pour 100 000 habitants en Centre-Val de Loire, contre une moyenne nationale de 549,3 (dernière région)

85,6 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en Centre-Val de Loire, contre une moyenne nationale de 129,9 (dernière région)

Objectif opérationnel n°5 : Former plus et mieux sur l'ensemble des six départements

1. Situation actuelle

Pour répondre aux besoins du système de santé, des progrès ont été faits sur l'augmentation des capacités de formation et le nombre de professionnels à former (effet volume) ainsi que sur l'évolution des pratiques en matière de formation (effet valeur).

Si quelques formations en santé (sages-femmes, manipulateurs en électroradiologie médicale, orthophonistes, orthoptistes, psychologues) ont vu leurs effectifs stagner sur la période 2017-2022, par manque de capacité enseignante ou de terrains de stage permettant de garantir l'intégralité de la formation en région, la quasi-totalité a bénéficié d'une forte augmentation (médecins, dentistes, pharmaciens, kinés, infirmiers, aides-soignants).

Le Collegium-santé, chargé de promouvoir la pluridisciplinarité et la pluriprofessionnalité, a réuni l'ensemble des instances de formation des professionnels de santé de la région au moins deux fois par an, y compris en 2020 et 2021 pendant la pandémie de Covid-19. Le développement de cours à distance et l'usage de la simulation en santé ont été accélérés pendant la crise sanitaire, qui a eu un effet catalyseur. Un état des lieux exhaustif des utilisations et des besoins en la matière est en cours de finalisation.

Les internes en médecine bénéficient aujourd'hui d'une offre de formation plus fournie et d'un accompagnement à l'installation plus ciblé :

- Diversification de l'offre de stages grâce à l'augmentation des propositions en ambulatoire (+ 46) ;
- Plus de lieux de stage : 417 stages en 2021 (Spé : 49, MG : 368), contre 371 en 2018 (Spé : 31, MG : 340) ;
- Recours croissant aux contrats d'engagement de service public (CESP) : 19 en 2022, contre 16 en 2018 ; avec un accompagnement personnalisé des projets de CESP : 30 installations en zone sous-dense depuis 2010 et 84 en cours de formation.

Des difficultés subsistent cependant et d'autres apparaissent. Les efforts des établissements de santé se sont parfois concentrés sur les étudiants en médecine et insuffisamment sur les autres professions médicales (notamment les sages-femmes) et paramédicales (infirmiers, kinés, aides-soignants, orthophonistes), qui ont également besoin d'un encadrement pédagogique et de facilités de logement.

La capacité d'encadrement en ambulatoire est insuffisante, ce qui limite la répartition des professionnels de santé sur le territoire pendant leur formation, dans les disciplines ou spécialités à exercice majoritairement libéral (médecins généralistes, kinés, sages-femmes...).

Enfin, la concentration des internes en médecine sur l'axe ligérien persiste, les départements du Cher, de l'Indre et d'Eure-et-Loir demeurant largement sous-dotés par rapport au Loiret, au Loir-et-Cher et surtout à l'Indre-et-Loire, malgré la stricte application du taux d'inadéquation de 107 % (plus de postes disponibles que d'internes).



2. Enjeux

Adapter la formation des professionnels de santé aux besoins du système de santé dans une vision préservant la qualité de la formation et de l'accompagnement pédagogique, afin de fidéliser les étudiants, futurs professionnels, en Centre-Val de Loire.

S'assurer d'une meilleure répartition territoriale en anticipant le possible choix d'installation et d'exercice à travers des lieux de stages répartis dans tous les territoires, y compris les endroits les plus isolés.

Aider les étudiants en santé à bâtir leur projet professionnel et à se projeter dans un exercice en région.

3. Description de l'objectif

Augmenter le nombre de professionnels formés, en veillant à la qualité des formations et à une meilleure répartition territoriale, notamment des stages.

4. Modalités de mise en œuvre

Continuer à augmenter les quotas et le nombre de diplômés des études en santé pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales

- En médecine, la création d'un centre hospitalier universitaire (CHU) et d'une faculté de médecine à Orléans portera les effectifs à 1 100 étudiants (1^{re}, 2^e et 3^e année) en 2025 sur le site orléanais et jusqu'à 500 internes formés chaque année en région (+ 67 % par rapport à 2022).
- En odontologie, une montée en charge progressive verra le nombre d'étudiants passer de 28 en 2022 à 49 par an à partir de 2027 (+ 75 %). La création en 2022 d'une faculté d'odontologie à Tours permettra à terme de former 294 étudiants en région.
- Concernant les sages-femmes, malgré une légère augmentation des effectifs entre 2013 et 2021 (+ 15 %, contre + 13 % au niveau national), les flux de formation doivent être revus à la hausse, avec la création potentielle d'une nouvelle école de sages-femmes à Orléans, à proximité de la plus grosse maternité de la région. Cependant, cette discipline attire aujourd'hui moins d'étudiants et le manque d'encadrants crée une tension réelle sur les lieux de stage.
- Un passage de 1 600 à 1 800 places en formation d'infirmier est prévu d'ici 2030 (+ 12,5 %). L'augmentation de la part de diplômés d'une promotion doit également être favorisée, la moyenne régionale se situant à 79 % contre 83 % au niveau national, avec de fortes inégalités entre départements : 71 % dans le Cher et l'Indre, 79 % dans le Loiret, 80 % dans le Loir-et-Cher, 84 % en Eure-et-Loir et 86 % en Indre-et-Loire.
- Pour les masseurs-kinésithérapeutes, formés uniquement à Orléans, l'augmentation des quotas réenclenchée en 2021 doit se poursuivre (+ 5 par an), pour atteindre 110 étudiants en 2024. L'opportunité de la création d'antennes d'instituts dans les départements les plus sous-denses de la région (Eure-et-Loir, Indre et Cher) est à étudier, eu égard au besoin de ces territoires.
- Deux écoles forment les manipulateurs en électroradiologie médicale en région : le CHRU de Tours (37 places depuis 2022, contre 35 auparavant, dont 2 réservées à la formation professionnelle continue) et le lycée Voltaire à Orléans (24 places). Une augmentation des effectifs est à envisager.
- La formation en orthophonie, délivrée par l'UFR de médecine de Tours, a vu ses quotas augmenter de 39 à 50 places en 2019. Cette progression doit se poursuivre dans les années à venir, avec en parallèle un travail sur l'augmentation du nombre de terrains de stage.
- Pour les orthoptistes, le quota de formation, porté à 17 places en 2020 et 2021, est revenu en 2022 à son niveau initial de 15 places en raison de la raréfaction des places en stage.



- Concernant la formation d'aide-soignant, le taux d'emploi s'élève à 93 %, l'offre de postes ayant progressé de 68 % entre 2016 et 2021. Le premier recruteur est aujourd'hui le secteur de la personne âgée. Cependant, les EHPAD peinent à trouver des professionnels formés. Aussi l'augmentation des quotas doit-elle se poursuivre, à hauteur de + 5 % à + 10 % par an jusqu'en 2028. Parallèlement, l'accès au diplôme d'aide-soignant sera facilité par le déploiement de la validation des acquis de l'expérience (VAE) et par le développement de la formation en alternance/apprentissage grâce à un accompagnement financier des établissements qui s'engageront dans cette démarche.

En matière de cibles d'augmentation des places en formation, il s'agira d'avoir des objectifs régionaux concertés notamment avec le Conseil régional en se dotant d'outils partagés d'évaluation et de projection des besoins.

Promouvoir des candidatures du bassin d'emploi ou de la région

Alors que l'origine géographique locale accroît la probabilité de rester en région, la mise en œuvre du dispositif Parcoursup pour les sélections en entrée de formation a « nationalisé » le recrutement (34 % de candidats originaires d'autres régions que le Centre-Val de Loire aujourd'hui, contre 28 % avant). Il convient donc de susciter des candidatures en proximité et, concernant la médecine, de poursuivre le dispositif Ambition Sup en l'élargissant à davantage de lycées du Cher, de l'Indre et d'Eure-et-Loir. Des campagnes de sensibilisation et de communication sur les métiers de la santé doivent également être menées dans les territoires, avec les partenaires locaux (conseil régional, conseils départementaux, CH, EHPAD...), auprès des collégiens et lycéens pour leur faire connaître les universités et les écoles de formation à proximité et les accompagner dans les démarches à effectuer.

Une politique proactive est à mener pour augmenter les formations en apprentissage pour un certain nombre de professions (aide-soignant, infirmier, manipulateur en radiologie, ambulancier, masseur-kinésithérapeute, etc.). Des partenariats spécifiques doivent également être noués ou renforcés avec Pôle emploi afin d'aider les employeurs grands pourvoyeurs de postes (établissements de santé, EHPAD, etc.) à recruter au plus près, parmi des publics peu mobiles. Les dispositifs « Défi », « Mon Emploi près de chez moi », « Dessine-moi le travail », etc. ont vocation à être déployés sur un plus grand nombre de territoires. Pour faciliter la conjonction entre offre de formation et besoins, une enquête pour identifier les postes vacants en établissements et services médico-sociaux sera réalisée.

Enfin, une action peut être portée conjointement avec le rectorat pour encourager l'adoption d'une dérogation permettant aux instituts paramédicaux, à l'instar de la médecine, d'intégrer des critères territoriaux dans le recrutement de leurs candidats.

Promouvoir des parcours territoriaux de stage

La politique de proximité renforcée à l'entrée en formation doit s'accompagner d'offres de stage couvrant tous les départements du Centre-Val de Loire, en établissements de santé sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'en ville. Pour chaque profession, les stages doivent être identifiés et cartographiés afin d'offrir aux établissements des zones rurales et isolées la possibilité d'être choisis par les étudiants. Chacun d'eux devrait pouvoir effectuer au moins un stage dans un territoire sous-dense au cours de son cursus. La cartographie des lieux de stage aura aussi une valeur d'engagement pour les établissements à accueillir des stagiaires, dans le but d'éviter d'envoyer les étudiants de certaines formations se former en dehors de la région.

Un fonctionnement territorial des instituts est par ailleurs à développer, en encourageant la mutualisation de l'ingénierie pédagogique, des salles de cours, des lieux de stage et des intervenants afin de gérer au mieux l'augmentation du volume d'étudiants, tout en prenant en compte les besoins et les capacités de leur territoire.



Cette mutualisation doit aussi se faire entre filières de formation, avec l'université par exemple, dans le cadre des enseignements contributifs et de l'enseignement de la recherche en soins. Il y a également besoin d'innover avec des plateformes numériques et des techniques pédagogiques hybrides. Cela permettra de renforcer la pertinence des enseignements et leur qualité, en s'adaptant aux contraintes contextuelles et sanitaires.

La mutualisation doit également concerner, sur un territoire donné, professionnels et équipes pédagogiques. Elle prend ainsi tout son sens avec le développement de la simulation autour de scénarios co-construits par les établissements et les instituts, tout en associant les concepts de pluri et d'interdisciplinarité. Pour mettre en œuvre cette territorialité, des postes partagés instituts/CH, instituts/instituts et instituts/université doivent être encouragés.

Préserver la qualité de la formation en stage : accueil – encadrement – accompagnement

Les stages doivent faire l'objet d'une attention toute particulière afin d'encadrer et d'accompagner les apprenants dans une logique de qualité et de bienveillance. La mise en place et/ou la consolidation du tutorat et des maîtres de stage doit pour cela être reconnue et valorisée, aussi bien dans les établissements que pour les libéraux : par une formation des tuteurs, un temps dédié considéré comme une activité à part entière et potentiellement une indemnisation complémentaire du tuteur, facteur de motivation.

Dans les établissements, un état des lieux des tuteurs est à établir avec les directions des soins et les infirmiers coordonnateurs des ESMS afin d'identifier un volume et de dégager un temps pertinent dédié. Dans le secteur libéral, en particulier pour les infirmiers, ce rôle de tutorat est à construire. Il facilitera la création de nouveaux terrains de stage en ambulatoire. La mise en place du tutorat s'accompagne ainsi d'interactions fortes entre instituts, encadrants et futurs professionnels.

Développer la simulation en santé et les formations hybrides

Afin d'optimiser les places en stage et de ne pas surcharger les services, des techniques pédagogiques innovantes peuvent être mises en place en vue de mieux préparer à la mise en stage et à l'aspect professionnalisant du parcours de formation, en lien avec l'optimisation de la planification des stages.

Cette évolution doit se faire en parallèle avec la certification qui permet aux futurs professionnels d'obtenir les diplômes d'État, afin que cette diplomation puisse elle aussi apporter une réponse adéquate aux besoins de santé.

Pour certaines formations (notamment les Instituts de formation en soins infirmiers et les instituts de formation des aides-soignants), le développement de la simulation doit permettre de maintenir un niveau de formation exigeant en évitant un trop grand nombre d'étudiants en stage au même moment dans les établissements et en ville, avec comme ligne directrice « jamais la première fois sur le patient ».

Considérer et répondre à la précarité étudiante en développant transports et logements

Potentiellement éloignées des lieux de formation théorique, les propositions de stage doivent garantir aux candidats d'étudier dans de bonnes conditions. L'hébergement à titre gracieux est notamment indispensable. L'absence de logement ou de mauvaise qualité, tout comme l'absence de transports ou leur coût (de plus en plus d'étudiants, notamment dans les formations paramédicales, n'ont pas le permis et/ou sont mineurs) sont de réels freins pour les étudiants. Ces objectifs se construisent en bonne intelligence avec les collectivités territoriales. En matière de transports, les conventions de mobilité envisagées par le Conseil régional avec les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) peuvent contribuer à améliorer fortement à la fois la mobilité des soignants et de la population. Concernant le logement, la mise en place d'hébergements accueillant tout type d'étudiants en santé (exemple des résidences Pro Santé cofinancés par des crédits européens, régionaux et départementaux) peut favoriser leur présence dans des lieux de stages plus reculés.



Évaluer et suivre les formations et les cohortes

Les universités et instituts s'inscrivent dans une dynamique non seulement pédagogique mais aussi d'insertion professionnelle, avec une responsabilité sociale d'entreprise tournée vers le territoire. L'évaluation des dispositifs de formation, en lien avec les réformes et la hausse des capacités en entrée, ainsi que le suivi des cohortes et de l'employabilité en sortie de formation nécessitent, au niveau régional, des indicateurs communs à tous les départements. L'organisation d'un recueil de données au fil de l'eau concernant les sélections, les diplomations et l'employabilité en région doit aboutir à un outil de suivi harmonisé, partagé et continu entre les universités, les instituts, les établissements, l'Agence régionale de santé et le Conseil régional. L'intégration de la pluriprofessionnalité dans la formation des soignants est une ligne de fond soutenue par l'ARS.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	Sous-indicateurs	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de places ouvertes en instituts de formation	AS	1374	1445
		IDE	1456	1800
2	Taux d'installation à l'issue des formations en région tous métiers		En cours	80%



CHAPITRE 3 : DÉMOGRAPHIE ET ATTRACTIVITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Objectif opérationnel n°6 : Fidéliser les soignants en exercice et valoriser l'attractivité du territoire pour augmenter les installations en région

1. Situation actuelle :

Dans la perspective des départs en retraite des prochaines années et face aux tensions démographiques actuelles des soignants dans les trois secteurs (ville, hospital, médico-social), il est nécessaire d'améliorer la fidélisation des soignants en poste et d'inciter de nouveaux professionnels à venir exercer en région Centre-Val de Loire.

Outre la valorisation de la région, l'accompagnement des professionnels de santé dans la connaissance des projets de territoire est un levier à renforcer. Plusieurs études^{14 15 16} démontrent en effet l'importance des dynamiques de terrain (Équipes de soins primaires - ESP, Maisons de santé pluridisciplinaires - MSP, Centres de santé, Communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS) dans les choix d'installation.

Cet accompagnement sera d'autant plus efficace que le message sera accessible et simple, avec des informations à la fois sur les soins et d'ordre administratif, scolaire et d'emploi pour les conjoints. À cet effet, les acteurs institutionnels (ARS et Assurance Maladie d'une part, collectivités territoriales d'autre part) doivent encore renforcer leurs collaborations et complémentarité afin de rendre les dispositifs d'attractivité disponibles plus lisibles autour d'un plan régional unique.

Les projets de territoire doivent encourager le développement d'exercices mixtes, potentiellement attractifs pour les professionnels de santé car permettant la diversification des pratiques professionnelles et des patients rencontrés. Preuve d'une connaissance réciproque entre acteurs d'un territoire, de coopérations/collaborations renforcées et de filières consolidées, l'exercice mixte se développe en Centre-Val de Loire. Chez les médecins généralistes, la proportion est supérieure à la moyenne nationale (9,62 % contre 8,31 %) et a connu sur la période 2018-2021 une progression deux fois plus importante qu'au niveau national (+ 1,4 point contre + 0,7, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES). Chez les spécialistes, si la région progresse plus vite que la moyenne nationale entre 2018 et 2021 (+ 1 point contre + 0,3), la proportion de praticiens en exercice mixte reste encore inférieure au niveau national (13,2 %, contre 15 %).

Enfin, des dispositifs territoriaux ciblés en faveur des départements hors de l'axe ligérien ne sont pas à exclure, pour leur permettre de compenser leurs désavantages « naturels » (éloignement à la faculté de médecine, transports difficiles, méconnaissance des services par les étudiants...).

La fidélisation des professionnels en exercice est une dimension majeure à porter en région, notamment à travers les politiques d'amélioration de la qualité de vie au travail.

¹⁴ *Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée*, Bachelet M., Anguis M., 2017 :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>

¹⁵ *Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?*, Chevillard G., Mousquès J., Irdes, 2020 : <https://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes.html>

¹⁶ *Enquête sur les déterminants à l'installation*, Conseil national de l'Ordre des médecins, 2019 : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>



2. Enjeux

Maintenir et développer l'offre de soins en Centre-Val de Loire. Déjà faible, l'offre de soins est fragilisée par l'insuffisance des effectifs paramédicaux. Ces dernières années, les établissements de santé et médico-sociaux publics et privés ont connu des difficultés de recrutement croissantes pouvant parfois conduire à la fermeture de lits ou de structures.

3. Description de l'objectif

Favoriser au maximum le recrutement de nouveaux soignants en région. Cela passe, d'une part, par une amélioration du taux de recrues issues de formations régionales et, d'autre part, par un accroissement de l'attractivité du territoire pour l'exercice soignant, médical ou paramédical.

Cet objectif est partagé par l'ensemble des acteurs de la région qui interviennent dans le champ de la réponse à la demande en soins de la population (conseil régional, agences d'attractivité, conseils de l'ordre, Caisse primaire d'assurance maladie - CPAM, URPS), en étroite collaboration avec l'Agence régionale de santé.

Fidéliser les professionnels de santé en exercice

4. Modalités de mise en œuvre

✓ **Pour renforcer les installations en région**

Accélérer une politique d'« aller vers » les professionnels de santé et les étudiants afin d'anticiper les sollicitations et d'ouvrir le champ des possibles pour favoriser l'installation, notamment dans les territoires ruraux

Il s'agit de guider les étudiants en santé durant leur formation, mais aussi et surtout de les accompagner dans leur parcours professionnel par la suite. Les actions devront être menées au plus près des lieux d'étude et d'exercice (faculté de médecine, instituts de formation, établissements de santé et médico-sociaux). Il est crucial d'échanger également sur l'évolution des métiers et les nouvelles pratiques (protocoles de coopération, Infirmier de pratique avancée - IPA, assistants médicaux, etc.). Ces actions devront être réalisées, dans la mesure du possible, en partenariat avec les autres acteurs institutionnels au niveau régional (conseil régional, URPS) et à l'échelle départementale (conseils départementaux, EPCI, etc.).

Affirmer une plus grande proximité et réactivité aux questionnements des acteurs de terrain

La proximité avec les acteurs de terrain est essentielle pour favoriser la réactivité dans les échanges avec les professionnels de santé et la mise en place de projets dans les territoires.

Accentuer la visibilité des dynamiques de territoire et des aides fournies par les collectivités territoriales et l'ARS

Plusieurs canaux de communication ont été mis en place pour accentuer la visibilité des actions et des informations nécessaires à la pratique des professionnels de santé (guides, PAPS, agence d'attractivité). De plus, une communication proactive est menée sur canaux de communication utilisés par les étudiants (réseaux sociaux) afin de promouvoir la région et de susciter des installations dans des zones sous-denses. La création, sur le site de l'ARS, d'une page web par département pourrait permettre aux étudiants de se projeter sur les aides (par exemple les aides à l'installation liées au zonage) et les projets dans les territoires qui les intéressent.



Mieux communiquer à l'extérieur sur les attraits de l'exercice en Centre-Val de Loire, avec des ambassadeurs composés de professionnels de santé

Les échanges entre pairs sont essentiels pour communiquer sur les nouvelles pratiques (IPA, assistants médicaux...) et sur l'exercice en général en Centre-Val de Loire. Dans le prolongement de la « soirée de l'installation » organisée par l'ARS, il serait souhaitable que des professionnels de santé jouent le rôle d'ambassadeurs afin de promouvoir auprès de leurs pairs les atouts et le dynamisme de la région (couverture en CPTS, télémédecine, plateaux techniques, deux facultés, Qualité de vie au travail - QVT...).

✓ Pour fidéliser les professionnels de santé en exercice

Développer une politique de qualité de vie au travail à l'échelle de l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux de la région

La région doit de se doter d'un plan visant à améliorer la Qualité de vie au travail (QVT) des personnels des établissements de santé – suivant la maxime « un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner » –, des établissements médico-sociaux et de l'ambulatoire. L'objectif est d'attirer et de fidéliser les talents en leur offrant des conditions de travail et de déroulement de carrière en adéquation avec leurs aspirations, de manière à garantir qualité et sécurité des soins.

L'ARS a commencé à financer des actions dans les ESMS en partenariat avec la CARSAT et l'ARACT, et a lancé une démarche de concertation et de co-construction avec les référents QVT, les directeurs des Ressources humaines (DRH) et les directeurs de Soins de la région. Elle va également renforcer les Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) et participera ainsi au financement d'actions locales et territoriales répondant à la nécessité de redonner du sens aux missions soignantes. De plus, un séminaire QVT sera organisé chaque année avec les managers des établissements et services de la région. La première édition se déroulera en juin 2023 sur le thème « Quels outils et moyens pour attirer et fidéliser nos professionnels de santé dans une démarche QVT ? ». Lors des travaux de restructuration des locaux des EHPAD, l'objectif sera de les rendre plus fonctionnels et mieux dotés en équipement de prévention des troubles musculo-squelettiques.

À l'accompagnement des établissements de santé et médico-sociaux dans l'adaptation de leur politique RH en matière de QVT, s'ajoutera la promotion des environnements favorables à la santé dans les ES/ESMS.

Promouvoir une politique d'accompagnement des professionnels de santé en termes d'évolution de carrière

Outre les aides proposées par l'ARS dans le cadre du recrutement de jeunes professionnels de santé (contrat d'allocation d'études, apprentissage), il est nécessaire d'accompagner les établissements de santé et médico-sociaux vers une politique d'accueil et un parcours d'intégration « personnalisé » des nouveaux arrivants. Cela permettra de répondre à leurs attentes et de leur donner une visibilité à moyen terme sur les perspectives qui s'offrent à eux. De plus, l'ARS renforce son investissement dans le cadre d'une politique de promotion professionnelle forte.

La mise en œuvre de la Convention d'objectifs partagés pour l'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie, signée le 28 octobre 2021 par de nombreux partenaires, va dans le sens des objectifs fixés : changer l'image des métiers du grand âge, favoriser l'accès à ces métiers pour les jeunes et les demandeurs d'emploi, favoriser la diversité des modalités de formation, améliorer la qualité de vie au travail. Le renforcement de l'accompagnement à domicile des personnes âgées ne pourra se faire qu'avec l'appui des services d'aide à domicile qui connaissent actuellement des difficultés de recrutement semblables à celles rencontrées pour les professionnels de santé. Aussi, les actions en appui aux services d'aide à domicile inscrites dans la convention d'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie seront renforcées et poursuivies en lien avec les conseils départementaux.



Assurer le suivi des départs à la retraite, département par département, et agir sur l'allongement de l'exercice

Un pilotage par les ordres, les URPS et l'ARS doit permettre de connaître les départs en retraite et d'anticiper leurs impacts sur le territoire en proposant des remplacements ou des organisations permettant d'assurer l'offre. Lorsque cela est possible, des propositions de continuation d'activité, à temps partiel, en exercice coordonné, en exercice mixte ou en salariat, doivent être faites au professionnel futur retraité.

5. Modalités d'évaluation

- Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Solde annuel démographique des professions médicale/ paramédicales	Données étude ORS 2022	Stabilité pour les médicaux/+5% pour les paramédicaux
2	Nombre annuel de nouvelles installations en région (médecins, sages-femmes, dentistes, kinésithérapeutes, infirmier, pharmaciens)	N/A	à la baisse
3	Taux de mobilité extra régionale et interdépartementales des professions médicale, sages-femmes, kinésithérapeutes, IDE, pharmacien	Chiffres en attente du national	Chiffres en attente du national
4	Nombre [ou Part] d'ESSMS accompagnés action QVT / lutte contre la sinistralité	Chiffres en attente du national	Chiffres en attente du national



CHAPITRE 3 : DÉMOGRAPHIE ET ATTRACTIVITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Objectif opérationnel n°7 : Accompagner l'évolution des pratiques

1. Situation actuelle

Les professionnels de santé sont contraints de faire évoluer leurs pratiques pour :

- Suivre l'évolution des recommandations des sociétés savantes et les changements de leur métier, causés par l'avancement de la science et dont le but est d'améliorer la prise en charge des patients ;
- Suivre l'évolution de la société et les innovations de rupture, comme le développement du numérique en santé et la volonté de développer la recherche en soins avec une intégration de plus en plus marquée avec des parcours universitaires ;
- S'adapter et trouver des solutions organisationnelles à la pression de la demande de soins dans un contexte de diminution de l'offre.

Ces évolutions pour partie « subies » doivent se doubler d'une exigence de changement anticipé et voulu. C'est ce qui a présidé à la mise en place, dans le secteur libéral, des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi qu'au développement des exercices coordonnés, de plus en plus prisés par les professionnels et les plus jeunes générations.

En Centre-Val de Loire, malgré la forte pénurie médicale, certains dispositifs nationaux d'accompagnement à l'innovation et au changement de pratiques peinent à se généraliser : on compte seulement 177 assistants médicaux pour près de 2 700 médecins généralistes, 13 IPA diplômés en 2021 exerçant en région et 37 protocoles de coopération passés.

2. Enjeux

Développer les dispositifs d'accompagnement à l'innovation et au changement de pratiques professionnelles, pour maintenir et améliorer l'offre de soins malgré le contexte démographique.

3. Description de l'objectif

Améliorer le confort d'exercice des professionnels tout en augmentant la file active des patients vus. Il faut accroître le nombre d'assistants médicaux auprès des médecins, qui libèrent du temps médical en apportant une aide administrative, une aide lors des consultations et une aide à l'organisation et à la coordination avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients. Il convient également de développer l'exercice en équipe pluriprofessionnelle au sein des MSP et des centres de santé, qui favorise un accroissement du nombre d'inscrits et de la file active de patients¹⁷ (+ 88 patients).

Un deuxième niveau de réponse consiste à augmenter l'offre de soins par les délégations de tâches et les professions intermédiaires : généraliser le dispositif Action de santé libérale en équipe (ASALEE) ; développer le recours massif aux protocoles de coopération ; développer très fortement l'exercice des Infirmiers de

¹⁷ *Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes*, Cassou M., Mousquès J., Franc C., Irdes, 2021 : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/258-l-exercice-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-a-un-effet-positif-sur-les-revenus-des-medecins-generalistes.pdf>



pratique avancée (IPA) en région et s'appuyer sur l'expérimentation de primo-prescription, pour laquelle le Centre-Val de Loire fait partie des trois régions retenues.

Le dernier objectif est de bénéficier des avancées du numérique en santé pour gagner du temps soignant de coordination et de suivi notamment (*cf. Chapitre 9 : E-santé*).

4. Modalités de mise en œuvre

Quatre actions visent à développer les assistants médicaux :

- Prévoir des cibles par département, en partenariat avec les caisses primaires d'Assurance maladie
- Communiquer avec l'Assurance Maladie encore plus largement, y compris au sein des facultés de médecine (auprès du DUMG et des internes), sur l'existence de ce métier encore trop méconnu ;
- Prévoir des locaux, en partenariat avec les collectivités territoriales, pour les assistants médicaux lors de la construction de nouvelles MSP ou de centres de santé, afin que les murs ne deviennent pas limitants ;
- Accompagner les cabinets qui souhaitent embaucher des assistants médicaux sans disposer de l'espace suffisant, en se rapprochant des collectivités territoriales ;
- Accompagner les médecins dans l'envoi des assistants en formation, pour que ce processus soit le plus simple possible.

Concernant l'exercice coordonné, les MSP et les centres de santé doivent continuer à se développer dans les territoires sous-denses en s'appuyant sur le zonage médecin et l'assouplissement des conditions de création d'antennes sur leur territoire. Ils doivent pouvoir aussi avoir un recours accru aux protocoles de coopération via une procédure simplifiée pour l'accès aux protocoles nationaux et une priorisation des protocoles locaux développés. Une mise en relation doit permettre d'informer les équipes pour travailler avec elles sur les protocoles idoines à mettre en œuvre.

Outre l'augmentation importante du nombre d'IPA formés (de 25 à 50 par an à partir de la rentrée 2023), il faudra accompagner les diplômés dans leur installation en libéral (via un projet construit avec l'URPS et les CPTS) ou à l'hôpital (dans le respect du projet de service défini avant l'envoi en formation) pour s'assurer qu'ils exercent effectivement les missions prévues. La région promouvra l'expérimentation pour être une région pilote dans ce domaine.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateurs de pilotage*

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Evolution du nombre d'IPA de la région, formé en région et exerçant en région (Libéral /Salarié)	60	90	120
2	Evolution des protocoles de coopération utilisés	80	120	160
3	Evolution du nombre de professionnels de santé exerçant en MSP ou Centre de Santé	513	-	851



CHAPITRE 4 : SOINS URGENTS ET NON PROGRAMMÉS

Introduction

Les Soins non programmés (SNP) répondent aux besoins des patients souffrant d'un problème de santé qui ne relève pas de l'urgence vitale mais dont la prise en charge ne peut être ni anticipée ni retardée. Réalisés en journée, les SNP constituent pour la population une offre de proximité complémentaire et évitent le recours aux urgences. Cette organisation suppose de mettre en place des outils spécifiques pour apporter une réponse efficace et rapide.

La population de la région Centre-Val de Loire est profondément attachée aux urgences, auxquelles elle accorde une grande confiance. Capables de prendre en charge le risque vital comme la demande de soins courants, les services d'urgence accueillent chaque patient à toute heure du jour et de la nuit, sans distinction.

Objectif opérationnel n°8 : Assurer la réponse aux demandes de soins urgents et non programmés

1. Situation actuelle

Répondre à la demande de Soins non programmés (SNP) est une mission socle des CPTS, qui engage leurs médecins membres. La coordination avec les établissements de santé est un enjeu majeur. La mise en place des maisons médicales de garde (MMG), des centres de santé de SNP et la sollicitation des cabinets de ville compléteront également ce maillage territorial.

L'activité des urgences a connu une augmentation continue ces dernières années. Bien que des moyens aient accompagné cette évolution, celle-ci provoque des tensions croissantes, pour les patients comme pour les professionnels, qui ne peuvent garantir en permanence la qualité d'accueil et de prise en charge à laquelle ils sont attachés. Les raisons de cette situation sont multiples et varient d'un territoire à l'autre : difficulté d'accès aux soins de ville, difficultés à trouver une place ou un lit en sortie des urgences, coordination de la médecine de ville et des urgences elles-mêmes...

La contrainte de la démographie des professionnels de santé de la région impose une structuration de l'activité rigoureuse, dans un souci de continuité de l'accès aux soins urgents (SU) et non programmés.

Chiffre clé

836 772 passages aux urgences en 2022 en Centre-Val de Loire, contre 666 464 en 2020 (+ 20,35 %)

2. Enjeux

Stopper le processus qui a conduit à la banalisation du passage aux urgences faute d'un accès simple à un système de santé proposant une réponse adaptée à la situation de chacun¹⁸¹⁹²⁰.

Optimiser l'offre de SU/SNP/Soins programmés dans la région par une meilleure définition des missions de chacun.

¹⁸ *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Grall J.-Y., 2015 : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf

¹⁹ *Pour un pacte de refondation des urgences*, Mesnier T., Carli P. 2019 : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf

²⁰ *Mission flash sur les urgences et soins non programmés*, Braun F., 2022 : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/285557_0.pdf

3. Description de l'objectif

EN AMONT DES URGENCES

Soutenir la médecine de ville

- Aider la médecine de ville à se structurer sur la prise en charge des SNP, en lien notamment avec les CPTS et le déploiement du Service d'accès aux soins (SAS).
- Optimiser les ressources soignantes disponibles : faciliter, en lien avec les ordres professionnels, l'autorisation de cumul d'activité titulaire-remplaçant (Médecin généraliste – MG et Infirmier diplômé d'État libéral - IDEL) sur les périodes de tension estivale et hivernale ; recourir aux IPA.
- Promouvoir le recours à la téléconsultation, notamment sur les périodes de tension estivales et hivernales ; proposer d'ouvrir les téléconsultations aux effecteurs du SAS ambulatoire et discuter de la capacité des médecins généralistes installés à en réaliser.
- Organiser la continuité des soins en dehors des heures de Permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Renforcer la coordination ville-SAMU

- Dans cadre du SAS, renforcer le lien entre le Service d'aide médicale urgente (SAMU) et l'offre de consultations médicales sans rendez-vous ; couvrir l'ensemble des plages de régulation SAS de médecine générale aux horaires de journée tout en assurant une offre d'effectif SNP.
- Augmenter le nombre des consultations MRT (Majoration régulation médecin traitant - patient adressé par le SAMU).
- Élargir les compétences du SAS départemental à l'ensemble des professionnels de santé (les spécificités sociale, pédiatrique, psychiatrique, addictologie et gériatrique ont déjà été identifiées pour intégrer ce dispositif), afin de favoriser le développement de filières d'entrée directe et d'éviter le recours aux Services d'accueil des urgences (SAU).
- Mobiliser les infirmiers libéraux volontaires pour assurer une réponse aux SNP, à la demande de la régulation médicale du SAMU-SAS.
- Développer l'application des protocoles de coopération entre professions de santé sous coordination médicale dans les territoires volontaires, notamment les Infirmiers diplômés d'État (IDE) et les pharmaciens d'officine ; poursuivre le travail de délégation de tâche suivant la prescription d'une régulation médicale (SAMU, médecin régulateur SAS, téléconsultation), en lien avec les pharmacies effectrices.

Soutenir les SAMU

- Favoriser le déploiement des unités mobiles de télémédecine indépendantes du SAMU/SAS intervenant sur demande du SAMU/SAS.
- Renforcer les effectifs d'Assistants de régulation médicale (ARM) exerçant dans les SAMU.
- Intégrer la vidéorégulation dans tous les SAMU afin de compléter l'arsenal du médecin dans l'exercice de la régulation.
- Travailler à des filières de prescription de la régulation médicale SAMU ou SAS de transport sanitaire vers les effecteurs volontaires pour des créneaux de SNP.
- Éviter le recours aux urgences des patients sans accès rapide à un médecin autre qu'urgentiste qui sont fragiles, polyopathologiques, en phase palliative ou à risque de perte d'autonomie suite à une hospitalisation ou un passage au SAU, en mobilisant l'Hospitalisation à domicile (HAD) directement dès l'appel SAMU.



URGENCES/SMUR

Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés

- Prioriser le maintien d'une ligne de SMUR mutualisée avec les urgences, en organisant parallèlement la continuité des soins au sein de l'établissement et la médecine de ville ; organiser une réponse maintien service d'urgence/SMUR coordonnée sur un territoire, notamment en période de tension, avec la communication de la réorientation vers les dispositifs de médecine de ville de proximité, dans le cadre d'une procédure concertée territoriale.
- À l'aide d'un outil prédictif de pic d'activité, anticiper les renforts saisonniers nécessaires dans les SAU.
- Améliorer le transport sanitaire à l'entrée et en sortie des SAU ; mettre en place un système de géolocalisation des ambulances de transport sanitaire urgent ; évaluer l'organisation de la garde ambulancière pour continuer d'améliorer sa disponibilité ; réfléchir au dimensionnement du besoin en transport de garde vers le domicile en fonction de l'activité dans les Services ambulatoires (SA).
- Maintenir l'équipe d'astreinte médicale SMUR secondaire territoriale Berry.
- Proposer la mise en place d'une équipe paramédicale de médecine d'urgence (EPMU) départementale.
- Poursuivre la réflexion autour de la coordination régionale HeliSMUR.
- À l'aide de dispositifs innovants, réfléchir à l'optimisation de la couverture des zones blanches (Médecins correspondants du SAMU - MCS, VLI, équipe paramédicale d'urgence).

Renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences

- Améliorer la qualité des données régionales de la médecine d'urgence via l'Observatoire régional des urgences (ORU).
- Informer la population via une campagne régulière nationale et locale sur le bon usage des services d'urgence et l'accès à l'offre territoriale de SU/SNP alternative.
- Mener un travail territorial, voire interdépartemental, sur les SAU afin d'organiser et de fluidifier au mieux l'articulation entre les différentes structures, pour adapter la réponse aux besoins de la population en tenant compte de la démographie médicale.

Améliorer la prise en charge aux urgences

- Améliorer la qualité de vie au travail des personnels des SAU/SMUR.
- Développer l'Intelligence artificielle (IA) pour l'interprétation de radiologies, la prédiction des flux ou encore la connaissance en temps réel de l'état de saturation des différents SU.

EN AVAL DES URGENCES

Fluidifier l'aval des urgences

- Fluidifier l'aval des urgences grâce à la sanctuarisation quotidienne de lits dédiés, grâce au Besoin journalier minimal en lits (BJML).
- Améliorer l'aval vers les EPHAD et les Soins médicaux et de réadaptation (SMR).



- Favoriser les transferts d'un SAU vers le service d'aval d'un autre Établissement de santé (ES) en évitant le nouveau passage au SAU.
- Améliorer le recours à l'Hospitalisation à domicile, notamment par l'évaluation HAD systématique à l'entrée en EHPAD, afin d'éviter le recours au SAU ; développer l'HAD.
- Travailler à l'affichage systématique des lits disponibles en HAD dans les logiciels des cellules de gestion des lits aux SU et services d'aval.

Gestion des lits

- Mettre en place obligatoirement la fonction de « bed manager » dans tous les établissements de santé sièges de SU.
- Mettre en place une gestion territoriale des lits d'aval sous la responsabilité de l'ARS.

4. Modalités de mise en œuvre

Les leviers de mise en œuvre sont à la fois nationaux et régionaux : recours aux mesures financières incitatives existantes, délégation de tâche et développement de nouveaux corps de métier, possibilité de cumul d'activité, mobilisation de médecins retraités, nouveaux outils.

L'ARS s'appuiera sur les instances de coordination et de concertation en place, comme le CAROMU, et sur des échanges réguliers avec l'ensemble des acteurs de la filière (CTRU, GHT, CPTS, SAMU, etc.). La communication sur les leviers existants est également importante, pour développer le recours aux consultations avec majoration MRT, encourager l'inscription à la formation des ARM...

Une coordination territoriale doit permettre de garantir la continuité de l'accès aux soins urgents et non programmés lors des fermetures partielles d'activité d'un SU ou d'un SMUR. Elle pourra s'appuyer sur les leviers proposés par la réforme des autorisations.

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
À partir de 2024	Doubler les admissions en HAD des SU/SAMU annuellement
2028	Créer une EPMU par département
2025	Assurer le déploiement du SAS dans tous les départements
2028	Mettre en place une cellule de coordination territoriale puis régionale de gestion des lits

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	Sous-indicateurs	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Part des CCMU au SAU	Part des CCMU2 au SAU	15%	Baisser par rapport à 2022 50%
		Part CCMU1 aux SAU	123890 Passages/an en Région	24718 passages/an en Région
2	Nombre ARM		0%	Baisser par rapport à 2022 de 80%"
3	Nombre d'EPMU départementale		1	100%



4	Part des professionnels de santé effecteurs dans le SAS		Chiffres en attente du national	Chiffres en attente du national
---	---	--	---------------------------------	---------------------------------

b) *Indicateurs de résultat :*

- Taux d'évolution du nombre de RPU : +0.5% en 2028 par rapport à 2022
- Taux de mortalité dans les SAU : diminution (tendre vers 0,005%)
- Nombre de lignes SAU maintenue H24 : 27
- Nombre de lignes SMUR maintenue H24 : en cours



CHAPITRE 5 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS EN POPULATION GÉNÉRALE

Introduction

L'état de la démographie médicale en Centre-Val de Loire (*cf. Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé*) impacte l'offre de soins de proximité disponible pour la population, entraînant un retard dans l'accès aux soins et des ruptures de parcours, mais elle impacte aussi l'activité des services de soins de spécialité et des urgences. Des leviers sont à trouver de part et d'autre pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Objectif opérationnel n°9 : Organiser un panier de soins de proximité à l'échelle de la CPTS

1. Situation actuelle

L'offre de soins de proximité en Centre-Val de Loire est en tension et manque de lisibilité pour les patients. Et ce, même si de grandes évolutions sont à l'œuvre depuis le PRS 2, notamment grâce à la couverture quasi intégrale de la région par les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et à la création de nombreuses structures d'exercice coordonné comme les Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), les Équipes de soins primaires (ESP) et les Centres de santé (CDS).

2. Enjeux

Améliorer l'accès aux soins et la prise en charge de proximité en développant la notion de « panier de soins », en termes d'acteurs, de structures, de coordination et d'accès.

3. Description de l'objectif

Organiser un « panier de soins » de proximité pour la population à l'échelle des CPTS, à travers une approche plurielle et transversale de l'accès aux soins. Cet accès doit tenir compte des besoins et des ressources territoriales (MSP, ESP...), de l'organisation des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), de la CPTS ou des Inter-CPTS, qui sont d'excellents niveaux de lien ville-hôpital.

Cet objectif contribue à celui de prévenir le renoncement aux soins, et de permettre l'accès de la population à un médecin traitant ou une équipe traitante.

4. Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de faciliter l'accès aux soins en préservant le temps médical par l'organisation, la mobilisation des compétences et la mise en place de leviers nouveaux en amont de la prise en charge médicale. Un socle minimal commun est établi par les acteurs de terrain comme le panier de soins à proposer à l'échelle de la CPTS ou de l'InterCPTS. Celui-ci prend en compte l'offre de médecins généralistes, des infirmiers, et des pharmaciens du territoire, complétée par celle des odontologistes et masseurs-kinésithérapeutes. Ce panier de soins peut être élargi en prenant en compte les autres professionnels présents sur le territoire (aide à domicile, assistant social, orthophoniste, sages-femmes, dermatologue, diététicien, coordinateur de parcours, ergothérapeute, ophtalmologue, pédicure podologue, psychologue, gynécologue, pédiatre, psychomotricien, transport vers un lieu de soins...).

Dégager du temps médical

La structuration du territoire régional, porteur de nombreux projets d'exercice coordonné (*cf. Objectif opérationnel n°6 : Attirer et fidéliser les professionnels de santé dans la région*), doit nous amener à



augmenter le nombre de ces structures et à conforter celles existantes, en veillant notamment à la représentativité pluriprofessionnelle et en incitant à la signature des ACI, mais aussi à promouvoir de nouveaux dispositifs comme les équipes de soins spécialisés. Un outil de suivi de ces structures de type observatoire doit permettre de connaître en temps réel l'offre de soins proposée dans la perspective d'une consolidation du réseau actuel et futur. En parallèle, il est indispensable de promouvoir les coordinateurs de MSP et de CPTS, qui sont d'excellents outils de lien et qui participent à la pérennité de ces structures. L'objectif est de favoriser, à partir de ces structures d'exercice coordonné, l'analyse et l'évaluation des pratiques professionnelles entre pairs ou pluriprofessionnelles.

Il convient également de conforter la place des CPTS, en œuvrant pour les porter toutes à un même niveau de maturité, partout sur le territoire, mais aussi en développant les collaborations avec le milieu hospitalier par l'augmentation du nombre de conventions entre les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les Centres hospitaliers (CH).

Préserver le temps médical passe par une coordination globale avec l'ensemble des acteurs de la santé : soignants, non-soignants, assistants sociaux... Une réflexion collective sera engagée sur l'allègement des démarches administratives, grâce au développement de nouveaux métiers (assistant médical) ou en visant la délégation de certaines missions à d'autres professionnels de santé (certificats médicaux, de décès).

De nouvelles modalités de prise en charge devront être mises en place, à travers la possibilité de recourir à des professionnels de santé en première intention mais aussi le rôle des pharmaciens correspondants ou des sages-femmes référentes. Celui des infirmières en pratique avancée permettra également d'allouer plus judicieusement le temps médical. Dans cette même optique, il sera important de considérer le rôle des kinésithérapeutes et autres professionnels de santé dans l'orientation des patients. Cette démarche pourra s'appuyer sur le maillage et le rôle des Infirmiers diplômés d'Etat libéraux (IDEL), par exemple via les consultations médiées.

Il faudra également développer la délégation de tâches, les protocoles de coopération, la téléconsultation ainsi que la téléexpertise et la téléadaptabilité. Lorsque ces nouveaux outils numériques ont apporté des améliorations concrètes pour les patients, leur utilisation doit être étendue à d'autres professionnels de santé.

Le développement de ces nouvelles modalités de prise en charge nécessite de lever les freins juridiques et psychologiques et d'instaurer des « réflexes de soins ». Cela passe par la mise en avant de ces pratiques par les médecins volontaires pour encourager ceux qui sont réticents, et la création d'équipes territoriales d'appui pour déployer efficacement les initiatives. Il est également indispensable de clarifier les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués et de renforcer la connaissance mutuelle entre professionnels.

L'intelligence artificielle et les objets connectés peuvent jouer un rôle essentiel pour soutenir les professionnels de santé libéraux dans leur diagnostic et dans la création de parcours de soins pour les patients. Ces nouveaux outils devront se développer via une plateforme d'appui régionale dédiée.

Il convient enfin de libérer du temps de soins pour les autres professionnels de santé, en assurant la promotion de nouveaux outils comme les logiciels de gestion de dossier pour les kinésithérapeutes et les IDE ou les systèmes de dispensation robotisés dans les pharmaciens.

Faciliter l'accès aux soins de l'ensemble de la population

Il s'agit de mettre en œuvre de nouveaux outils d'accès aux soins, tels que les aides au transport, les équipes mobiles et les consultations avancées de spécialité. Cette stratégie de l'« aller-vers » nécessite de distinguer la médecine ambulante (médibus par exemple) de la médecine à domicile et de soutenir les professionnels de santé en les outillant. Pour autant, un équilibre doit être trouvé entre l'« aller-vers », qui implique des temps incompressibles, et le transport vers les lieux de soins. Des alternatives favorisant l'« amener-vers » (lignes de bus spécialisées à la demande, taxis...) doivent être mises en place, en lien avec les collectivités territoriales,



notamment le Conseil Régional qui souhaite développer des conventions de mobilité avec les Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

En matière de biologie, la région Centre-Val de Loire dispose au 31 janvier 2022 d'une répartition harmonieuse de sites de laboratoires de biologie médicale (LBM) publics et privés. La délimitation des zones de biologie médicale prend en compte l'accessibilité géographique des patients aux sites des laboratoires de biologie médicale en vue des prélèvements biologiques, la communication des résultats des analyses dans des délais compatibles avec l'urgence et l'absence de risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale.

Toutes les communes de la région sont situées à moins de 30 minutes de trajet motorisé d'un LBM à l'exception de huit communes, et toutes sont à moins de 35 minutes.

La réforme de la biologie médicale et notamment l'obligation d'accréditation inscrivent les LBM dans une démarche de qualité et de sécurité des soins pertinente puisque 60 et 70% des diagnostics médicaux se fondent sur les résultats des examens de biologie médicale.

Renforcer le rôle des hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité doivent exercer une activité de médecine et permettre un meilleur accès à la consultation de spécialités, notamment grâce à la mise en place d'équipements de télésanté ou de consultations avancées. Parce qu'ils doivent assurer un rôle d'orientation des patients vers les structures adaptées à leurs besoins, il est nécessaire de les intégrer comme le premier niveau de gradation de l'offre de soins hospitaliers, en articulation avec les différents acteurs de santé que sont les médecins libéraux, les établissements de référence, les EHPAD ou encore les établissements sociaux.

Structurer, coordonner les parcours et orienter les patients

Il convient de faciliter l'orientation des patients entre offres de premier et de second recours et d'optimiser les interfaces ville-hôpital. Cela permettra en outre d'aider les patients à s'organiser et se « réguler » dans le panier de soins.

L'utilisation des DAC doit être promue auprès des professionnels de santé libéraux et hospitaliers, en mettant en avant que ces dispositifs ont autant besoin d'eux et qu'ils ont eux-mêmes besoin de ces dispositifs. Dans ce cadre, il sera nécessaire de renforcer la visibilité des DAC pour les professionnels libéraux et les établissements de santé.

En parallèle, une éducation des patients à l'utilisation du système de santé, notamment dans les écoles, collèges et lycées, doit être menée.

Des stratégies doivent enfin être mises en place pour améliorer la coordination entre les acteurs de la santé et libérer du temps médical. Par exemple, la création d'un système de coordination unique de soins à domicile (SSIAD, SAAD, HAD, DAC...), permettrait de coordonner l'ensemble de ces services. Le rôle des assistantes sociales et sanitaires et des CCAS doit également être renforcé.

Développer l'utilisation des outils numériques

Les nouveaux services et outils numériques tels que Sphère, Via Trajectoire, Ma démarche santé ou encore l'annuaire du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) doivent être interopérables, maintenus à jour et promus en vue de recueillir l'adhésion de l'ensemble des acteurs. Il convient de s'appuyer sur les coordinateurs de MSP et de CPTS pour favoriser et maximiser l'engagement des professionnels dans l'utilisation de ces outils, qui passe également par la formation. Le développement de la télémédecine sous toutes ses formes (télésoins, téléexpertise, téléconsultation assistée, télésurveillance, téléadaptabilité) constituera également un axe majeur pour la prise en charge.



5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2024	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un webinaire animé par chaque Union régionale des professionnels de santé (URPS) « Ma profession dans ce PRS3, nouvelles perspectives » - Formulaire envoyé à chaque professionnel de santé de la région pour s'assurer de la compréhension collective du PRS3 - Atelier régional collectif avec chaque acteur des ateliers sur les résultats de l'enquête
2026	<ul style="list-style-type: none"> - Atelier régional collectif d'analyse des indicateurs 2 cas de figure <ul style="list-style-type: none"> a) Comment redynamiser le PRS et favoriser son appropriation par les professionnels de santé ? b) Comment s'engager collectivement dans davantage d'innovation avec des professionnels impliqués ?
2027	<ul style="list-style-type: none"> - Atelier régional collectif et retour d'expérience en vue de la préparation des travaux du PRS4

6. Modalités de suivi et d'évaluation

- Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	Sous-indicateurs	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Structures coordonnées	Nombre de structure d'exercice coordonnée (MSP, ESP)	33 ESP 128 MSP	+20%	+50%
		Part du territoire couvert par une communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé (CPTS) lien cpom	98%	-	100%
2	Dispositif d'appui à la coordination (DAC)	Nombre de sollicitations ayant abouti à une Information-orientation	1891	-	7564
		Nombre de Sollicitations ayant abouti à une demande de Coordination	2847	-	5694
3	Part de patients :	Avec un médecin traitant	Chiffres en attente du national	-	Chiffres en attente du national
		En affection de longue durée (ALD) avec un médecin traitant	Chiffres en attente du national	-	Chiffres en attente du national



CHAPITRE 5 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS EN POPULATION GÉNÉRALE

Objectif opérationnel n°10 : Proposer et développer les options autres que l'hospitalisation complète et promouvoir l'admission directe

1. Situation actuelle

L'offre de soins de proximité en Centre-Val de Loire entraîne une charge importante des services de soins de spécialité et des urgences, qui a des impacts sur les établissements de santé et les patients. Bien que de nombreux progrès aient été accomplis ces dernières années, il est essentiel de redéfinir collectivement les moyens d'action pour améliorer et développer les différentes options de soins.

2. Enjeux

Améliorer la prise en charge des patients ainsi que l'efficacité du système de santé et rationaliser l'usage des urgences.

3. Description de l'objectif

Proposer et développer des alternatives à l'hospitalisation complète et promouvoir l'admission directe afin d'optimiser le parcours du patient et d'éviter le recours aux urgences. Structurer l'offre de soins de proximité, en la déclinant pour soulager les établissements sanitaires, en articulation avec l'offre de soins non programmés, permettra de répondre aux besoins de santé des populations de manière plus efficace et de les orienter vers les services les plus adaptés à leurs besoins.

4. Modalités de mise en œuvre

Proposer et développer les options autres que l'hospitalisation complète et promouvoir l'admission directe

En amont de l'hospitalisation (notamment en Médecine chirurgie obstétrique - MCO), il convient d'inciter le médecin libéral à utiliser davantage l'Hospitalisation à domicile (HAD) et les services de soins médicaux (SMR) dans la prise en charge des patients. En parallèle, la chirurgie ambulatoire doit continuer à augmenter, plus particulièrement la Réhabilitation accélérée après chirurgie (RAAC) et la médecine ambulatoire hospitalière. Il faut également promouvoir l'utilisation des soins palliatifs à domicile, qui permettent aux patients de recevoir des soins de qualité dans leur environnement familial.

Améliorer l'accès aux soins à domicile et réduire le recours à l'hospitalisation passent par la mise en place d'une surveillance ambulatoire pour certaines pathologies (kiné respiratoire par exemple). Celle-ci peut être assurée par des équipes mobiles qui évalueront la nécessité d'une hospitalisation. Il est également déterminant de permettre la réalisation de certains examens de biologie et d'imagerie en ambulatoire ou dans les hôpitaux de proximité sans hospitalisation.

Afin d'éviter l'hospitalisation, l'accent doit être mis sur l'anticipation des problèmes potentiels des patients via des réunions pluriprofessionnelles entre hospitaliers et acteurs de ville, ainsi que sur la coopération entre Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), Conseils départementaux (CD) et DAC pour faciliter le repérage et la prise en charge des situations complexes.

Pour favoriser les solutions autres que l'hospitalisation classique, les professionnels doivent avoir facilement accès à des informations claires sur les services proposés par l'HAD, les Soins médicaux et de réadaptation (SMR), l'Hôpital de jour (HDJ) et les structures médico-sociales (SSIAD, Hébergement temporaire - HT), ainsi



que sur leur fonctionnement et les modalités d'admission. Informations qui seront complétées par des conseils et des orientations pour aider les patients à choisir la structure la plus adaptée à leurs besoins.

Concernant l'HAD, sa connaissance par les professionnels de santé doit être améliorée, en levant la problématique des critères HAD complexes et la nécessité de la disponibilité des médecins. Pour cela, il faut inciter à la mise en place de bonnes pratiques pour préserver le temps médical, permettre aux SSIAD de fonctionner la nuit et favoriser la collaboration entre SSIAD et HAD, tout en élargissant le profil des patients. Il est également important d'innover dans l'usage de l'HAD (chimiothérapies, transfusions en MCO ou en SMR).

Développer l'aval en ambulatoire

En aval de l'hospitalisation (MCO), les sorties précoces seront développées en se basant sur les HAD et les SMR, afin de libérer des lits tout en permettant aux patients de recevoir les soins nécessaires dans des structures adaptées. Le retour à domicile doit être standardisé et préparé dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale en ambulatoire, afin de planifier les besoins le plus tôt possible, si possible dès le rendez-vous avec l'anesthésiste. À ce titre, le déploiement de la RAAC à l'ensemble des établissements disposant d'une autorisation de chirurgie est essentiel.

Il est fondamental de mettre en place et de renforcer les dispositifs de préparation au retour à domicile en s'appuyant sur les services existants, comme le Programme de retour à domicile (PRADO), pour aider les patients à retrouver une autonomie et une qualité de vie satisfaisantes tout en s'affranchissant d'une nouvelle hospitalisation.

Les sorties précoces ou non s'adosseront à un fort accompagnement visant à faciliter l'accès à ces services et à la prise en charge, qui pourrait prendre la forme d'un « guichet unique de sortie » regroupant HAD, SIAAD, SAAD, DAC et les autres acteurs du domicile comme les équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques

Enfin, les établissements seront encouragés à mettre en place des hébergements temporaires non médicalisés, ou « hôtels hospitaliers », qui permettront aux patients ne nécessitant plus de soins de bénéficier d'un cadre de vie plus agréable que l'hôpital conventionnel.

Favoriser l'admission directe

Il est essentiel de favoriser la mise en place de protocoles (avec des outils d'aide pour les prescripteurs) et d'établir des liens étroits entre les professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers pour encourager les admissions directes.

Les relations ville-hôpital doivent être développées et consolidées, notamment à travers des événements tels que des séminaires et des formations co-construites. L'exemple des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) adossées à un Centre hospitalier (CH) montre l'importance de décroiser milieux libéral et hospitalier : les MSP disposent des contacts de tous les professionnels de l'établissement, et inversement, ce qui facilite les interactions et la coordination des soins. De plus, les médecins des MSP sont invités à participer à la Commission médicale d'établissement (CME) et peuvent accéder directement au dossier de soin des patients. Ce modèle devra, autant que possible, être reproduit, en particulier dans les hôpitaux de proximité. La mise en place d'un système de notification pour les centres hospitaliers, qui informent les médecins en cas d'hospitalisation, de décès ou d'envoi de bilan, est également un enjeu important. En parallèle, les médecins libéraux doivent avoir accès à un annuaire mis à jour et diffusable, afin de pouvoir contacter les spécialistes hospitaliers et ainsi planifier une entrée directe si l'état de santé du patient le nécessite.

Structurer l'offre de soins non programmés est enfin un autre levier pour réduire le recours aux urgences (*cf. Chapitre 4 : Soins urgents et non programmés*).



5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2024	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un webinaire animé par la fédération des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) en partenariat avec les CH « Outils et alternatives à l'hospitalisation : comment soulager le système de santé ? » - Formulaire envoyé à chaque acteur de la région (DAC, CH, SMR...) et aux professionnels de la région pour comprendre les freins éventuels à la mise en œuvre de cet objectif - Atelier régional collectif avec chaque acteur des ateliers sur les résultats de l'enquête
2026	<ul style="list-style-type: none"> - Atelier régional collectif d'analyse des indicateurs 2 cas de figure : <ul style="list-style-type: none"> a. Comment redynamiser le PRS et favoriser son appropriation par les professionnels de santé ? b. Comment s'engager collectivement dans davantage d'innovation avec des professionnels impliqués ?
2028	<ul style="list-style-type: none"> - Atelier régional collectif et retour d'expérience en vue de la préparation des travaux du PRS4

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	Sous-indicateurs	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	HAD	Nombre de séjour en HAD adressé par le médecin traitant/EHPAD	144 en 2021	65%	x10
		Taux de recours HAD global	92,4/1000 (en 2020)	-	Rattraper la moyenne nationale (98/1000 en 2020)
2	Taux d'admission directe en ES (en MCO)		74% en 2021	-	Rattraper le niveau national (78% en 2021)
3	Taux des séjours long dont la durée dépasse la borne haute (en fonction des pathologies)		1,76% en 2021	-	Rattraper le national (1,20% en 2021)



CHAPITRE 6 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS PERSONNES ÂGÉES

Introduction

Particulièrement concernée par le vieillissement de la population, la région Centre-Val de Loire comptait en 2020 plus de 275 000 habitants de 75 ans et plus. Ce chiffre est appelé à progresser avec l'arrivée des baby-boomers à partir de 2030, qui entraînera une augmentation de 36 % des plus de 75 ans. Maintien à domicile, refus de l'isolement, accès aux services, rapprochement des zones périurbaines : les choix de vie doivent également être pris en compte, tout comme la diversité des pathologies du grand âge, notamment les troubles du comportement et la grande dépendance. S'y ajoute une démographie médicale en baisse et un manque d'attractivité des métiers liés au grand âge.

Le recours des personnes âgées à l'hôpital se caractérise par une fréquence d'hospitalisation plus élevée, une durée moyenne de séjour plus longue et un taux de passage par les urgences plus important. Plusieurs situations conduisent une personne âgée à être hospitalisée, avec en tête les polyopathologies, la polymédication et la fréquence des chutes.

Or pour ces patients, dans la majorité des cas plus fragiles et porteurs de pathologies chroniques de plus en plus nombreuses et sévères, l'hospitalisation peut rapidement devenir délétère en aggravant la perte d'autonomie. Et ce à cause de plusieurs facteurs qui interagissent entre eux, certains liés au patient (pathologie, état avant l'hospitalisation), d'autres aux modalités de soins et à l'environnement hospitalier.

Le recours fréquent à une hospitalisation mettant en jeu des questions de santé publique, des solutions doivent être trouvées en amont, pour éviter l'hôpital et les urgences, et en aval, pour permettre au patient âgé de quitter l'établissement dès que possible afin de limiter le risque de perte d'autonomie.

Chiffres clés

450 000 habitants du Centre-Val de Loire seront âgés de plus de 75 ans à l'horizon 2040, dont près de 40 % vivant seuls

50 % au moins de perte d'autonomie après une hospitalisation pour les patients de 85 ans et plus

Objectif opérationnel n°11 : Éviter l'hospitalisation de la personne âgée

1. Situation actuelle

Il existe des hospitalisations de personnes âgées, accueillies en EHPAD ou non, qui auraient pu être évitées par une prise en charge optimisée et anticipée. Les acteurs du grand âge ont un rôle à jouer dans cette dynamique, à travers l'adaptation de leurs ressources et de leur offre mais également un meilleur usage des dispositifs existants.

2. Enjeux

Réduire autant que possible les hospitalisations de personnes âgées, qu'elles soient en EHPAD ou non, en privilégiant le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles, dans une logique d'« aller-vers ».

3. Description de l'objectif

Permettre à chaque personne âgée de disposer d'une prise en charge adaptée à ses choix de vie, tenant compte de ses pathologies, au plus près de son domicile, et évitant une hospitalisation inappropriée. Cela



nécessite de mettre en œuvre une palette de mesures qui, si elles existent déjà, ne sont pas suffisamment appliquées de manière systématique.

4. Modalités de mise en œuvre

Cinq leviers ont été identifiés :

- Améliorer la prise en charge à domicile, grâce par exemple aux équipes de soins primaires, à la délégation de tâches et la montée en compétences des infirmiers diplômés d'État (IDE) référents (**cf. Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé** et **Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale**). L'objectif de maintien à domicile le plus longtemps possible repose également, de manière implicite, sur l'hypothèse d'une aide informelle toujours disponible, dont le rôle est essentiel et difficilement substituable : l'aidant, à accompagner (**cf. Chapitre 11 : Aidants**).
- Repérer les patients à risque de perte d'autonomie (**cf. Parcours Personnes âgées**).
- Proposer des solutions autres que l'hospitalisation complète, comme l'hôpital de jour gériatrique, l'hospitalisation à domicile (HAD, **cf. OQOS Hospitalisation à domicile**), les SSIAD, l'intervention conjointe HAD-SSIAD (prise en compte de la réforme des services à domicile à venir), les Soins médicaux et de réadaptation (SMR) gériatrie, dont le renforcement en UCC (**cf. OQOS Soins médicaux et de réadaptation**).
- Renforcer la dynamique d'« aller-vers » par le développement et le renforcement des équipes mobiles, comme les équipes mobiles de gériatrie intervenant sur le lieu de vie des personnes âgées, les équipes mobiles géronto-psychiatriques (**cf. Parcours « Santé mentale »**), l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs (meilleures anticipation et utilisation des soins palliatifs, notamment en EHPAD).
- Valoriser les expertises existantes, notamment les appuis territoriaux gériatriques, la télémédecine (**cf. Chapitre 9 : E-santé**), les astreintes des IDE de nuit, les centres ressources territoriaux (**cf. Parcours Personnes en situation de handicap et Personnes âgées**), le développement des Infirmiers de pratique avancée (IPA, **cf. Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé**).

5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	Sous-indicateurs	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	EMG	Nombre d'EMG intervenant sur les lieux de vie des personnes âgées	5	100% des établissements ayant un SAU dotés d'une EMG extra
		Nombre d'interventions des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées	810 (données SAE 2021)	20%
2	Nombre de patients âgés (+60 ans) pris en charge en HAD (avec distinction domicile / EHPAD)		2022 : EHPAD : 1596/4991	20%
3	Nombre de situations traitées dans le cadre des appuis territoriaux gériatriques		donnée en cours de recensement auprès des GHT	2028 : +50%

b) Un indicateur de résultat :

- Diminution du nombre d'hospitalisations de personnes âgées « évitables ».



CHAPITRE 6 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS PERSONNES ÂGÉES

Objectif opérationnel n°12 : Mieux organiser l'hospitalisation de la personne âgée lorsque celle-ci est inévitable

1. Situation actuelle

Les personnes âgées représentaient, en Centre-Val de Loire, 15 % des passages aux urgences en 2021. Dans 17 % des cas, le motif est cardiovasculaire (CV), contre 8 % chez les moins de 75 ans. Les patients fragiles ou polyopathologiques sont en outre plus à risque de subir un délai d'attente accru dans les services d'urgences une fois l'orientation prise.

L'hospitalisation constitue un facteur de risque pour la survenue d'évènements défavorables à l'état de la personne âgée, pouvant entraîner une perte d'autonomie. Ce phénomène dit de dépendance « iatrogène », liée à l'hospitalisation, touche près de 10 % des patients hospitalisés mais est en grande partie évitable.

2. Enjeux

Offrir à la personne âgée la trajectoire la plus adaptée à ses besoins et à son état. La question de l'adaptation du milieu hospitalier à ce public particulier est cruciale pour éviter en partie la perte d'autonomie liée à l'hospitalisation.

3. Description de l'objectif

Adapter les soins et l'environnement hospitaliers aux besoins spécifiques des patients âgés.

Trois axes d'amélioration ont été priorités par ailleurs concernant les spécificités du parcours Cardio-Vasculaire de la personne âgée, en lien avec les travaux de ce parcours :

- Améliorer le repérage, le diagnostic et la prise en charge dans le parcours de soins des personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque.
- Améliorer l'accès à l'activité physique adaptée des personnes âgées afin de réduire la survenue d'évènements cardiovasculaires, la gravité et les complications de ces pathologies.
- Améliorer la prise en charge de la fin de vie des personnes âgées pour motif cardiovasculaire.

4. Modalités de mise en œuvre

Six leviers ont été identifiés :

- Organiser la sortie du patient dès son admission.
- Favoriser le parcours d'admission directe non programmée (**Cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale**).
- Améliorer le passage dans le service des urgences lorsque celui-ci est inévitable.
- S'appuyer sur l'équipe mobile gériatrique intrahospitalière pour diffuser la culture gériatrique.
- Adapter la chambre à la prise en charge des personnes âgées hospitalisées.
- Structurer la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (**Cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale**).



5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux d'admissions directes non programmées de PA 75 ans et +	2022 : 23,8%	Tendre vers la cible nationale

b) Indicateurs de résultat :

- Objectif de zéro passages aux urgences évitables pour les personnes âgées de 75 ans et plus (passage lié prioritairement à des difficultés sociales, ou pour des personnes vivant en structure confrontée à un manque de soignants, etc).
- Réduction du nombre de réhospitalisations évitables.



CHAPITRE 7 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Introduction

L'amélioration de l'offre de soins de proximité coordonnée en population générale (*cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée - Parcours en population générale*) facilitera l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap (PSH) dont la réalisation des soins ne nécessite aucune adaptation particulière.

D'autres personnes sont en revanche confrontées à des difficultés d'autant plus importantes que certaines spécificités de leur handicap (caractéristiques et /ou lourdeur du handicap liés à des comorbidités) rendent très difficile le recours à certains soins dans les conditions habituelles et peuvent conduire à un échec de prise en charge. Leurs besoins se situent à deux niveaux :

- La préparation aux soins (sensibilisation, consultations blanches...) et une consultation longue ne nécessitant pas d'aménagements particuliers ;
- La préparation aux soins (sensibilisation, consultations blanches...) et une consultation longue adaptée en termes de technicité et d'aménagements (consultations dédiées).

Objectif opérationnel n°13 : Développer des réponses graduées en fonction des difficultés d'accès aux soins

1. Situation actuelle

En Centre Val de Loire, quatre centres hospitaliers sont dotés d'un dispositif Handiconsult/Handisanté, qui permet la préparation et l'organisation de consultations aménagées (consultations longues, créneaux dédiés). Cependant, l'offre de proximité reste peu lisible et difficile d'accès. L'absence de médecin traitant diminue en outre les chances d'accès aux soins.

Chiffre clé

62 % des personnes en situation de handicap sans médecin traitant n'ont pas réussi à être soignées entre le 1^{er} juillet 2021 et le 30 juin 2022, contre 16 % pour les personnes ayant un médecin traitant selon le baromètre Handifaction ²¹

2. Enjeux

Permettre à toute personne en situation de handicap d'accéder à des soins adaptés, quelle que soit la complexité de sa situation : secteur géographie, type de handicap, à domicile ou en établissement...

3. Description des objectifs

- Promouvoir les consultations généralistes accessibles (*cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale*).
- Proposer une offre de soins de proximité répartie sur toute la région.

²¹ Baromètre Handifaction : comparatif en Centre-Val de Loire entre le 1^{er} juillet 2021 et le 30 juin 2022 (<https://www.handifaction.fr/derniers-resultats/>)



- Développer la lisibilité des dispositifs existants et des lieux de soins accessibles et adaptés, qu'ils soient hospitaliers ou de ville.
- Organiser un accès spécialisé aux soins en fonction des niveaux de besoins.
- Développer une offre régionale de soins somatiques et douleur pour les personnes dyscommunicantes.
- Favoriser la prévention et la promotion de la santé, notamment dans les Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et les lieux d'exercice coordonné (*cf. Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé*).

4. Modalités de mise en œuvre

La démarche se décline en plusieurs actions :

- Améliorer l'accès aux spécialités définies comme nécessaires en proximité pour les PSH : bucco-dentaire, gynécologie, gastro-entérologie, ORL, ophtalmologie et imagerie.
- Définir les actions et coopérations du futur centre régional de soins somatiques et douleur.
- Faire connaître les lieux de soins accessibles et adaptés par une communication accessible à tout type de handicap (Répertoire opérationnel des ressources - ROR, mission des DAC et des COM 360).
- Développer les dispositifs de type Handiconsult dans chaque département (au moins un par département) et la présence d'au moins un référent handicap dans chaque groupement hospitalier de territoire (GHT).
- Cibler des actions prioritaires en fonction des établissements et services (population cible âge/handicap/problématiques prioritaires) et les formaliser à travers les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), à expliciter sur le volet prévention.
- Favoriser le partage d'expérience sur des initiatives locales pertinentes.
- Promouvoir le remplissage du questionnaire Handifaction après chaque recherche de soins fructueuse ou non, par une campagne d'affichage régionale et une information systématique de l'Handiconsult.
- Poursuivre la démarche visant à rendre accessibles les locaux des professionnels de santé aux personnes à mobilité réduite
- Promouvoir la mise en œuvre de la charte Romain Jacob pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Recenser l'existant, dont les initiatives locales en lien avec les DAC et les COM 360
2024	Mettre en place les actions de communication diverses Définir les attendus des CPOM
2024-2025	Promouvoir les Handiconsult dans les départements non pourvus et la mise en place de(s) référent(s) handicap
2025-2026	Déployer l'offre de consultations dédiées
2027	Évaluer les actions



6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Départements dotés d'une HANDICONSULT	3 HANDICONSULT	40%	100%
2	Part des ESMS ayant mis en place des actions de prévention sur les thématiques ciblées	0	60%	100%
3	Nombre de déclarations sur le baromètre HANDIFACTION	01/10/2022 : 1779	+10%	+50%

b) Indicateur de résultat :

- Evolution favorable des indicateurs du baromètre Handifaction



CHAPITRE 7 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Objectif opérationnel n°14 : Favoriser la coordination territoriale autour des besoins de soins des personnes en situation de handicap

1. Situation actuelle

Les caractéristiques techniques du soin, le matériel, l'environnement, les procédures et les protocoles de prise en charge doivent être adaptés et organisés pour délivrer le juste soin aux personnes en situation de handicap (PSH). Les établissements médico-sociaux et les PSH vivant à domicile rapportent un dialogue difficile avec les structures de soins. À l'heure actuelle, deux visions cheminent souvent en parallèle : soigner pour les professionnels du soin; accompagner pour les aidants familiaux ou professionnels.

2. Enjeux

Éviter des ruptures de parcours en décloisonnant les visions et en favorisant l'interconnaissance des différents professionnels au service des personnes en situation de handicap. L'aidant de la personne, qu'il soit familial ou professionnel, doit en outre pouvoir l'accompagner lors de son soin, son « expertise » devant être reconnue et acceptée.

Les actions seront menées entre les structures de soins et les Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Elles bénéficieront aux personnes vivant à domicile comme à celles prises en charge par des établissements et des dispositifs sociaux.

3. Description de l'objectif

- Développer la connaissance des différents types de handicap par les professionnels du secteur sanitaire.
- Garantir le droit à l'accompagnement par un aidant et à un consentement libre et éclairé au moment du soin.
- Faire vivre l'interconnaissance et les liens entre les acteurs sanitaires (dispositifs Handiconsult/référent handicap) et médico-sociaux.

4. Modalités de mise en œuvre

La démarche se décline en plusieurs actions.

Dans les établissements de soins

- Former aux différents types de handicap les professionnels du soin en exercice et en formation initiale (*cf. Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé*).
- Sensibiliser des professionnels hospitaliers aux différents types de handicap.
- Faciliter l'accès des aidants professionnels ou familiaux lors des consultations.

Dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS)

- Identifier un professionnel « référent soin » dans chaque établissement ou service qui pourra être le point de contact privilégié des professionnels de santé hors établissement
- Développer des fiches de liaison détaillant les modalités de communication et d'accompagnement pour les actes quotidiens.



Dans les établissements de soins et ESMS

- Former au repérage et à l'évaluation de la douleur avec des outils adaptés.
- Développer la contractualisation entre les acteurs des différents secteurs via le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).
- Promouvoir la e-santé : téléconsultations, télé-staff entre médecins de secteurs différents.
- Organiser des rencontres régulières entre les « référents soin » et les référents handicap et dispositifs Handiconsult
- Développer des outils de transmission communs.

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023-2024	Coordination interne ARS entre les référents Direction de l'offre sanitaire (DOS) et Direction de l'offre médico-social (DOMS) pour un état des lieux de l'existant et une mise en place des actions de développement
À compter de 2023	Intégrer la dimension de coopération entre les ESMS et les ES à la réactualisation de leur CPOM

6. Modalités de suivi et d'évaluation:

- *Indicateurs de pilotage et de résultats :*

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Part des ESMS ayant des actions dans leur Plan de Développement des Compétences à l'évaluation de la douleur	En cours	80%	100%
2	Part des CPOM intégrant la contractualisation en ESMS et ES en cours	En cours	50%	80%



CHAPITRE 8 : OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ COORDONNÉE : ACCES AUX SOINS PALLIATIFS

Objectif opérationnel n°15 : Assurer la poursuite du déploiement et du positionnement de l'offre en soins palliatifs afin de répondre aux besoins de la population de la région Centre Val de Loire

1. Situation actuelle

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage, face aux conséquences d'une maladie grave au pronostic réservé, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée, ainsi que la prise en charge de la douleur, des symptômes gênants et des autres problématiques sociales, psychologiques et spirituelles qui lui sont liées. Ils incluent l'accompagnement des proches en deuil.

Les soins palliatifs sont organisés et dispensés par une équipe multidisciplinaire associant la personne concernée et ses proches, dans différentes situations (fin de vie, ou en début de maladie en association avec un traitement anticancéreux par exemple, mais aussi pour des insuffisances d'organes - respiratoires, cardiaques, rénaux...- maladies neurodégénératives, pédiatriques etc..).

La circulaire 2008 sur les soins palliatifs est entrée dans une phase de révision. Les Plans nationaux de soins palliatifs dont l'actuel 2021-2024 ont apporté des évolutions des missions du réseau. La Cellule Régionale d'Animation et de Coordination en soins palliatifs (CACORESP) mise en place en 2022 voit ses missions élargies. Par ailleurs les réflexions nationales sur l'évolution de la loi sur la fin de vie augurent de changements à anticiper.

En région, le réseau de soins palliatifs est particulièrement structuré et moteur dans la prise en charge des patients et intègre un comité de pilotage régional, mis en place en 2023, représentatif de l'ensemble des acteurs tout champ et secteurs confondus et une cellule d'animation régionale de soins palliatifs

2. Enjeux

Il s'agit à la fois : du renforcement de l'offre de soins palliatifs en l'intégrant dans les évolutions prévues notamment au niveau de l'offre de soins de proximité dans le cadre des filières ; du développement de nouveaux modes d'accompagnement répondant à des besoins non couverts d'autre part ; et la facilitation de l'accès à l'offre par la sensibilisation, la communication et la formation.

3. Description de l'objectif

Assurer la poursuite du déploiement et du positionnement de l'offre en soins palliatifs afin de répondre aux besoins de la population de la région Centre Val de Loire, selon 3 axes :

- **Poursuivre, renforcer et développer la stratégie d'offre de soins palliatifs en région Centre Val de Loire avec les nouveaux outils ;**
- **Développer et favoriser le recours aux soins palliatifs en promouvant les expérimentations ;**
- **Diffuser la culture palliative vers les professionnels et le grand public.**

4. Modalités de mise en œuvre

1. Poursuivre, renforcer et développer la stratégie d'offre de soins palliatifs en région :

- Construire une stratégie de développement territorial qualitative et quantitative de l'offre en soins palliatifs, en se basant sur les rapports d'activité, l'identification des dispositifs participant à la prise en charge de la fin de vie et leur articulation, et une consultation des territoires notamment des patients



- Promouvoir le repérage précoce des situations palliatives et anticiper les situations d'urgence avec les directives anticipées, les évaluations HAD anticipées...
- Définir et mettre en œuvre le Dispositif Territorial de Soins Palliatifs (DTSP) porté par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs au travers d'une filière palliative au niveau du territoire dont le GHT, les CPTS, les établissements, les libéraux et mobiliser les nouveaux dispositifs et organisations (les IPA, les protocoles de coopération ...)
- Développer, formaliser les partenariats avec les parcours spécifiques : neuro, oncologie, psychogériatrie, les défaillances d'organe : cardio, respiratoire, rénal/dialyse, pédiatriques,
- Poursuivre l'évaluation des Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) afin d'ajuster la réponse au besoin.
- Rendre obligatoire une convention de soins palliatifs entre les Equipes d'Appui Départemental des Soins Palliatifs et les ESMS.

2. Développer et favoriser le recours aux soins palliatifs en promouvant les expérimentations :

- Intégrer une politique de développement des soins palliatifs dans les CPOM des établissements sanitaires et médico-sociaux.
- Réfléchir sur l'opportunité d'accroître la capacité actuelle des Unités de Soins Palliatifs (USP) passage de 12 à 18 puis 24 lits et/ou des maisons de répit.
- Poursuivre la réflexion sur les Unités de Soins Palliatifs autour des éléments suivants :
 - o Mettre en œuvre l'USP du CH de Bourges ou redéfinir une nouvelle implantation
 - o Identifier les partenariats intra et extra-régionaux sur la prise en charge en USP afin de s'assurer de la couverture du besoin et les articuler avec les LISP
- Mener une réflexion et des expérimentations sur les HDJ, lieux de répit et être prospectif sur les lits de SMR, des USLD C et envisager la reconnaissance de LISP en USLD C et SSR.
- Evaluer l'intérêt et la faisabilité d'une astreinte médicale palliative territoriale pour une meilleure couverture des besoins.

3. Diffusion de la culture palliative vers les professionnels et le grand public :

- Développer l'information au grand public et le soutien aux aidants (formation dernier secours, articulation avec les associations, communication)
- Mieux accompagner la formation des bénévoles
- Renforcer les compétences en Soins Palliatifs des professionnels (formation initiale et continue) en promouvant le DU de Soins palliatifs, d'éthique, de deuil, les formations DPC, et en structurant une labellisation de l'offre régionale de formation avec les acteurs de soins palliatifs, financement de DU dans les ESMS via le réseau
- Promouvoir un volet formation soins palliatifs dans la contractualisation des CPTS
- Développer la sensibilisation dans les établissements du handicap, EHPAD et autres structures médico-sociales
- Promouvoir et soutenir la recherche en renforçant le positionnement universitaire médical et non médical
- Favoriser la reconnaissance de postes universitaires (PHU/PA, MCUPH/MCAPH, CCA...)
- Faciliter l'accès à la formation des équipes ressources de soins palliatifs afin de garantir leur expertise



5. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE (en 2021)	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de territoires couverts par une filière territoriale de soins palliatif	En cours	6
2	Evolution du nombre de patients pris en charge pour SP en MCO/ HAD en RCVL	6404/2478	+5%/15%

b) Indicateur de résultat :

- Permettre l'accès à des soins palliatifs de qualité à la fois technique et humaine, en proximité à toute personne malade et/ou en fin de vie en ayant besoin.



CHAPITRE 8 : OFFRE DE SOINS DE RÉFÉRENCE ET DE RECOURS

Introduction

L'offre de référence est définie comme l'offre de soins nécessitant des compétences et un plateau technique hautement spécialisés. Elle recouvre a minima les activités de soins regroupées antérieurement dans les Schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS), à savoir : la chirurgie cardiaque ; le traitement des grands brûlés ; les greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques ; la neurochirurgie et les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. L'offre de référence inclut également l'ensemble des centres experts. Ces activités ont un périmètre de recrutement régional voire interrégional. En Centre-Val de Loire, l'offre de référence est aujourd'hui assurée principalement par le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours, le Centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO) et la clinique NCT+ pour la chirurgie cardiaque.

L'offre de recours se détermine en référence avec l'offre de proximité, afin de répondre au mieux à la demande de soins. Elle recouvre en grande partie les autorisations d'activité de soins autres que celles indiquées dans l'offre de référence et s'organise à l'échelle départementale ou interdépartementale. La recherche et l'innovation constituent un enjeu important dans l'offre de soins de référence comme de recours.

Le PRS 3 doit améliorer l'accès aux soins par une gradation de l'offre, en structurant les activités de recours/référence et de proximité dans une logique de complémentarité.

Objectif opérationnel n°16 : Préserver et développer l'offre de référence et de recours

1. Situation actuelle

L'offre de soins de référence et de recours est impactée par un cadre réglementaire rénové (suppression des Schémas interrégionaux d'organisation sanitaire - SIOS, réforme des autorisations, Ségur RH et Investissements, réforme de l'intérim...), qui a pour vocation d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge dans une logique de parcours et de territorialisation, en lien avec les acteurs.

L'évolution du CHR d'Orléans en CHU porte l'ambition de développer une nouvelle offre de soins de recours et de référence en Centre-Val de Loire et de la rendre plus attractive dans un contexte marqué par de fortes tensions sur les personnels médicaux et non médicaux des établissements sanitaires.

Aussi, la logique de répartition des compétences et des autorisations tend vers une structuration lisible et graduée des prises en charge en fonction des établissements. En effet, seule une coopération entre les établissements de santé d'un même territoire, voire entre territoires, permettra d'assurer d'une prise en charge optimale des patients.

Tout établissement de santé reste par ailleurs un établissement de proximité pour son bassin de population (offre généraliste ou spécialiste, consultations avancées, hospitalisation de jour spécialisée, téléconsultations...), afin d'assurer à l'ensemble de la population une équité d'accès aux soins.

2. Enjeu

Préserver l'offre de soins, garantir son accès à bon escient et dans des délais correspondant aux besoins, dans un contexte de démographie médicale sous tension et de réforme des autorisations, au bénéfice de la population. Les réponses apportées aux besoins de soins sont aussi un levier d'attractivité pour les professions médicales et doivent permettre de développer des organisations innovantes.

3. Description de l'objectif

Offre de référence

L'intégration des activités de soins relevant précédemment des SIOS en région et la création d'un deuxième CHU obligent à repenser l'offre de référence en prenant en compte, à la fois, les coopérations interrégionales liées aux activités ex-SIOS, afin de ne pas pénaliser les prises en charge actuelles, et les coopérations médicales existantes et opérationnelles, tout en développant de nouvelles activités de référence pour le CHU qui s'établit à Orléans, dans le Loiret. En parallèle, l'analyse des taux de fuite sur les activités de référence ou relevant d'un CHU permet d'identifier des activités nouvelles de soins à développer à cinq ans, en complémentarité avec l'offre de soins existante en région afin de ne pas déstabiliser les organisations opérationnelles.

Ce double objectif de conserver les coopérations interrégionales et de développer de nouvelles activités en région se traduira dans le cadre des OQOS (*cf. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins*) par de nouvelles implantations ainsi que par le renouvellement des conventions avec les CHU des régions limitrophes et la poursuite des travaux dans le cadre du Groupement de coopération sanitaire des hôpitaux universitaires Grand Ouest (GCS Hugo). Il devra s'appuyer sur une coopération forte entre les CHU de Tours et d'Orléans afin de rendre plus attractive la région Centre-Val de Loire et éviter toute forme de concurrence.

Les sous-objectifs :

- Identifier et préserver les filières de prise en charge interrégionales en confortant les coopérations et en développant celles nécessaires.
- Déployer une stratégie commune aux deux CHU de développement de l'activité de référence lisible et cohérente, en lien avec les établissements supports de GHT et les établissements privés réalisant des activités de référence et de recours.
- Établir des conventions d'association entre CHU et établissements de santé supports d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), voire des établissements sanitaires privés, afin de structurer les parcours d'accès à l'offre de référence et de recours.

Offre de recours

L'offre de recours devra, au regard des enjeux de la démographie médicale et de la réforme des autorisations, se rénover afin de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins, de ressources humaines, d'équipements et d'expertise. De plus, cette réforme introduit une gradation au sein de plusieurs autorisations d'activité afin de structurer le parcours de soins, à la fois de l'amont vers aval mais aussi en fonction des plateaux techniques nécessaires à la prise en charge. La mise en œuvre de cette réforme prend corps à travers les OQOS (*cf. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins*).

Dans ce contexte, la logique de « faire ensemble », à travers une dynamique de réseau, de coopération ou de filières de soins, est essentielle à développer, tant au sein des GHT que dans une démarche de coopération public-privé. Elle se doit d'organiser la continuité des prises en charge entre proximité (médecine de ville, hôpitaux de proximité, ...) et de recours (Soins spécialisés – Equipe de soins spécialisés, offre hospitalière – plateaux techniques) sur chacun des territoires ou à l'échelle régionale en fonction des organisations et des spécialités.

Les sous-objectifs :

- Structurer et graduer les filières de soins afin de les rendre lisibles, en privilégiant les filières prioritaires (cancer, AVC, cardiologie...) à toutes les étapes de la prise en charge (repérage, diagnostic, prise en charge, suivi).
- Évaluer ces filières de prise en charge afin d'identifier et de résoudre les éventuels points de rupture.



- Développer tout outil ou organisation permettant de mieux orienter et de réguler l'accès à cette offre afin qu'elle soit mobilisée à bon escient.
- S'assurer que les futurs projets médico-soignants partagés des GHT priorisent les filières identifiées par le PRS et qu'ils les déclinent de manière opérationnelle (type de prise en charge, conventionnement avec tel établissement, procédure de transfert...), voire élaborer des projets médicaux partagés (PMP) interdépartementaux sur certaines activités.
- Développer toute forme de coopération pour assurer le maintien de l'offre dans les conditions de sécurité et de qualité attendues (notamment en maternité).
- Déployer une gestion des lits en territoire, voire régionale, afin de fluidifier les prises en charge.

La structuration de l'offre de référence et de recours doit être lisible pour les acteurs et soutenue par tout levier ou outil (Système d'information - SI, e-santé, innovation...) afin d'optimiser à la fois la ressource médicale, le recours à l'expertise et la circulation de l'information et d'éviter des déplacements tant des professionnels de santé que des usagers afin de réduire les inégalités d'accès.

Cette offre se doit aussi d'assurer une continuité des soins 24 heures sur 24, ce qui suppose de mener une réflexion sur la permanence des soins en établissement de santé en s'appuyant sur des coopérations, voire des mutualisations, au vu de la rareté de la ressource médicale. La permanence des soins en établissement de santé est un volet spécifique du PRS 3 (**Cf. La permanence des soins en établissement de santé**).

4. Modalité de mise en œuvre

Année	Intitulé action
2023/2024 et suivantes	Cartographie de l'offre de référence et de recours Identification des filières prioritaires et déclinaison de leurs organisations en territoire et en région
	Travaux dans le cadre du GCS Hugo
	Suivi de la mise en œuvre des investissements Ségur dans la région
	Structuration et articulation des projets médicaux entre les deux CHU

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateurs de pilotage*

N°	INTITULE INDICATEUR	Sous-indicateurs	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de fuite pour les activités de soins de référence	Cardiologie interventionnelle	En cours	-	<10%
		Neurochirurgie	14,3%	-	<20%
		Neuroradiologie interventionnelle	34,9%	-	<15%
		Chirurgie cardiaque ADULTES	24,7%	-	<30%
		Chirurgie cardiaque ENFANTS	43,3%	-	<20%
2	Part des GHT support ayant une convention signée avec le CHU		0%	60% (3/5)	100% (5/5)
3	Investissement total annuel (en M€)		139	-	Calcul du Ministère



CHAPITRE 9 : E-SANTÉ

Introduction

Le PRS 2 (2018-2022) a été celui du rattrapage pour le secteur de la santé au regard des enjeux du défi numérique. Que ce soit dans le domaine des établissements de santé (ES), du médico-social (EMS) ou le secteur libéral, de vastes programmes impulsés par le national ont eu pour ambition une mise à niveau du secteur. Ainsi, plusieurs milliards d'euros ont abondé le numérique en santé depuis cinq ans et les programmes se sont multipliés (Ma Santé 2022, HOPEN, SUN'ES, Ségur...), avec leurs déclinaisons régionales.

La période 2018-2022 a permis de mettre en place les outils socles du numérique en santé (Dossier médical partagé - DMP, Dossier usager informatisé - DUI, Messagerie sécurisée en santé - MSS...) pour l'ensemble des acteurs (ES, EMS, libéraux). En complément, dans le cadre du PRS 3, les outils de coordination vont être renforcés pour contribuer à fluidifier le parcours du patient, indépendamment du type de structure qui le prend en charge, tout au long de sa vie (ViaTrajectoire, HOP'EN, SPHERE...).

Si le renforcement en cours de l'urbanisation numérique en région est indispensable pour répondre aux défis du numérique en santé, l'enjeu ultime n'est cependant pas l'installation mais l'utilisation des outils par les professionnels de santé et les usagers.

L'ensemble des orientations développées ci-dessous seront partagées avec les acteurs et les financeurs.

Objectif opérationnel n°17 : Renforcer et généraliser les outils déjà existants en région

1. Situation actuelle

L'ensemble des services numériques dits « socles » sont aujourd'hui très largement déployés, avec la mise en place notamment :

- Du dossier Patient Informatisé (DPI). La convergence applicative des Dossiers Patients Informatisés se poursuit dans les Groupements Hospitaliers de Territoire permettant un échange dynamique des données médicales et soignantes
- Du dossier médical partagé (DMP) qui facilite le stockage de l'ensemble des documents liés au parcours de soins du patient au sien de l'établissement afin d'en assurer un meilleur suivi,
- Du dossier usager informatisé (DUI) qui permet de mieux construire et de suivre le projet personnalisé de l'usager,
- De la messagerie sécurisée en santé (MSS) qui permet de protéger les échanges de données médicales entre professionnels de santé de structures différentes,
- D'outils de coordination (Via-Trajectoire, SPHERE, ROR ...) pour fluidifier le partage d'informations entre membres d'une équipe de soins et éviter les ruptures de prise en charge
- De mon Espace santé (MES) qui place l'usage au cœur de son parcours et du partage de données

2. Enjeux

Stabiliser les outils existants, plutôt que d'en créer de nouveaux « ad hoc », afin de permettre, d'une part, aux acteurs de pleinement se les approprier et, d'autre part, d'améliorer les outils tant dans leur accessibilité que leur efficacité.

Mettre à jour au cours des cinq prochaines années l'ensemble des outils, qu'ils soient conçus par l'État ou des éditeurs, sur les prérequis numériques fixés par le ministère de la Santé : interopérabilité DMP, MSS, sécurisation des données de santé... De ce fait, le sujet de la cybersécurité devient incontournable et les acteurs de la santé, notamment les établissements, devront travailler à une mise à niveau régulière dans le cadre des différents accompagnements déployés par l'Agence du numérique en santé (ANS) et le Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS).



Encourager l'ensemble des acteurs de la santé, professionnels comme usagers, à s'équiper de ces services socles pour s'assurer d'une continuité optimale des parcours.

L'ARS sera donc, dans le cadre du PRS3, garante de la cohérence des différentes solutions utilisées par les acteurs et de la sécurisation des données. Elle veillera également à la qualité du déploiement des solutions régionales par le GRADeS et à leur appropriation et utilisation par les acteurs de la santé.

3. Description de l'objectif

Généraliser l'équipement aux outils socles de l'ensemble des structures et professionnels de santé (Établissements de santé - ES publics et privés, structures médico-sociales, laboratoires de biologie et d'imagerie, pharmacies, cabinets libéraux, etc.).

Améliorer les outils régionaux déployés par le GRADeS pour une meilleure appropriation et utilisations des acteurs (SPHERE, ICOPE, Via-trajectoire, ROR, etc.)

S'assurer de la conformité des outils régionaux aux mises à jour de la doctrine nationale.

Veiller via le GRADeS à la conformité des logiciels éditeurs vendus par les entreprises aux professionnels de santé avec la doctrine nationale et le Ségur du numérique.

S'assurer de la qualité des données saisies

S'assurer d'une protection renforcée des données de santé.

4. Modalités de mise en œuvre

La généralisation de l'équipement aux services socles doit être suivie :

- Par l'ARS concernant les établissements de santé et médico-sociaux, avec des contacts directs avec les directions et les équipes des systèmes d'information (SI),
- Par l'Assurance maladie pour les professionnels de santé libéraux et les laboratoires.

Une commission régionale hebdomadaire d'harmonisation, de partage d'information et de suivi (le CORS) a lieu avec l'Assurance maladie pour s'assurer que l'ensemble des structures d'un même territoire avancent en même temps, condition *sine qua non* pour l'efficacité du parcours patient ville-hôpital.

L'amélioration des outils régionaux ainsi que la conformité des logiciels reposent sur l'expertise du GRADeS, qui travaille en étroite collaboration avec l'ANS. Ce suivi constitue l'une des missions principales pour lesquelles le GRADeS est mandaté par convention par l'ARS.

Pour la cybersécurité, plusieurs actions complémentaires doivent être menées :

- Sensibiliser les professionnels de santé, soignants, administratifs et les directions aux enjeux du risque cyber auprès des acteurs de santé.
- Mutualiser les moyens de défense cyber et mettre en place une stratégie régionale, en partenariat avec les acteurs nationaux et régionaux (Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information - ANSSI, ANS, Hauts Fonctionnaires de défense et de sécurité - HFDS/Fonctionnaires de sécurité des systèmes d'information - FSSI Ministère, préfectures, Conseil régional...).
- Inciter les ES à la réalisation d'exercices de crise cyber, notamment via les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).
- Élaborer une stratégie régionale en matière d'archivage, d'hébergement, de valorisation et de destruction des données numériques de santé.



5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateur de pilotage :*

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Pourcentage de comptes "Mon Espace Sante" activés	0%	50%



CHAPITRE 9 : E-SANTÉ

Objectif opérationnel n°18 : Améliorer l'accès territorial aux soins via la télésanté

1. Situation actuelle

Des transformations importantes du système de santé sont nécessaires pour répondre au défi de l'offre, qui consiste à faire mieux malgré la diminution du nombre de médecins et l'augmentation des besoins de santé liés au vieillissement de la population (*cf. Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé*). Ces évolutions doivent pouvoir s'appuyer sur l'utilisation de la télésanté (téléconsultation, télésuivi, téléexpertise et télésoin) comme soutien à l'offre permettant de :

- Libérer du temps médical, grâce au télésuivi effectué par les paramédicaux pour des pathologies chroniques (diabète, insuffisances cardiaques chroniques, Bronchite pulmonaire chronique obstructive - BPCO, etc.).
- Réduire le temps d'accès à de l'expertise pour le médecin généraliste et le patient, grâce à une filière de téléexpertise organisée.
- Diminuer le retard et le renoncement aux soins pour le patient faute d'offre de médecine sur place.
- Améliorer le confort du patient et son recours au soin en diminuant les déplacements.

En France, l'accès aux soins via la téléconsultation, qui doit être réalisée dans le respect des dispositions conventionnelles, est aujourd'hui largement répandu. Les offres d'opérateurs privés sont nombreuses (+ de 150 solutions) et s'adressent à l'ensemble des usagers du territoire national pour des rendez-vous en ligne de médecine générale, santé mentale, pédiatrie et dermatologie notamment.

Sur 301 millions d'actes médicaux (consultations + visites à domicile) en 2021, on recense 12 millions de téléconsultations (dont 9,7 millions en médecine générale), soit 4 % du total. L'épidémie de Covid-19 et la tarification des actes de télésanté ont notablement permis aux usages de décoller (19 millions de téléconsultations en France en 2020).

Chiffre clé

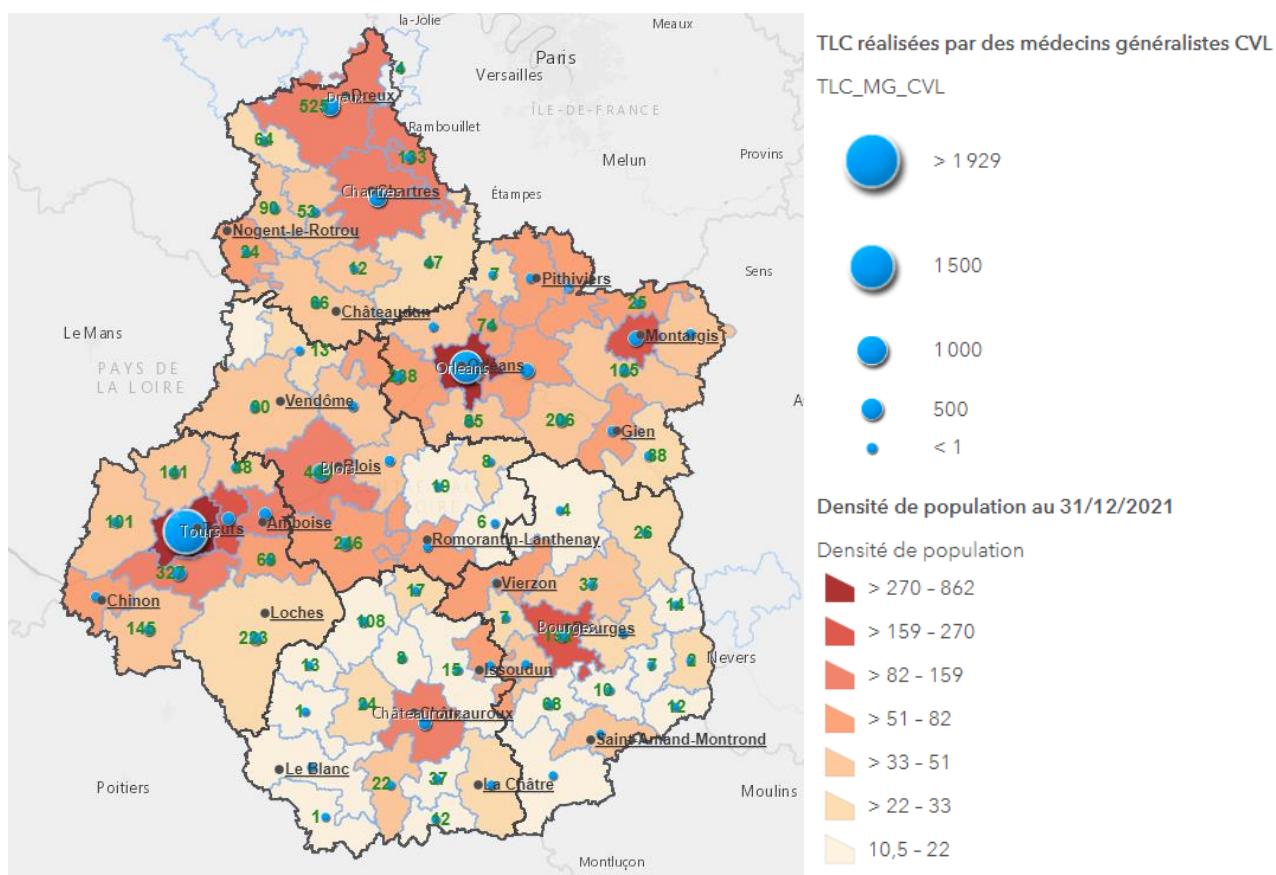
Près de 300 000 téléconsultations réalisées en Centre-Val de Loire en 2021

2. Enjeux

Veiller à ce que les téléconsultations contribuent à la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins dans la région. En effet, l'essor global de la téléconsultation en Centre-Val de Loire masque des tendances inégales. Les deux départements du Berry (Indre et Cher), et notamment leurs populations les plus rurales, y ont peu recours alors même qu'ils affichent déjà la plus faible densité de médecins et le besoin le plus pressant d'une augmentation de l'offre.



Volume de téléconsultations en médecine générale selon la densité de la population



Faire que la télésanté puisse répondre aux problématiques d'accès aux soins des personnes âgées, qu'elles soient en EHPAD ou à domicile. Faute d'offre du marché efficiente sur ce sujet, à ce stade, des propositions régionales doivent pouvoir être déployées par le GRADES, en partenariat avec les acteurs de terrain.

En complément du recours à la téléconsultation, des solutions et des organisations de suivi des pathologies chroniques à distance devront se déployer et se généraliser en région pour améliorer les dépistages, éviter les ruptures de prise en charge causées par la pénurie de médecins et diminuer les retards de prise en charge menant, des années plus tard, aux urgences.

Permettre un accroissement de l'offre grâce à la télésanté (un ajout à l'offre physique). Compte tenu des besoins de santé insuffisamment couverts à ce jour en région, la télésanté ne doit pas être une simple substitution à l'offre existante (déport à l'identique du volume de rendez-vous physiques vers des rendez-vous en ligne).

3. Description de l'objectif

Mener ou amplifier des actions ciblées, en partenariat notamment mais pas exclusivement avec les Conseils départementaux de l'Indre et du Cher et les collectivités territoriales, pour que les territoires les moins denses en termes de démographie médicale ne subissent pas une double peine : à la fois peu d'offre physique et peu d'offre de télésanté effective.

Ces actions doivent concerner :

- Le raccordement au réseau de télécommunications (fibre),
- L'acculturation au numérique des usagers et des professionnels de santé,



- La proposition de solutions de téléconsultation et de téléexpertise inscrites dans un parcours en complémentarité avec les professionnels de santé du territoire.

Favoriser la mise en place d'une filière de télé-médecine en gériatrie à l'échelle de chaque département, en s'appuyant sur les outils de coordination existants (ICOPE) et les compétences de l'ensemble des équipes de soins, pour faciliter de dépistage (psychologues, infirmiers, Infirmiers de pratique avancée - IPA, assistantes sociales, etc.).

Trois niveaux de téléexpertise doivent être formalisés :

- Le télésuivi des maladies chroniques, notamment en endocrinologie/diabète, insuffisance rénale/néphrologie, hypertension artérielle - HTA/cardiologie, Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et asthme/pneumologie, partout sur le territoire.
- Des spécialités de dépistage telles que la dermatologie, la cardiologie et la dentisterie, qui s'appuient sur de l'imagerie (photos, radiologie, Électrocardiogramme - ECG...) et sont donc plus propices à la téléexpertise, doivent apparaître dans tous les départements.
- Des filières régionales de recours sont à consolider, avec des solutions techniques régionales spécifiques. Elles concernent aujourd'hui notamment le télé-AVC, qui s'appuie sur un service régional de télé-imagerie, et le télé-EEG (électroencéphalogramme) en neurologie.

Systématiser la visibilité de l'offre de téléexpertise (dépistage et maladies chroniques), département par département. L'offre devra, dans un premier temps, être visible et connue des professionnels de santé de chaque département, avant d'être potentiellement, dans un second temps, ouverte au niveau régional.

4. Modalités de mise en œuvre

Concernant la réduction des inégalités territoriales et l'accès aux soins des personnes âgées, le travail avec les collectivités territoriales au sein de Comités de pilotage (Copils) départementaux sur le numérique en santé est indispensable pour recenser les besoins, construire les actions, suivre leur application et enfin faire converger les financements vers les mêmes objectifs. Les Appels à projets (AAP) régionaux doivent s'inscrire également dans cette logique.

Concernant les usages de télésanté, une porte d'entrée unique doit être identifiée pour accompagner les professionnels de santé et les élus dans chaque département. Cette porte d'entrée unique conseillerait les projets qui émergent, informerait sur la législation et le mode de rémunération, mettrait en relation promoteurs et soignants le cas échéant. Ce poste hybride reprendrait des missions à la fois de l'ARS et de l'Assurance maladie.

Dans le cadre des appels à projet CPER, co-construits par le SGAR, le Conseil Régional et l'ARS, les solutions de téléconsultations et de télé-expertises doivent s'inscrire dans les parcours de soins existants au sein de chaque territoire. Ainsi, concernant l'offre de soins primaire, ils doivent s'imbriquer dans l'offre et le parcours organisé par chaque CPTS. Pour le recours, ils doivent compléter l'offre territoriale des GHT et des établissements privés.



5. Modalités de suivi et d'évaluation

- Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre d'offres de Téléexpertises (TLE) enregistrées sur l'annuaire régional de TLE proposant et réalisant des téléexpertises	38	300
2	Nombre de patients bénéficiant de télésuivi pour des pathologies chroniques	27306	Calcul du Ministère



CHAPITRE 9 : E-SANTÉ

Objectif opérationnel n°19 : Améliorer la coordination des professionnels de santé et l'orientation des usagers tout en simplifiant les tâches administratives

1. Situation actuelle

Le Centre-Val de Loire est la première région de France à voir la quasi-totalité de son territoire couvert par des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ce qui témoigne d'un dynamisme sans commune mesure des professionnels de santé libéraux. L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) est dotée d'un référent télémédecine financé par l'ARS, qui est la courroie de transmission du numérique dans les logiques organisationnelles en place dans les territoires, suivant des objectifs déclinés en concertation avec les acteurs et les financeurs.

La région est également avancée dans les cibles de convergence des systèmes d'information des Établissements de santé (ES) publics. Cinq des six Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont entamé la démarche dans les temps. Le département de l'Indre devrait s'y inscrire en 2023.

Quant au médico-social, il s'organise en grappes et a constitué un Collectif SI pour que la pluralité des structures n'empêche pas des dynamiques groupées, fluidifiées par des Systèmes d'information (SI) communs.

Les dynamiques des professionnels dans leur « couloir » (ES, libéraux, médico-social, etc.) constituent une première étape indispensable, qui doit être confortée. Il s'agit maintenant de faire collaborer l'ensemble de ces couloirs dans une logique de demandeur et non d'offreur de soins, c'est-à-dire dans une logique de parcours patient, afin que celui-ci ne voie aucune différence dans sa prise en charge lors de son passage d'un « couloir » à un autre. Cette logique de décloisonnement doit s'appuyer sur un bouquet de services numériques de coordination. Certains programmes et actions ont débuté. Ils doivent s'amplifier tout en s'assurant de faciliter la vie des professionnels de santé.

2. Enjeux

Optimiser le temps des équipes de soins en Centre-Val de Loire, région dont la densité de soignants est parmi les plus faibles de France, via des outils de coordinations qui :

- Libèrent du temps médical et simplifient les tâches administratives ; plus de coordination ne doit pas vouloir dire plus de tâches administratives ;
- Fluidifient et clarifient le parcours du patient ;
- Partagent au mieux l'information sur le patient entre les équipes de soins ;
- Affichent l'offre disponible sur les territoires grâce à la mise à disposition d'annuaires (sante.fr via l'alimentation du Répertoire opérationnel des ressources - ROR, l'annuaire régional de téléexpertise - TLE...).

Accélérer tant la mise à niveau des outils de coordinations existants (SPHERE, ViaTrajectoire...) que leurs usages – une priorité et une nécessité absolue pour la région. Certains outils d'orientation fonctionnent déjà très bien. C'est le cas notamment de ViaTrajectoire, qui a harmonisé les informations à remplir et élargi le champ des établissements pouvant être sollicités en peu de temps pour des admissions en structures médico-sociales et en Soins de suite et de réadaptation (SSR). L'interfaçage de ViaTrajectoire avec les logiciels métiers des professionnels de santé devient progressivement une priorité pour les acteurs et les éditeurs.



D'autres outils doivent être perfectionnés. Dans le secteur libéral par exemple, les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ont vu le GRADeS mettre à leur disposition un outil de coordination facilitant la prise en charge des patients dits complexes, qui doivent être adressés dans des ES ou du médico-social : SPHERE. Les professionnels ont peiné, jusqu'à présent, à s'approprier cet outil, qui ne répondait pas entièrement à leurs besoins et qui a connu des difficultés de développement causées par l'éditeur. Le PRS 3 doit être le temps de son déploiement adapté et de son utilisation à grande échelle par les soignants, après un grand travail de mise à niveau qui doit être supervisé par le GRADeS.

Dans le secteur hospitalier, la stratégie numérique est celle de l'ouverture des Systèmes d'information hospitaliers (SIH) vers la ville et le médico-social, avec la mise en œuvre du programme Hôpital numérique ouvert sur son environnement (HOP'EN), pour assurer la continuité des parcours de santé. Ce programme, qui a pris du retard au niveau national comme en région du fait de la crise liée au Covid-19, doit permettre aux ES d'être pleinement matures dans les échanges avec l'extérieur, sans compromettre leur infrastructure SI propre.

Ainsi, le numérique sera pleinement au service des organisations mises en place par les professionnels de santé (CPTS, GHT, Grappes et Collectifs SI-ESMS). Les outils de coordination contribueront à construire des parcours structurés et coordonnés ville-hôpital pour une meilleure orientation de l'utilisateur et une meilleure coordination du cercle de soin autour de lui.

3. Description de l'objectif

Accompagner les établissements de santé publics et privés vers l'accomplissement des objectifs HOP'EN, condition *sine qua non* pour s'assurer de leur participation plus fluide aux échanges avec les logiciels des autres acteurs de la santé.

Développer un outil de coordination SPHERE efficace et utilisé par les acteurs de la région.

Déployer l'outil d'orientation ViaTrajectoire pour réaliser toutes les admissions dans toutes les structures handicap de la région.

Capitaliser sur le développement de l'Intelligence artificielle (IA) pour optimiser le dépistage et s'assurer que les données essentielles soient bien vues par les professionnels concernés (renforcer la prévention).

4. Modalités de mise en œuvre

Le suivi sera réalisé par :

- L'ARS concernant le programme HOP'EN, avec des incitations financières.
- Le GRADeS pour SPHERE, ViaTrajectoire, la Messagerie sécurisée en santé (MSS) et RésoPRO.

SPHERE devra être disponible sur smartphone, tablette et ordinateur, comme outil quotidien d'échanges sécurisés entre les professionnels intervenant au domicile du patient, grâce :

- À la messagerie instantanée (tchat),
- Au plan personnalisé - de coordination - de santé de l'utilisateur (PPS/PPCS),
- Au journal de l'utilisateur, qui sert de carnet de liaison,
- Au dossier patient, qui regroupe des documents et des informations nécessaires à la coordination des acteurs,
- À l'agenda des rendez-vous du patient, pour coordonner les interventions et disposer d'une vue partagée entre tous les acteurs du cercle de soins.



Un déploiement progressif (DAC puis CPTS puis médico-social et hospitaliers) sur 2023-2025 devra être réalisé par les équipes du GRADeS.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Pourcentage de primo-évaluations réalisées sur les dossiers d'usagers créés par les DAC (Indicateur 6,2 DGOS)	38%	80%
2	Nombre de dossiers créés sur l'outil d'e-coordination	11 000	50 000

b) Indicateurs de résultat :

- Simplification administrative des tâches au quotidiennes par le numérique.
- Réduction des ruptures de parcours
- Fluidification des parcours



CHAPITRE 9 : E-SANTÉ

Objectif opérationnel n°20 : Accélérer les usages et soutenir l'innovation

1. Situation actuelle

Le développement des usages numériques, qui n'en est qu'à son début, est en train de s'améliorer et doit maintenant être généralisé, avec une utilisation des outils par l'ensemble des acteurs de la santé. Mais ceux-ci n'utiliseront pas tous les mêmes outils dans leur intégralité. Ils les sélectionneront en fonction de leurs besoins et non l'inverse. En effet, les professionnels de santé ne souhaitent plus s'adapter à des outils pré-existants mais demandent, pour les utiliser, à ce qu'ils répondent à leurs problématiques organisationnelles, d'adressage et de prise en charge du quotidien.

Chiffres clés

60 000 DMP alimentés en décembre 2022, contre 10 000 en janvier 2022 (x 6), portant à 400 000 le nombre de DMP alimentés en Centre-Val de Loire et 1 million le nombre de documents déposés.

85 % des ES (90) impliqués dans le programme Ségur Usages numériques en Établissements de santé (SUN-ES), qui vise à promouvoir la Messagerie sécurisée en santé (MSS) auprès des professionnels de santé et à transmettre des documents dans Mon espace santé (MES) via le Dossier médical partagé (DMP).

Multiplication par 5 du nombre de mails émis dans la MSS entre janvier 2021 (21 680) et novembre 2022 (104 029).

2. Enjeux

Faire converger les besoins des soignants sur le territoire avec l'architecture cohérente globale mise en œuvre par les ingénieurs du numérique. Il y a potentiellement autant de besoins que de professionnels de santé. Or il n'y a pas sur le marché, à ce stade, une myriade de logiciels spécifiques, capables à la fois de s'inscrire dans le cadre cohérent du Ségur (prérequis, interopérabilité...) et de s'adapter aux spécificités de chaque profession et de chaque territoire.

Il s'agit donc de convertir en faisabilité numérique les besoins exprimés sur le terrain et les initiatives innovantes réalisées. Ainsi, les usages feront « boule de neige » et ne se cantonneront pas à des exercices obligés dans certains cas de figure très restreints.

3. Description de l'objectif

Contribuer au développement massif des usages suivant trois orientations :

- Le numérique doit accompagner/suivre les projets et non les devancer. Il doit apporter des solutions pratiques aux problèmes du quotidien.
- Le développement des usages doit se faire, majoritairement, autour d'une communauté de pratique et d'organisation à l'échelle du patient : Équipe de soins primaires (ESP), Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), Territoire de vie-santé (TVS), voire le département.
- Une succession d'expérimentations territoriales dans le cadre de Parcours cliniques de territoire (PCT) doivent voir le jour et servir d'exemple avant d'être, si efficaces, progressivement dupliquées.

De l'itération des expérimentations, associée à l'accumulation de l'expertise GRADeS et terrain, viendront les innovations. Elles doivent aussi pouvoir s'appuyer sur les laboratoires d'incubation en région (Orléans et



Tours), ainsi que sur les appels à projet innovants de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), comme les tiers-lieux numériques.

4. Modalités de mise en œuvre

Le GRADeS, accompagné de l'ARS, doit dorénavant contribuer de manière primordiale au développement des usages, avec un renforcement de sa cellule Déploiement et un ancrage dans chaque département, où des échanges réguliers avec les acteurs de la santé du territoire (CPTS, Dispositifs d'appui à la coordination - DAC, Établissements de santé - ES, Établissements médico-sociaux - EMS) doivent avoir lieu.

Le GRADeS doit accompagner l'urbanisation de la donnée pour assurer au Professionnel de Santé la visualisation de l'exhaustivité des données disponibles, au moment de la prise en charge.

Des référents parcours doivent être identifiés par les CPTS, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux afin de travailler à la convergence d'usages autour de parcours patient de proximité.

Une congruence des objectifs et des financements à l'échelle régionale et de chaque département doit être organisée via un alignement des feuilles de route de l'ARS, du Conseil régional, des Conseils territoriaux de santé (CTS) et des Conseils départementaux dans le cadre de la Commission de coordination des politiques publiques d'e-santé (CCPP e-santé), instance de concertation régionale sur le numérique en santé. Des objectifs d'usage annuels, par département et/ou catégorie d'acteurs, devront être fixés et les moyens à allouer pour les atteindre devront être partagés.

Enfin, le déploiement d'un réseau social d'entreprise porté par le GRADeS, dénommé « RésoPRO », facilitera la gestion/coordination de projets inter-structures et permettra de capitaliser/partager sur les expériences qui fonctionnent et ainsi assurer une meilleure structuration des projets similaires à venir. RésoPRO sera particulièrement apprécié pour faciliter :

- L'émergence de projets ville-hôpital ;
- La gestion de projet d'une communauté d'acteurs (Responsables de la sécurité des systèmes d'information - RSSI, CPTS, constitution de grappes Établissements sociaux et médico-sociaux - ESMS, porteurs de projet d'éducation thérapeutique...);
- Le partage de bonnes pratiques entre acteurs de mêmes filières de soins en région ;
- Le maintien d'un canal de communication pour les acteurs d'une structure en cas de cyberattaque.

Pour accompagner les acteurs à atteindre ces objectifs, le Contrat de plan État-Région (CPER) conclu pour la période 2021-2027 par le Conseil régional et la Préfecture de région va consacrer près de 5,7 M€ au financement d'actions en e-santé autour de la télésanté, du maintien à domicile (dont télésuivi) et de l'innovation (dont prévention, dépistage, Intelligence artificielle).

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateur de pilotage :*

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de dossiers créés sur Via Trajectoire par des usagers	1620	10 000



CHAPITRE 9 : E-SANTÉ

Objectif opérationnel n°21 : Impliquer les usagers dans le tournant du numérique en santé

1. Situation actuelle

Les Français utilisant des objets connectés pour suivre leur état de santé ou leur activité physique sont désormais majoritaires. Cette proportion révélée par un sondage de l'institut Odoxa (2022)²² cache cependant des réalités bien disparates en fonction de :

- L'âge : 73 % des moins de 35 ans en sont utilisateurs, contre 42 % des 50-64 ans et 32 % des 65 ans et plus.
- La catégorie socioprofessionnelle : seuls 48 % des ouvriers les utilisent, contre 69 % des cadres.
- La zone de résidence : les habitants de l'agglomération parisienne sont 60 % à avoir recours à ces outils, contre 48 % des résidents de zones rurales et 45 % des habitants de petites villes.

L'augmentation de l'usage des objets connectés contraste avec la méfiance persistante autour des évolutions de la e-santé, dont le développement est aujourd'hui majoritairement considéré comme une source de crainte (55 %, + 19 points) plutôt que comme une source d'espoir (44 %, - 19 points). Alors que le numérique en santé prend une place de plus en plus importante dans notre système de santé, l'adhésion des usagers à son utilisation est cruciale.

Après le lancement difficile du « Dossier médical partagé » lancé en 2004 et qui a permis l'activation de 10 millions de dossiers pour 68 millions d'assurés, l'Assurance maladie et le ministère de la Santé ont lancé le 3 février 2022 Mon espace santé (MES). Ce nouveau service numérique personnel et sécurisé, destiné à tous les assurés de santé, place le patient et ses données au cœur d'un suivi personnalisé. Il a pour objectif de :

- Faciliter la prise de rendez-vous avec les professionnels de santé,
- Faciliter les échanges avec les professionnels de santé via la Messagerie sécurisée en santé (MSS),
- Améliorer le suivi de la santé du patient et le dépistage,
- Simplifier l'accès à la santé des Français.

Le niveau d'engagement des Français dans MES sera un marqueur majeur de l'adhésion des usagers au numérique en santé.

Chiffres clés

51 % des Français utilisent des objets connectés pour suivre leur état de santé ou leur activité physique (+ 14 points en 4 ans)

54 % des Français seulement font confiance à Mon espace santé, contre 45 % qui ne lui font pas confiance

2. Enjeux

Restaurer la confiance des usagers envers les outils du numérique en santé, à l'aune du lancement de Mon espace santé. La défiance est causée principalement par des doutes sur la capacité des services de l'État à assurer la confidentialité des données de santé. Paradoxalement, mettre ses données personnelles entre les

²² Les Français et la e-santé, Observatoire de la Tech, Odoxa : <http://www.odoxa.fr/sondage/10230-2/>



main de la puissance publique est parfois plus redouté que de les mettre à disposition d'entreprises privées à but commercial. L'implication des usagers dans MES passera également par la preuve de son intérêt dans la prise en charge du patient, notamment la possibilité d'échanger avec son équipe de soins ou la capacité à avoir un rendez-vous approprié dans des délais raisonnables.

Développer la sensibilisation/acculturation au numérique en santé des publics les moins enthousiastes (personnes âgées, ouvriers, habitants des zones rurales et des petites villes).

3. Description de l'objectif

Rassurer sur la sécurité de Mon espace santé (*cf. Objectif opérationnel n°17 : Renforcer et généraliser les outils existants en région*).

Inciter le citoyen à prendre en main ses données de santé via l'usage de Mon espace santé, tout en incitant son cercle de soins à l'alimenter.

Guider les patients à l'utilisation des équipements de télésanté, via des professionnels de santé formés et intervenant auprès d'eux

Inciter les Professionnels de santé (PS) à échanger avec leurs patients via la Messagerie sécurisée en santé de Mon espace santé (*cf. Objectif opérationnel n°20 : Accélérer les usages et soutenir l'innovation*). Le PS peut initier ou arrêter les échanges avec son patient à tout moment.

Réaliser des actions portées sur l'inclusion numérique.

Accompagner les nouveaux usages et répandre la culture du numérique en santé auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé, par la formation des usagers mais aussi des professionnels et des étudiants en santé.

Assurer une réponse partenariale à l'AMI santé numérique par les deux universités de la région en lien avec le Conseil Régional, l'ARS et les deux CHU pour la production d'outils numériques de formation initiale et continue favorisant la pratique pluri-professionnelle de la télémédecine

Permettre aux usagers ou à leurs personnes de confiance de réaliser des demandes d'orientation sur ViaTrajectoire pour accélérer et faciliter les admissions dans des Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour personnes âgées (PA) ou handicapées (PH).

4. Modalités de mise en œuvre

- Accompagner le public éloigné du numérique à l'utilisation de Mon espace santé, notamment via le dispositif « Ambassadeurs Mon espace santé » et d'actions de communication plus ciblées avec l'Assurance maladie et les collectivités territoriales (Conseil régional et Conseils départementaux). S'appuyer sur les Maisons des associations, les Maisons France Services, les EHPAD et les réseaux déjà existants.
- Lutter contre l'illectronisme (par exemple via les Maisons France Services).
- S'appuyer sur la démocratie sanitaire en veillant à davantage impliquer les représentants d'usagers dans la sélection des outils numériques et dans les parcours territoriaux d'usage mis en place.
- Former les étudiants en santé au numérique en santé, en proposant des formations GRADeS dans les instituts de formation paramédicaux et les facultés de médecine, pharmacie et odontologie.
- Proposer un bouquet de formation GRADeS sur le numérique en santé à destination des professionnels de santé dans le cadre de leur formation continue.
- Communiquer massivement sur MES avec l'aide de l'Assurance maladie et des collectivités territoriales.



5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateurs de pilotage :*

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
	<i>Cf. Indicateurs de la fiche précédente "Accélérer les usages et soutenir l'innovation"</i>			



CHAPITRE 10 : INNOVATION ORGANISATIONNELLE EN SANTÉ ET AUTONOMIE

Introduction

L'innovation en santé et dans le champ de l'autonomie est un axe fort porté par les politiques publiques et les acteurs du système de santé, qui vise à toujours mieux répondre aux besoins des usagers. L'innovation organisationnelle peut se définir comme l'appropriation de nouvelles modalités de fonctionnement dans une organisation, dans un objectif d'amélioration continue et de création de valeur (qualité de la prise en charge, efficacité et efficience de l'organisation, montée en compétences des professionnels, amélioration des conditions de travail de l'équipe engagée, responsabilité sociale de l'organisation, etc.). Elle se distingue de l'innovation thérapeutique ou technologique, même si ces dernières peuvent l'accompagner. L'innovation organisationnelle peut être un levier pour maintenir ou améliorer la qualité de prise en charge des usagers et fédérer un collectif de professionnels.

Malgré les difficultés de démographie des professionnels de santé en Centre-Val de Loire, la région a été pionnière dans l'innovation organisationnelle, avec par exemple la mise en place volontariste des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des Équipes de soins primaires (ESP), ou encore récemment le déploiement du Service d'accès aux soins (SAS) dans l'Indre et l'Indre-et-Loire pour mieux réguler les passages aux urgences. L'ARS Centre-Val de Loire souhaite promouvoir la diffusion de l'innovation organisationnelle dans la région, aux côtés de ses partenaires.

Objectif opérationnel n°22 : Soutenir les projets d'innovation organisationnelle en santé et autonomie

1. Situation actuelle

Porté par le ministère de la Santé et l'Assurance Maladie, le dispositif « article 51 » sur l'innovation en santé a impulsé une réelle dynamique d'innovation dans la région entre les porteurs de projet, l'ARS et ses partenaires. Issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, il permet de déroger à des règles de financement ou d'organisation de l'offre de soins, après autorisation nationale.

Outre l'article 51, adapté plus particulièrement aux projets matures, l'innovation des organisations passe aussi par d'autres leviers, de droit commun ou selon la méthode des petits pas, en observant l'expérience des pairs, en s'engageant dans de nouvelles coopérations entre professionnels (Infirmières de pratiques avancées - IPA, Équipes de soins primaires – ESP...), en lançant des expérimentations dans le cadre d'appels à projet régionaux ou nationaux, etc. Plusieurs partenaires de l'ARS soutiennent l'innovation en région (conseil régional, conseils départementaux, fédérations hospitalières, la Mutualité, la fédération des Unions régionales des professionnels de santé - URPS...).

Chiffre clé

14 expérimentations « article 51 » ont été autorisées en 2022 en Centre-Val de Loire (*cf. Bilan du PRS²³*)

2. Enjeux

Rendre le paysage de l'innovation organisationnelle plus visible et plus lisible, simplifier l'accès aux ressources existantes et accompagner le démarrage du projet. Que ce soit pour porter un projet, obtenir des

²³Bilan du PRS 2, ARS Centre-Val de Loire : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/bilan-du-projet-regional-de-sante>



financements ou monter le dossier, l'innovation organisationnelle peut en effet s'avérer complexe pour les acteurs qui interviennent dans ce champ. Certains peuvent avoir un projet pour leur organisation mais manquer de ressources en interne pour le mettre en œuvre, notamment dans les territoires très touchés par le manque de professionnels.

Concernant les expérimentations dans le cadre de l'article 51, plusieurs d'entre elles arrivent bientôt à échéance, avec leur évaluation prochaine puis la décision de généralisation ou non. L'ARS accompagnera les équipes engagées et capitalisera sur les enseignements acquis en région, en termes de gestion de projet, d'outils Système d'information (SI), de capacités d'inclusion des patients et d'impact du modèle de financement retenu. La généralisation concernera aussi des expérimentations qui n'auront pas été testées en région, impliquant également un accompagnement au changement. À l'heure actuelle, l'équipe nationale article 51 commence à préparer cette nouvelle étape et ce qu'elle implique (résultats d'évaluation, calendrier, vecteur, modalités d'accompagnement...).

3. Description de l'objectif

- Orienter les promoteurs vers les ressources existantes en accompagnement de projet, pour mieux les utiliser.
- Optimiser et si possible simplifier le recours aux dispositifs innovants existants (appels à projet, projets d'expérimentation...), pour en élargir l'accès.
- Faciliter, pour les établissements et les professionnels, l'appropriation d'expériences réussies, afin qu'ils puissent les intégrer dans leurs propres organisations de travail.
- Permettre des lieux de partage des expériences innovantes en région.
- Contribuer à la coordination des décideurs publics en faveur de l'innovation en santé et dans le champ de l'autonomie
- Capitaliser sur les CNR Territoriaux (Conseils nationaux de la refondation déclinés par département) comme outil de portage de projets innovants

Il s'agit d'encourager les acteurs à s'engager dans une démarche d'innovation pour leur organisation, en les éclairant sur les ressources disponibles en région – sans prétendre à l'exhaustivité –, en leur permettant de reprendre à leur compte des initiatives réussies ailleurs, en les outillant pour porter leur projet le plus loin possible (par un soutien à l'ingénierie, l'acculturation à la gestion de projet, un financement éventuellement, etc.). Le cas échéant, l'Agence régionale de santé doit pouvoir réorienter les projets vers la réponse la plus pertinente. L'accompagnement par l'ARS, quelle que soit sa forme, est par ailleurs nécessairement temporaire, l'objectif étant que le projet devienne autonome dans sa mise en œuvre au long cours.

4. Modalités de mise en œuvre

Plusieurs leviers pourront être mobilisés, les principaux étant :

- Mettre à disposition des ressources méthodologiques d'aide à la gestion de projet (ex : référentiels de l'Agence nationale d'appui à la performance - ANAP) et en faire la promotion.
- Mobiliser les expertises nécessaires en amont dans l'instruction des projets, par exemple pour la recherche d'outils numériques pertinents pour un projet, avec l'équipe e-santé de l'ARS et le Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADEs), alors que les outils d'intelligence artificielle peuvent amener de nouvelles organisations (Cf. **Chapitre 9 : E-santé**), ou auprès de partenaires comme l'Assurance Maladie.



- Identifier les sources de financement existantes en région ; en fonction des moyens disponibles de l'ARS, soutenir les projets via des crédits d'ingénierie notamment, le cas échéant conjointement avec d'autres partenaires.
- Communiquer activement sur les initiatives en cours dans la région, selon des modalités à définir (cartographie, enrichissement de la page internet de l'ARS sur l'innovation avec les actions conduites et les ressources à disposition, journée régionale de l'innovation, presse, etc.).
- Mettre en relation les porteurs de projet dans un réseau d'entraide régional, créer des partages d'expérience entre acteurs de la santé sur des thématiques prioritaires pour la région (ex : accès aux soins, prise en compte du vieillissement de la population et des maladies chroniques), en favorisant les sujets à impact opérationnel dans le quotidien des équipes (ex : prise en charge ambulatoire à l'hôpital, protocoles de coopération, télémédecine).
- Encourager l'ancrage territorial des projets d'innovation organisationnelle, par l'information des porteurs sur les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) notamment, pour partager l'information sur les projets et favoriser leur dimension « parcours » (ville/hôpital/médico-social) (**Cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale**).
- Elargir les projets d'innovation au secteur médico-social
- Préparer, pour chaque expérimentation « article 51 » en cours, l'évaluation du projet et sa sortie de la phase d'expérimentation.

La coordination de l'ARS avec ses partenaires institutionnels pourra s'inscrire dans le cadre d'un groupe de pilotage pour l'innovation en santé, en s'appuyant autant que possible sur un groupe de travail déjà existant. Cet espace commun sera un lieu d'information et de mise en cohérence des initiatives de chacun dans le champ de l'innovation organisationnelle. Il pourra permettre d'établir une feuille de route commune aux membres, avec par exemple la définition de thèmes prioritaires à soutenir, l'anticipation d'appels à projet à venir, l'organisation d'actions communes de communication ou encore le financement multi-partenarial d'interventions en soutien à l'innovation en santé dans la région (ex : soutien à l'ingénierie de projet, retex, accompagnement au changement, etc.). Cette instance réunirait le conseil régional, les fédérations, le GRADeS, l'Assurance Maladie, les conseils départementaux, la Mutualité, les URPS...

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023-2024	Poursuivre l'accompagnement des porteurs de projet et favoriser un réseau d'entraide pour les acteurs de terrain. Mettre à disposition des ressources méthodologiques pour les porteurs de projet.
2024	Actions régionales de communication sur l'innovation en santé en Centre-Val de Loire, notamment avec des porteurs « article 51 ».
2024 et suivantes	Déploiement des actions validées (ex : article 51, actions communes ou coordonnées entre l'ARS et ses principaux partenaires)



6. Modalités de suivi et d'évaluation

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre d'expérimentations article 51 suivies en CVL (régionales et nationales)	15	20	25
2	Nombre d'expérimentations article 51 autorisées en région (LFSS 2018)	4	5	6



CHAPITRE 11 : AIDANTS

Introduction

Le rôle et la place des proches aidants familiaux sont primordiaux. Acteurs de « première ligne » dans l'accompagnement réalisé auprès de leurs proches, ils sont de ce fait plus exposés aux risques d'épuisement, d'isolement et de solitude par rapport à l'entourage familial, social et professionnel.

Bien accompagner la personne aidée, c'est également prendre en compte son aidant, être attentif à sa situation et lui proposer un accompagnement qui tienne compte à la fois de son investissement, de son état physique et psychologique, de ses besoins et de son expertise auprès du proche aidé. Il s'agit de permettre à chaque aidant de trouver une réponse adaptée à ses besoins.

Chiffre clé

8 à 11 millions de proches aidants familiaux en France²⁴

Objectif opérationnel n°23 : Poursuivre l'appui aux aidants familiaux

1. Situation actuelle

Au cours du PRS 2, l'ARS a entrepris différentes actions concourant à faire connaître et à améliorer l'offre envers les aidants : développement d'accueils de répit week-end pour enfants en situation de handicap, mise en place du Programme ambulatoire pour jeunes adultes avec troubles psychiques débutants (JADE), augmentation du nombre de plateformes d'accompagnement et de répit sur le territoire régional, financement d'actions de formation, d'information et de sensibilisation, de soutien psycho-social individuel ou collectif en faveur d'aidants auprès de personnes atteintes de maladies neurodégénératives, déploiement du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ou en cas de carence soudaine de l'aidant, appui aux parents d'enfants en situation de handicap (écoute, soutien administratif, soutien à la fonction parentale en rapport avec le handicap).

Par ailleurs, d'autres acteurs interviennent auprès des aidants (État, collectivités, caisses de retraite complémentaire, mutuelles, associations...). Pour autant, la répartition des actions est hétérogène sur le territoire et l'offre peu développée pour certaines pathologies (maladies chroniques). Il apparaît nécessaire de structurer et rendre lisible l'ensemble de cette offre auprès des aidants et des professionnels.

2. Enjeux

Repérer, orienter, informer, former les aidants et reconnaître leur rôle.

Améliorer la structuration, le fonctionnement et la lisibilité de l'offre de répit.

3. Description de l'objectif

Poursuivre le développement sur tous les territoires d'une offre en faveur des aidants familiaux au regard de leurs besoins, la rendre lisible et accessible afin d'améliorer le soutien et la qualité de vie des aidants.

Trois sous-objectifs :

²⁴ Baromètre des aidants 2019, Fondation April-Institut BVA : https://www.fondation-april.org/images/pdf/DP_Barom%C3%A8tre_des_aidants_2019_FondationAPRIL.pdf



- Repérer et évaluer le besoin des aidants et évaluer leurs besoins.
- Structurer/Renforcer/Améliorer les solutions d'accompagnement et de répit existantes.
- Améliorer la visibilité de l'offre.

4. Modalités de mise en œuvre

Les conseils départementaux étant les chefs de file de la prise en charge de la dépendance, la politique de l'aide aux aidants, les actions et les dispositifs devront être déployés en coordination et en complémentarité avec chaque département, en prenant appui notamment sur les conférences des financeurs afin de permettre un développement et une structuration de l'offre sur chaque territoire.

Repérer les aidants et évaluer leurs besoins

- Aider les aidants à s'auto-repérer par des campagnes d'information et de communication auprès du grand public et ciblées (Éducation nationale, écoles paramédicales, Union régionale des professionnels de santé - URPS, Communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS, Caisse d'allocations familiales - CAF, Centre national de la fonction publique territoriale - CNFPT, Maisons départementales des personnes handicapées - MDPH, entreprises...).
- Déployer par l'Équipe régionale Vieillesse et maintien de l'autonomie (ERVMA) le projet Integrated Care for Older People (ICOPE) expérimenté sur l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher à étendre sur l'ensemble de la région.
- Former les professionnels (professionnels de santé, paramédicaux, travailleurs sociaux, Dispositifs d'appui à la coordination - DAC, Plateformes d'accompagnement et de répit - PFR, acteurs du domicile, entreprises...) au repérage des aidants et à la prévention des risques d'épuisement.
- Évaluer les besoins des aidants avec les outils existants (grille mini-zarit...) et former les professionnels aux outils.
- Proposer de l'éducation thérapeutique

Structurer/Renforcer/Améliorer les solutions d'accompagnement et de répit existantes

Autant que faire se peut, les actions devront être communes quelle que soit la situation de l'aidé (âgé, porteur de handicap, malade). La prise en charge de l'aidé devra permettre à l'aidant de se libérer et d'être remplacé durant le laps de temps prévu. La question des transports devra également être prise en compte, particulièrement pour les aidants éloignés des centres urbains ou peu mobiles. Le déploiement des dispositifs, notamment l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, dépendra enfin de la solvabilisation de l'accompagnement financier des bénéficiaires.

Les actions prioritaires, quelle que soit la typologie de l'aidant :

- Répit à domicile : relayage de quelques heures en journée, en soirée, de nuit ou « baluchonnage ».
- Offre de répit structurelle : accueils de jour rattachés à un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou autonomes, itinérants, hébergement temporaire classique, en sortie d'hospitalisation ou en cas de défaillance de l'aidant, accueil familial.
- Actions de soutien psycho-social collectif et individuel (ex : entretiens avec un psychologue), d'information et de sensibilisation, la pair-aidance, médiation familiale, guidance parentale via notamment les plateformes d'accompagnement et de répit, les pôles ressources handicap, les « cafés des aidants » et autres acteurs.



- Actions de formation.
- Loisirs et vacances : week-ends répit, séjours et vacances répit.
- Dispositifs et actions innovants dans les territoires, répondant aux besoins : les dupliquer dans la mesure du possible sur les autres territoires de la région.
- Mieux équilibrer et répartir l'offre des plateformes d'accompagnement et de répit et les ouvrir aux aidants de personnes atteintes de cancer.

Améliorer la visibilité de l'offre

- Rendre lisible l'offre auprès des aidants et des professionnels.
- Mettre en place un espace d'informations numérique qui soit à la fois ressource pour les aidants (ex : annuaire travaillé avec le CTS) et les professionnels et moyen de communication pour les porteurs d'actions (outil envisagé : Ma boussole aidants).
- Développer l'espace d'informations numérique « Ma boussole aidants » en intégrant tous les champs (personnes âgées / en situation de handicap / malades) dans chaque département de la région Centre-Val de Loire.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateurs de pilotage*

N°	INTITULE INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de départements qui ont intégré cet espace numérique sur tous les champs	0	6
2	Taux de communes couvertes par une plateforme d'accompagnement et de répit (population PA et Maladies neuro-dégénératives)	70%	100%



AXE : QUALITÉ,
PERTINENCE ET
RÉSILIENCE



CHAPITRE 12 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Introduction

La qualité et la sécurité des soins sont une exigence croissante et légitime de tous les usagers du système de santé. Cette préoccupation majeure portée par les orientations nationales fait évoluer la réglementation et les recommandations de bonnes pratiques. Selon la Haute Autorité de santé (HAS), elle « *repose sur une culture partagée de la sécurité et une démarche de gestion des risques. L'amélioration de la sécurité du patient passe par une meilleure compréhension de la survenue des événements indésirables associés aux soins, mais aussi par la qualité du travail en équipe* ».

Objectif opérationnel n°24 : Promouvoir un pilotage du système de santé par la qualité au profit d'une meilleure prise en charge des usagers dans un parcours sécurisé et de qualité

1. Situation actuelle

Le Réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA) mis en place à partir de 2017 permet, d'une part, de consolider les signalements des différentes structures de vigilance (pharmacologie, matériologie, toxicologie, infections...) et, d'autre part, de mettre en œuvre des mesures correctives et préventives avec les structures d'appui (Qualiris, Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques - OMÉDIT, Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins - CPIAS).

Les autorisations d'activités de soins ont été réformées notamment pour mieux prendre en compte les critères de qualité et de sécurité. De même, l'Incitation financière à la qualité (IFAQ) a pris une place croissante ces dernières années et représente 700 M€ en 2022 à l'échelle nationale.

Très récemment, les dispositifs de certification des Établissements de santé (ES) et d'évaluation externe des Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) ont connu des évolutions majeures en se centrant sur l'expérience de la personne prise en charge. Ces dispositifs promeuvent un management par la qualité qui permet l'amélioration et la sécurisation des prises en charge. Ils permettent tout à la fois la sécurisation des pratiques des professionnels et l'amélioration de leur qualité de vie au travail en donnant un cadre et du sens à leurs missions.

Le précédent Projet régional de santé (PRS) a mis en évidence de grandes disparités entre les secteurs quant au développement de la culture qualité des acteurs de la santé. Une harmonisation de cette culture est nécessaire afin que l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement puissent collaborer efficacement dans l'amélioration de leurs pratiques et dispenser des soins sécurisés. La culture de la déclaration, socle incontournable d'une culture risques et des démarches d'amélioration continue de la qualité, doit être généralisée aux secteurs médico-sociaux et soins de ville. Ainsi, la connaissance des Événements indésirables (EI) permettra d'initier des actions correctives en secteur ambulatoire et médico-social.

Le besoin de l'utilisateur et des personnes concernées n'a pas été suffisamment pris en compte dans les démarches d'amélioration et de sécurisation de leurs prises en charge et accompagnement. En effet, l'implication de ces derniers et de leurs représentants enrichit les échanges et les pratiques. Ils sont acteurs à part entière du système de santé et doivent être associés aux actions qui vont être mises en œuvre pour la réalisation de cet objectif.

2. Enjeux

Promouvoir le pilotage par la qualité et la sécurité afin d'installer les démarches au plus près des pratiques des professionnels.



La dynamique qualité - gestion des risques pourra être renforcée grâce, d'une part, à l'arrivée du nouveau dispositif d'évaluation externe de la HAS dans les ESMS (accompagné traceur, traceur ciblé, audit système) et, d'autre part, à la nouvelle procédure de certification HAS des ES (patients traceurs, traceurs ciblés, critères impératifs...).

Ces démarches sont de nature à favoriser l'implication des Représentants d'usagers (RU) dans les instances de pilotage des structures. En outre, elles permettront d'impliquer les acteurs de soins de ville par la mise en avant des parcours patients/usagers. Pour cela, les enjeux seront de développer les démarches qualité au plus près des prises en charge et des accompagnements, de telle sorte qu'elles soient partie intégrante de la culture professionnelle au sein des organisations et qu'elles contribuent à la sécurisation des pratiques.

Pour que l'ensemble des acteurs du système de santé identifient et travaillent sur les risques au sein de leurs organisations, il est essentiel qu'elles aient connaissance des EI survenus. La déclaration et l'analyse de tous les événements indésirables fondent une culture risques et permettent aux professionnels des secteurs sanitaire et médico-social et aux usagers d'entrer dans des démarches qualité systémiques. Un des enjeux sera donc de réussir à dépasser les craintes et les freins à la déclaration en faisant la pédagogie de l'intérêt de la déclaration des EI quel que soit leur degré de gravité, notamment les « presque accident ».

3. Description de l'objectif

Amener l'ensemble des acteurs du système de santé à développer dans leur fonctionnement interne, ainsi que dans leurs interfaces, une approche de la qualité de plus en plus mature, à travers une organisation apprenante, sûre, fiable et résiliente, ayant comme finalité l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge. Cette démarche contribue au développement de la bientraitance et à prévenir le risque de maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité (notamment enfants, personnes âgées et en situation de handicap).

Accompagner les acteurs du système de santé dans les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge

Développer des démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

Dans le champ hospitalier et médico-social, les exigences accrues des dispositifs de certifications et d'évaluations HAS conduisent à développer l'offre d'accompagnement des Structures régionales de vigilances et d'appui (SRVA) afin de répondre aux besoins du terrain, notamment dans le secteur médico-social.

Le développement de la culture et des démarches qualité en ville s'appuiera sur les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui bénéficieront également d'une offre de formation adaptée. Afin d'ajuster le contenu des formations et de maintenir une réponse aux besoins pertinente, une offre de formation certifiée Qualiopi pourrait être proposée.

Le décloisonnement des prises en charge et la diffusion d'une culture qualité commune aux différents secteurs seront à favoriser. Les collaborations inter-secteurs, comme le patient traceur ville-hôpital, ainsi que les démarches innovantes doivent être encouragées et valorisées, notamment par le partage d'expérience.

Faire de l'implication des usagers un des fondements des démarches d'amélioration continue

L'implication des usagers dans l'amélioration de la qualité des soins est essentielle pour garantir une réponse aux besoins des personnes qui en bénéficient et peut se faire de plusieurs façons : participer à des groupes de discussion et de consultation, être membre de comités de santé chargés de faire des recommandations sur la qualité et la sécurité des soins... Les usagers sont également impliqués dans l'évaluation organisée par la HAS, de par les méthodes employées (patient traceur, accompagné traceur). Ils sont aussi encouragés à donner leur



avis sur leur expérience et à faire des suggestions pour l'amélioration des services au travers d'enquêtes de satisfaction (e-satis).

Il est en outre important de renforcer le rôle des représentants d'usagers dans les différents dispositifs du territoire. Les partenariats entre ces représentants en Centre-Val de Loire et les structures régionales d'appui doivent être pérennisés afin de promouvoir le respect des droits des usagers dans l'ensemble des secteurs de soins de ville, du sanitaire et du médico-social.

Développer la culture positive de l'erreur et renforcer la déclaration des événements indésirables et des événements porteurs de risque

La culture positive de l'erreur consiste à accepter les erreurs et à les voir comme des opportunités de croissance et d'apprentissage. Elles ne doivent pas être stigmatisées, mais analysées afin de comprendre les raisons qui ont conduit à l'erreur.

La déclaration des événements indésirables et des événements porteurs de risque permet de recueillir des données sur les erreurs médicales et de mettre en place des mesures pour prévenir les événements futurs. Il est donc important de créer un environnement de travail sûr et accueillant qui encourage la capitalisation des événements indésirables et où ces derniers sont considérés comme des leviers collectifs à des fins d'amélioration de la qualité et/ou de la sécurité des prises en charge et des accompagnements.

Les dispositifs et circuits de déclaration externe doivent être abordés avec pédagogie, selon le secteur et le type d'événement indésirable : dysfonctionnements graves du secteur médico-social, grave associé aux soins (EIGS). La remontée, ou l'absence de remontée, d'EIGS aux autorités de tutelle est un moyen d'estimer la maturité de la culture sécurité des structures et organisations.

Les structures régionales d'appui devront pouvoir ajuster l'offre d'accompagnement à la demande, de façon à soutenir le plus efficacement possible l'analyse des EIGS sur l'ensemble des secteurs.

Toujours dans une optique de décloisonner les prises en charge et les accompagnements, les déclarations d'EIGS mettant en jeu plusieurs structures ou secteurs sont un levier à fort enjeu dans la généralisation de la culture qualité et sécurité en Centre-Val de Loire.

Une capitalisation régionale des EIGS incluant des démarches de retour d'expérience auprès des représentants d'usagers doit être systématisée. Elle permettra également de contribuer à la diffusion de la culture positive de l'erreur et nourrira le cycle de déclaration de tous les événements indésirables, y compris ceux porteurs de risques.

4. Modalités de mise en œuvre

Accompagner les acteurs du système de santé dans les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge

La SRA QUALIRIS, l'OMÉDIT – pour ce qui concerne la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et/ou liée aux dispositifs médicaux – et le CPIAS – pour tout ce qui se rapporte à la prévention et gestion du risque infectieux – ont un rôle clé dans l'accompagnement des acteurs de la région :

- Accompagner le développement de la culture qualité et former les professionnels de tous les secteurs.
- S'appuyer sur le développement des Indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) développés par la HAS et sur le développement des Incitations financières à la qualité (IFAQ) dans le secteur hospitalier.
- Former et accompagner les ESMS à la mise en œuvre des évaluations HAS.
- Accompagner les ES non certifiés ou sous conditions.



- Promouvoir les démarches d'évaluations croisées entre structures et entre secteurs.
- Valoriser les démarches exemplaires.
- Analyser les résultats de certifications et d'évaluations et communiquer aux structures et Représentants d'utilisateurs (RU) la vision régionale.
- Promouvoir les démarches de recueil de l'expérience des utilisateurs.
- Développer les démarches d'implication des utilisateurs.

Développer la culture positive de l'erreur et renforcer la déclaration des événements indésirables et des événements porteurs de risque

La SRA Qualiris et l'OMeDIT sont parties prenantes de cette mise en œuvre :

- Développer la culture de la déclaration et l'analyse des EI.
- Accompagner l'analyse et la déclaration des EI.
- Renforcer la déclaration des EI de parcours (inter-structures).
- Déployer les retours d'expérience inter-structures/secteurs.
- Promouvoir le recueil du vécu de l'utilisateur dans l'analyse des EIGS.
- Suivre l'avancée des plans d'actions.

5. Échéances intermédiaires

À échéance annuelle, le groupe de co-construction se réunira sous le pilotage de l'ARS et associera la SRA Qualiris en lien avec l'Omedit afin de construire collectivement un bilan général d'indicateurs et d'actions, incluant notamment les indicateurs de suivi détaillés ci-après. Cette réunion annuelle sera l'occasion pour l'ensemble des acteurs de proposer d'éventuels ajustements des moyens et indicateurs en fonction de la réalité du terrain et de la période, qui pourront nourrir les programmes d'actions des acteurs régionaux. Une communication de ce bilan annuel co-construit pourra être effectuée aux différentes instances des parties prenantes.



6. Modalités de suivi et d'évaluation

N°	INTITULÉ INDICATEUR	Sous-indicateurs	DERNIÈRE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMÉDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Démarche Qualité	Taux de conformité des critères impératifs de la certification HAS (sanitaire)	83%	>85%	>90%
		Taux de conformité des critères impératifs de l'évaluation HAS (médico-social)	0%	>35%	>50%
		Taux de CPTS ayant développé la mission optionnelle qualité de l'ACI (Ville)	84%	87%	100% des CPTS
2	Culture de déclaration et analyse des EI	Taux de Structures non déclarantes SIVSS (sanitaire) 2e ensemble	46% (decl. 2022)	<25%	100% des CPTS
		Taux de Structures non déclarantes SIVSS (médico-social)	26%	35%	<10%
3	Taux d'EIGS multi-structure analysés par l'ensemble des parties prenantes (tous secteurs)		En cours	75%	95% des EIGS Multi structures



CHAPITRE 13 : PERTINENCE DU RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Introduction

La pertinence des soins présente un triple enjeu :

- Un enjeu de qualité du parcours et de qualité de vie pour le patient,
- Un enjeu de juste recours aux ressources du système de santé, notamment les ressources humaines (RH),
- Un enjeu de soutenabilité économique du système de santé.

Les démarches de pertinence sont impulsées par l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS), qui associe étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières. Le plan régional de pertinence 2022-2025 a été arrêté le 17 décembre 2021, dans la continuité du plan précédent²⁵. Il sera mis à jour et enrichi au vu des objectifs du présent chapitre. Les actions sont co-portées avec l'Assurance maladie.

Les enjeux de pertinence traversent le système de santé et sont présents dans la plupart des chapitres du PRS 3, notamment le parcours Maladies neuro-cardio-vasculaires (*cf Parcours spécifique Maladies neuro-cardio-vasculaires*).

Les démarches de pertinence développées ces dernières années concernent des thèmes qui présentent un fort enjeu de santé publique, pour lesquels des référentiels ou recommandations de bonnes pratiques existent et des données quantitatives sont disponibles, permettant ainsi de mettre en évidence des atypies de recours aux soins. Ces démarches ont fait la preuve de leur efficacité lorsque l'évolution des pratiques professionnelles, individuelles ou en équipe, constituent le levier principal pour agir.

Appréhender la pertinence du recours aux soins nécessite de s'intéresser à des actes et pratiques précis. Ainsi, trois thématiques font l'objet d'un objectif dédié :

- Les actes de chirurgie,
- Les produits de santé,
- Le parcours du patient porteur d'une Bronchite pulmonaire chronique obstructive (BPCO).

La démarche des groupes de pairs en médecine générale participe également des démarches de pertinence des soins et contribue à la qualité des prises en charge.

²⁵ Le plan régional de pertinence 2022-2025, IRAPS : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/88183/download?inline>



Objectif opérationnel n°25 : Améliorer la pertinence des actes en réduisant la variation des pratiques dans les territoires ciblés

1. Situation actuelle

L'analyse des 33 actes chirurgicaux les plus fréquents permet d'identifier les gestes pour lesquels au moins un département présente un recours significativement atypique (écart observé d'au moins 20 % par rapport à la moyenne nationale). Le bilan du PRS 2 a montré que les campagnes de rencontre avec les professionnels concernés permettaient un auto-questionnement sur les pratiques professionnelles. Elles ont démontré leur efficacité, par exemple sur le recours à la chirurgie bariatrique (- 24 points dans l'Eure-et-Loir et - 36 points dans le Loiret en 5 ans) et à la cholécystectomie (- 17 point dans l'Eure-et-Loir).

Sur la base des données de consommation 2021 (source Programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI / ScanSanté), cinq actes ont été ciblés.

Trois actes en sur-recours :

- L'ablation de la thyroïde (thyroïdectomie), en raison d'un fort taux de recours dans l'Indre depuis plusieurs années : + 47 % par rapport à la moyenne nationale.
- La chirurgie du poignet (syndrome du canal carpien), en raison d'un fort taux de recours régional et dans les six départements depuis plusieurs années : + 30 % au niveau régional, entre + 10 % et + 66 % selon le département.
- La pose d'aérateurs transtympaniques (« yoyo »), en raison d'un taux de recours particulièrement élevé dans trois territoires et d'un fort taux de recours régional : + 28 % au niveau régional, +131 % en Indre-et-Loire.

Deux actes en sous-recours :

- L'endoscopie digestive diagnostique, en raison d'un taux de recours régional très faible depuis plusieurs années.
- La coloscopie, en raison d'un taux de recours très faible dans deux territoires (Loiret et Loir-et-Cher) depuis plusieurs années.

2. Enjeux

Agir sur la pertinence des actes par l'analyse et l'évolution des pratiques professionnelles, individuelles ou collectives. Un certain nombre d'actes et de territoires peuvent être ciblés ou suivis, en fonction de l'écart constaté avec le taux de recours national. Si la priorité avait été donnée aux sur-recours dans le Projet régional de santé (PRS) précédent, pour lesquels les enjeux apparaissaient spontanément, les sous-recours deviennent également prioritaires dans la mesure où ils peuvent, dans certains cas, constituer une perte de chance pour les patients et des coûts ultérieurs pour la collectivité.

3. Description de l'objectif

Réduire les variations de pratiques pour les gestes et dans les territoires ciblés présentant une atypie significative, en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques.

Pour les sur-recours : ramener ceux observés dans les territoires ciblés à la moyenne nationale.

Pour les sous-recours : engager des actions permettant d'améliorer le recours aux actes ciblés car présentant un risque de perte de chance pour les patients.



4. Modalités de mise en œuvre

Sur les gestes et dans les territoires ciblés en sur-recours, les leviers suivants pourront être mobilisés de manière graduée et complémentaire afin que les professionnels concernés identifient les causes possibles, définissent et conduisent des actions correctives :

- Les dialogues et courriers de pertinence.
- Les mises sous accord préalable (MSAP).
- Les Contrats d’amélioration de la qualité et de l’efficacité des soins (CAQES).
- Une communication auprès des professionnels et des patients.

Une méthodologie régionale sera élaborée pour le sous-recours constaté sur les endoscopies digestives diagnostiques :

- Analyse fine de la production des établissements de santé concernés, des taux de fuite et des taux d’attractivité.
- Analyse des plannings des blocs opératoires pour vérifier leur accessibilité aux actes diagnostics.
- Analyse des parcours de soins des patients atteints d’un cancer colorectal.

En fonction des points de rupture potentiellement identifiés, des actions seront proposées pour permettre de réduire le sous-recours constaté et ainsi limiter les pertes de chance.

5. Échéances intermédiaires

Les données de recours aux actes de chirurgie sont suivies annuellement et partagées avec l’Instance régionale d’amélioration de la pertinence des soins (IRAPS). Le plan régional de pertinence peut ainsi être actualisé chaque année et le ciblage des gestes et territoires évoluer au fil des ans.

Une campagne de courriers et dialogues de pertinence s’est déroulée fin 2022 et début 2023 sur les 4 actes identifiés alors en sur-recours. Les résultats pourront être observés sur les données disponibles en 2024.

La méthodologie régionale relative à l’analyse des sous-recours sera, quant à elle, définie en 2023.

6. Modalités de suivi et d’évaluation

a) Indicateurs de résultat :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Ecart entre le taux de recours des départements des gestes ciblés et le taux de recours national		Diminution progressive de l’écart	Ecart inférieur ou égal à 0

N.B : les taux de recours nationaux, régionaux et départementaux sont calculés par l’ATIH et actualisés chaque année (disponibles sous ScanSanté).

b) Indicateurs de pilotage :

- Sur-recours : taux de couverture des territoires en atypie sur lesquels une action a été menée (dialogues de pertinence, courriers de pertinence, campagnes MSAP, signature d’un volet CAQES...).
- Sous- recours : réalisation de l’analyse de causes du sous-recours pour les gestes ciblés et mise en place d’un plan d’action.

CHAPITRE 13 : PERTINENCE DU RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Objectif opérationnel n°26 : Promouvoir la pertinence de l'utilisation des produits de santé et réduire la iatrogénie médicamenteuse

1. Situation actuelle

L'augmentation du nombre de sujets à risque d'évolution vers la perte d'autonomie, dits sujets « fragiles » porteurs de nombreuses pathologies chroniques, a des conséquences tant au niveau individuel (polymédication, hospitalisations itératives non programmées, dont 26 % sont évitables, décès...) ²⁶ que social (coûts liés à la prescription d'exams et de médicaments, augmentation des aides à domicile et des institutionnalisations).

Parmi les médicaments consommés par cette population « fragile », certains peuvent être considérés comme Médicament potentiellement inappropriés (MPI) en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable ²⁷. Chez les sujets fragiles vivant à domicile, la majorité des erreurs médicamenteuses se situent au niveau :

- Des prescriptions (choix, dose, non réévaluations régulières).
- Du suivi du traitement (clinique et/ou biologique), de l'observance, de l'automédication (déficit d'accompagnement/éducation).
- De mésusages, d'utilisations inappropriées car non conformes aux recommandations de bonnes pratiques.

En conséquence, renforcer le dialogue entre médecins, pharmaciens, infirmiers, patient et le lien ville-hôpital est essentiel pour une vigilance active et l'optimisation de l'ordonnance. Ces risques existent dans une moindre mesure lorsque les personnes fragiles vivent en Ehpad. La « ville » désigne, dans la suite de cet objectif, les patients résidant chez eux ou en institution (*cf. Parcours Personnes âgées*).

Chiffre clé

Plus de 8 médicaments différents par jour : c'est la consommation moyenne de la population dite « fragile » ²⁸.

2. Enjeux

Agir pour réduire la iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes fragiles :

- Lutter contre le mésusage, modifier les comportements des prescripteurs, diminuer les prescriptions de MPI, voire proposer leur dé-prescription.
- Réévaluer régulièrement les prescriptions lors d'une hospitalisation, notamment en cas de présence de médicaments MPI à risque d'iatrogénie forte chez les sujets « fragiles ».
- Promouvoir les exercices coordonnés, la conciliation médicamenteuse, la réalisation d'entretiens pharmaceutiques, la revue de médication, les bilans partagés de médication et les outils d'optimisation du lien hôpital-ville.

²⁶ N Sirven - irdes.fr, DT n°60 mai 2014; Clin Pharmacol Ther 2009; 85(1): 94—7

²⁷ cf. critères de Beers, liste STOPP/START V2, liste de Laroche, site Pimcheck, guide PAPA

²⁸ Exp. Rev. of Pharmacoeconomics volume 22, 2022 - Issue 4; Therapie 2016; 71, 275—279, Haute autorité de santé (HAS) – « Prendre en charge les personnes fragiles en ambulatoire »



3. Description de l'objectif

- Diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable chez les patients « fragiles », pour qui le passage en hospitalisation doit permettre la révision de l'ordonnance et l'optimisation thérapeutique.
- Limiter les ré-hospitalisations liées aux chutes, maîtriser les dépenses de santé (dé-prescription).
- Améliorer l'accompagnement du patient dans sa prise en charge à domicile (maintien dans le temps des traitements révisés ou arrêtés, information patient, dialogue hôpital-ville).

La population ciblée est celle des personnes « fragiles » hospitalisées en secteur Médecine chirurgie obstétrique (MCO) en Centre-Val de Loire. Les personnes « fragiles » étant les personnes de 65 ans ou plus ayant une affection de longue durée et les personnes de 75 ans ou plus sans affection de longue durée.

Les indicateurs priorités portent sur l'optimisation des ordonnances qui présentent des MPI à risque iatrogène fort chez les sujets « fragiles » :

1. Une charge anticholinergique élevée

Lorsque plusieurs médicaments dits anticholinergiques (antidépresseurs, anxiolytiques, antiépileptiques, antitussifs, antihypertenseurs, diurétiques, antiasthmatiques, traitement du glaucome et des incontinences urinaires...) sont pris ensemble, le patient est exposé à un risque accru de déclin cognitif et de mortalité.

2. Une ou plusieurs benzodiazépines et/ou « z-drugs »

Les traitements de longue durée sont déconseillés puisqu'ils induisent des risques de sédation, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chute, d'accident de la route et d'addiction, avec un sur-risque iatrogénique avec les molécules à demi-vie longue (bromazépan...). La règle : l'association de 2 BZD est déconseillée ; privilégier une demi-vie d'élimination courte.

3. Un ou plusieurs antalgiques opioïdes faibles et/ou forts

Utiles pour soulager les douleurs, tous les opioïdes peuvent cependant induire une dépendance physique élevée. Un non-respect des règles de bon usage peut conduire à des effets indésirables graves liés souvent au surdosage, voire à la mort par arrêt cardiorespiratoire. Une des clés pour sécuriser davantage la prescription d'opioïdes est de ne pas banaliser le recours²⁹.

4. Un inhibiteur de la pompe à protons

Leur consommation inappropriée et hors indications peut provoquer une mauvaise absorption des nutriments, engendrer des risques accrus de diarrhées et d'atteintes pulmonaires infectieuses, des carences, des fractures...

Une analyse des délivrances est effectuée dans le mois qui précède l'hospitalisation et dans les mois qui suivent la sortie d'hospitalisation (la période peut varier selon les indicateurs étudiés). Les données fournies par l'Assurance maladie permettent d'évaluer les évolutions de ces prescriptions avant et après hospitalisation dans la population cible.

Un 5^e indicateur permettra de mesurer le développement de la revue de médication.

²⁹ Réf : Source : Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Rapport « État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, février 2019.



4. Modalités de mise en œuvre

Pour chaque indicateur, les données collectées sont analysées conjointement par l’Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMÉDIT) et l’Assurance maladie afin d’apprécier « l’effet passage » en établissement MCO en Centre-Val de Loire.

A minima, une comparaison dynamique par année permettra de :

- Comparer entre eux les établissements MCO à la moyenne régionale sur chaque indicateur.
- Vérifier l’absence de reprise des traitements antérieurs modifiés ou arrêtés lors de l’hospitalisation.

Les résultats des premières analyses permettront de cibler les actions d’accompagnement et d’appui à mobiliser en région.

Parmi les leviers envisagés figurent :

- L’amélioration des parcours de prise en charge via la structuration de l’espace numérique de santé Mon espace santé (ex-DMP) harmonisé avec le Dossier pharmaceutique (DP), les lettres de liaison.
- La mise en place de revues de médication, dont la conciliation médicamenteuse et les bilans partagés de médication.
- Des actions de formation/information des professionnels, avec la promotion d’outils auprès des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des Infirmiers diplômés d’État (IDE) de coordination (webinaires sur les bonnes pratiques et référentiels, communication auprès des professionnels de santé de la ville et hospitaliers, échanges de bonnes pratiques, etc.).

Ces actions seront conduites par l’OMÉDIT et l’Assurance maladie, soit de manière large pour sensibiliser l’ensemble des acteurs et territoires de la région, soit de manière plus ciblée en fonction des enjeux et disparités qui pourront être constatés au regard de l’analyse des consommations.

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Mesures des indicateurs, réalisation d’outils selon les pistes identifiées et définition du plan d’action
À partir de 2024	Lancement des premières actions Suivi et analyse annuelle des indicateurs Adaptation des outils et plans d’action Mesure d’impact des actions d’accompagnement

6. Modalités de suivi et d’évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de bilans partagés de médication et des actions de formation dédiées (suivi codes actes BMI (1ère année) et les années suivantes BMS (sans un changement de traitement) ou BMT (avec changement de traitement)	T1 2023	Evaluation annuelle	Maintien ou augmentation progressive



b) *Indicateurs de résultat :*

Les indicateurs seront suivis à la maille régionale et départementale. Ils permettront de mesurer la baisse de l'exposition de la population cible à des thérapeutiques potentiellement inappropriées, sur les indicateurs prioritaires :

1. Mesure de la charge anticholinergique de l'ordonnance

Exclusions : patients ALD16-Parkinson et ALD23-Affections psychiatriques.

Outil : calculateur de charge anticholinergique³⁰ via deux échelles sélectionnées :

- Échelle CIA ou de Briet (Coefficient d'imprégnation anticholinergique) : échelle évaluant les effets indésirables anticholinergiques périphériques.
- Échelle ACB ou de Boustani (Échelle du risque cognitif lié aux anticholinergiques) : échelle évaluant les effets indésirables anticholinergiques centraux.

Les données détaillées permettront de visualiser le nombre de patients avec une charge anticholinergique en augmentation, en diminution ou avec une charge identique avant/après hospitalisation, selon les deux échelles. Il sera possible de détailler (pour les patients avec une charge anticholinergique non nulle avant hospitalisation) par DCI le nombre de patients avec initiation, poursuite ou arrêt du traitement après hospitalisation.

2. Présence d'une ou plusieurs benzodiazépines et/ou « z-drugs » (zolpidem, zopiclone)

Exclusions : patients ALD23-Affections psychiatriques.

Les données détaillées permettront de visualiser le nombre de patients avec prescriptions d'une ou plusieurs benzodiazépines demi-vie longue et/ou courte ou sans prescription dans les 0-3 mois et dans les 3-6 mois après hospitalisation. Idem pour les z-drugs. Il sera possible de décliner ces chiffres selon la benzodiazépine demi-vie longue prescrite avant hospitalisation.

Indicateurs qualitatifs recherchés³¹ :

- Apprécier le passage d'une demi-vie longue vers une courte (ex. Lexomil® vers Seresta®) ou vers une z-drug.
- Quantifier chaque année si le choix préférentiel est porté vers la prescription de demi-vie courte et vers la monothérapie.

3. Présence d'un ou plusieurs antalgiques opioïdes faibles ou forts au long cours (> 8 semaines).

Exclusions : patients ALD30-Tumeurs malignes.

Les données détaillées seront fournies par département, avec le nombre de patients avec prescription d'antalgiques de palier 2 (codéine, tramadol à libération immédiate et prolongée) avec le détail par DCI et de palier 3 (formes orales à libération prolongée et fentanyl dispositifs transdermiques) avec le détail par DCI.

Des suivis seront faits à 1 mois et à 3 mois après hospitalisation, avec l'évaluation de l'impact sur l'ordonnance du passage en hospitalisation.

³⁰ Calculateur de charge anticholinergique, OMéDIT Pays de la Loire : <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/documentation/calculateur-de-charge-anticholinergique-dune-prescription-omedit-pdl-2022/>

³¹ Réf : guide PAPA SFGG, Rev Prescrire 2018 ; 38 (415)



Indicateurs qualitatifs recherchés³² :

- Quantifier le recours au long cours au tramadol, à la codéine, chez les sujets « fragiles ».
- Apprécier la pertinence de l'utilisation des antalgiques de palier 3 sans ALD associée.

4. Présence d'un inhibiteur de la pompe à protons à dose pleine ou au long cours (> 8 semaines)

Exclusions : patients avec délivrances associées d'AINS et corticoïdes, d'AINS et antiagrégant ou d'AINS et anticoagulant.

Les données détaillées permettront de visualiser le nombre de patients ayant une prescription d'IPP demi-dose ou arrêt de traitement dans les deux mois après hospitalisation, parmi les patients avec une prescription d'IPP pleine dose dans les deux mois avant hospitalisation.

Des suivis seront faits à 2 mois et à 4 mois après hospitalisation.

Indicateurs qualitatifs recherchés³³ :

- Quantifier les révisions d'ordonnance après hospitalisation avec arrêt ou recherche de dose minimale efficace.
- Stabiliser les quantités délivrées en ville (+ 8,7 % entre 2015 et 2021) avec un focus sur les personnes « fragiles ».

5. Développement de la revue de médication

Suivi des bilans partagés de médication [codes actes BMI (la 1^{re} année) et les années suivantes BMS (sans changement de traitement) ou BMT (avec changement de traitement)] et actions de formation dédiées.

³³ Réf : Rev Prescrire 2015 ; 35 (385) : 831-838, Rev Prescrire 2020 ; 40 (441) : 533-538, Rev Prescrire 2020 ; 40 (437) : 189-191, Rev Prescrire 2022 ; 42 (467) : 663

CHAPITRE 13 : PERTINENCE DU RECOURS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Objectif opérationnel n°27 : Améliorer la prise en charge des patients porteurs d'une BPCO à travers un parcours de soins

1. Situation actuelle

La Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie de l'appareil respiratoire marquée par une inflammation et une obstruction progressive mais permanente des bronches. Elle se caractérise par une diminution progressive des capacités à respirer : les voies respiratoires sont d'abord diminuées et encombrées, puis les petites bronches (bronchioles) et les alvéoles des poumons se déforment et perdent leur élasticité et, in fine, les alvéoles pulmonaires, qui permettent les échanges gazeux, sont détruites. La BPCO a pour conséquence une dyspnée particulièrement invalidante, elle-même responsable d'une désadaptation progressive à l'effort. Cela constitue un réel handicap qui peut conduire à une limitation importante des activités de la vie quotidienne et du rôle social. Au-delà de ces diminutions de capacités, la BPCO est marquée par la survenue d'exacerbation qui sont la cause principale d'hospitalisation et de surmortalité dans cette maladie.

La Haute Autorité de santé (HAS) a défini 7 points de vigilance pour améliorer la prise en charge de la BPCO selon trois axes :

- Le dépistage des patients à risque (1 indicateur).
- La prise en charge des patients stables (2 indicateurs).
- Le suivi après hospitalisation (4 indicateurs).

Parmi ces 7 indicateurs, 6 sont en dessous de la moyenne nationale en Centre Val de Loire :

- Spirométrie ou EFR (Exploration fonctionnelle respiratoire) à visée diagnostique chez les patients à risque de BPCO : 19,3 % (vs 21,3 %). Cet examen explore la capacité du patient à souffler et contribue au diagnostic.
- Réalisation d'EFR ou de spirométrie annuelle : 32,5 % (vs 34,2 %). Cet examen vise à suivre l'évolution de la pathologie chronique et à adapter le traitement.
- Suivi médical dans les 7 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO : 30,4 % (vs 41,9 %). Ce lien « hôpital-ville » contribue au continuum de la prise en charge suite à un épisode de décompensation.
- Suivi par le pneumologue dans les 60 jours après une hospitalisation : 26,6 % (vs 30,9 %). Ce suivi spécialisé dans les 2 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation vise à s'assurer de la stabilité de l'état clinique et respiratoire et à adapter, si besoin, la stratégie thérapeutique.
- Traitement par bronchodilatateurs à longue durée d'action délivré dans les 90 jours après une hospitalisation : 71,8 % (vs 74 %). Ce traitement contribue à freiner l'évolution de la maladie.
- Soins de rééducation dans les 90 jours après une hospitalisation : 22,3 % (vs 31,1 %). La rééducation respiratoire consiste en un ensemble d'exercices qui permettent au patient de majorer progressivement sa capacité face à l'effort, de réduire l'essoufflement et d'améliorer la récupération après un effort.

Le 7^e indicateur relatif à la vaccination contre la grippe objective un écart favorable pour la région comparativement à la valeur nationale : 54,8 % (vs 52,7 %).

Chiffre clé

Près de 15 000 assurés bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur pour BPCO en Centre-Val de Loire

2. Enjeux

Renforcer la pertinence et la synergie des soins réalisés tant à l'hôpital qu'en « ville » par l'inscription de la prise en charge des patients porteurs de BPCO à travers un parcours de soins. Une meilleure connaissance du diagnostic local et de la prise en charge en référence aux recommandations HAS contribue au déploiement d'organisations mieux adaptées, permettant d'améliorer la prise en charge des patients atteints de BPCO ou à risque de développer une BPCO.

Les 7 indicateurs de la HAS seront recalculés à la taille de chacune des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin de disposer des éléments les plus fins possibles et d'élaborer des stratégies d'amélioration propres au contexte local. Il est également prévu que les établissements disposent de ces 7 indicateurs à la taille de chacune des structures.

Parallèlement, il sera recherché l'émergence ou le soutien de projets innovants en santé (par exemple « article 51 »), en contribuant à l'accompagnement des porteurs de projet ou en favorisant la visibilité des projets autorisés lors de la phase d'inclusion des patients (article 51 Inspir' action par exemple).

3. Description de l'objectif

Assurer aux patients de la région un diagnostic et une prise en charge équivalente à celle des autres régions (**cf. indicateurs HAS**) en mobilisant l'innovation et les organisations collectives de proximité.

Notamment à travers les CPTS, il s'agit donc de promouvoir l'engagement des professionnels de santé dans l'importance du suivi de ces patients, communiquer les possibilités de soins au niveau locales, de mobiliser les associations de patients autour de leur soin et de favoriser la communication interprofessionnelle.

4. Modalités de mise en œuvre^{34 35}

La démarche est portée par l'Assurance maladie :

- Mettre à disposition des établissements de santé ainsi que des CPTS une vision du parcours de la population de leur territoire à travers les indicateurs associés.
- Promouvoir, sur l'ensemble de la région, le Programme de retour à domicile (PRADO) BPCO auprès des établissements. Le PRADO vise à sécuriser la prise en charge en ville en sortie d'hospitalisation.
- Accompagner les CPTS et établissements de soins dans la prise en main des indicateurs et les accompagner, autant que faire se peut, dans la définition de « stratégies locales » adaptées ; promouvoir une meilleure utilisation des ressources de réhabilitation respiratoire, notamment des cabinets de kinésithérapie libéraux.
- Promouvoir l'innovation en santé relative à la prise en charge des maladies de l'appareil respiratoire.
- Partager le diagnostic territorial avec les associations de patients afin de renforcer, si besoin, sa visibilité pour les patients concernés.

³⁴ Outils pour calculer les indicateurs du parcours BPCO à partir du SNDS, HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3326301/en/outils-pour-calculer-les-indicateurs-du-parcours-bpc0-a-partir-du-snds-dcir/pmsi

³⁵ Indicateurs de qualité du parcours, Livrables sur les indicateurs BPCO, HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3333091/en/indicateurs-de-qualite-du-parcours-livrables-sur-les-indicateurs-bpc0



5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Diagnostic territorial à la maille des CPTS sur la base des indicateurs de la HAS, campagne d'accompagnement des établissements sur le thème du PRADO BPCO.
2024-2025	Accompagnement des CPTS et établissements hospitaliers. Promotion de l'innovation en santé. Partage des résultats territoriaux avec les associations de patients.
2026	Partage avec les CPTS, établissements et associations de patients des premiers résultats afin d'ajuster, si besoin, les actions.
2027	Bilan

6. Modalités de suivi et d'évaluation

- Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE ³⁶	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de réalisation de Spirométrie ou EFR à visée diagnostique chez les patients à risque de BPCO	19,3%	21,3%	Valeur nationale
2	Taux de réalisation d'un suivi par le pneumologue dans les 60 jours après une hospitalisation	26,6%	30,9%	Valeur nationale
3	Taux de traitement par bronchodilatateurs à longue durée d'action délivré dans les 90 jours après une hospitalisation	71,8%	74%	Valeur nationale

³⁶ Il s'agit de la valeur nationale actuelle comme présentée dans le paragraphe « situation actuelle ».



CHAPITRE 14 : PRÉPARATION ET COORDINATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ POUR FAIRE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE)

Introduction

Les récentes crises sanitaires, dont la pandémie Covid-19, ont démontré la nécessité d'une montée en puissance de manière graduée et coordonnée du système de santé. La prise en charge de blessés ou malades lors d'une Situation sanitaire exceptionnelle (SSE) repose sur la mobilisation de tous les acteurs du système de santé (établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville, particulièrement les structures d'exercice coordonné). Ces acteurs constituent, ensemble, les opérateurs de soins. La gestion efficace d'une SSE impose une interaction efficace entre ces acteurs du système de santé, en lien avec les acteurs concourant au secours et à la sécurité.

À cette fin, deux objectifs opérationnels ont été définis : le premier vise à disposer de plans d'Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle (ORSAN) opérationnels ; le second cherche à capitaliser sur la dynamique initiée pour rédiger ces plans et à faire émerger une dynamique de réseau parmi les acteurs de la santé.

Objectif opérationnel n°28 : Disposer de plans ORSAN opérationnels

1. Situation actuelle

Le dispositif « Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle » (ORSAN) constitue le cadre de réponse opérationnelle du système de santé face aux Situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Cette planification de défense prédéfinit les parcours de soins des patients à partir des scénarii de situations susceptibles d'impacter le système de santé. Élaboré par l'ARS, le dispositif ORSAN a pour objectif :

- D'assurer une réponse efficace et coordonnée du système de santé ;
- D'optimiser la prise en charge des blessés et malades liés à la SSE ;
- De garantir la continuité et la qualité des soins des patients non concernés par la SSE.

En 2022 ont été mises à jour des données essentielles pour la rédaction de ces plans à l'échelle de la région :

- Analyse et cartographie des risques ;
- Classification des établissements de santé ;
- Attribution des compétences aux futurs établissements de santé de référence régionaux ;
- Mise à jour du capacitaire d'Accueil massif de victimes non contaminées (AMAVI).

2. Enjeux

Finaliser la planification ORSAN à l'horizon 2023, en prévision des grandes manifestations à venir (Coupe du monde de rugby en 2023, Jeux Olympiques et Paralympiques en 2024). Ces plans devront être opérationnels et articulés, d'une part, avec les plans de gestion des établissements de santé et médico-sociaux, les plans de gestion des professionnels de ville (en particulier ceux des Communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS et des Maisons de santé pluridisciplinaires - MSP) et, d'autre part, avec les dispositifs ORSEC pilotés par les préfetures.



3. Description de l'objectif

Rédiger les cinq plans ORSAN pour la région Centre-Val de-Loire :

- AMAVI : organisation de la réponse du système de santé face à un événement provoquant un nombre important de blessés somatiques (non contaminés).
- MÉDICO-PSY : organisation de la réponse du système de santé face à un événement provoquant un nombre important de blessés psychiques.
- EPI-CLIM : gestion des tensions dans l'offre de soins en situation d'épidémie et/ou de phénomène climatique extrême (canicule, vague de froid).
- NRC : organisation de la réponse du système de santé face à un événement exposant à un agent chimique, nucléaire ou radiologique.
- REB : organisation de la réponse du système de santé face à l'émergence d'un ou de plusieurs cas de maladie infectieuse potentiellement épidémique ou liée à un agent de la menace biologique.

Ces cinq plans sont complétés de huit dispositions spécifiques transversales (DST) :

Ressources humaines	Gestion des ressources humaines
Renforts	Organisation de l'accueil des renforts humains et matériels
Vaccination exceptionnelle	Organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle
Tests	Montée en puissance des capacités biologiques de dépistage
Soins critiques	Organisation de la montée en charge de l'offre de soins critiques
EVASAN	Organisation des évacuations sanitaires
Évacuation des établissements	Prise en charge médicale des patients en cas d'évacuation d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social
Sécurisation des établissements sanitaires	Renforcement de la sécurisation des établissements de santé en SSE

4. Modalités de mise en œuvre

Les plans ORSAN et les DST nécessitent la conduite de travaux préalables, notamment pour affiner la connaissance ; par exemple, une enquête pour recenser les capacités de réponse aux SSE des établissements de santé en fonction de leur classification.

La conduite de ce projet nécessite de :

- Constituer un comité de pilotage « ORSAN » et un comité technique ;
- Constituer des groupes de travail relatifs aux différents plans à rédiger, associant les Établissements sanitaires régionaux de référence (ESRR), les Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), les Services d'aide médicale urgente (SAMU) et les professionnels de ville ;
- Travailler en lien avec les préfets pour l'articulation ORSEC/ORSAN ;
- Produire une proposition de plans ;
- Consolider et valider ces documents ;
- Établir un programme capacitaire à destination des acteurs de la santé et définir les effets à obtenir ;



- Accompagner les opérateurs de soins dans l'atteinte de leurs objectifs opérationnels.

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Finalisation des 5 plans ORSAN et des 8 DST
2024	Accompagnement des acteurs de la santé dans l'atteinte des objectifs (cf. Objectif opérationnel n°29 : Animer un réseau de référents couvrant tous les secteurs et organisant des exercices)
2024-2028	Revue annuelle du dispositif ORSAN

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de plans finalisés	1 plan AMAVI (2016)	5
2	Nombre de DST finalisées	N/A	8

b) Un indicateur de résultat :

- Nombre de plans et DST finalisés



CHAPITRE 14 : PRÉPARATION ET COORDINATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ POUR FAIRE FACE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE)

Objectif opérationnel n°29 : Animer un réseau de référents couvrant tous les secteurs et organisant des exercices

1. Situation actuelle

Des exercices nationaux ou locaux sont organisés régulièrement pour tester les plans et les organisations. Ils impliquent le plus souvent une partie des acteurs de la santé, tels que le Service d'aide médicale urgente (SAMU) et quelques hôpitaux. Dans le cadre de la préparation de ces exercices, les acteurs de la santé précités constituent parfois des réseaux informels autour des enjeux des Situations sanitaires exceptionnelles (SSE).

2. Enjeux

Créer et accentuer les dynamiques de travail, facilitant notamment la coordination ville-hôpital, afin d'améliorer la résilience du système de santé. Le dispositif ORSAN nécessite que l'ensemble des acteurs qui y sont identifiés connaissent, partagent les principes de cette planification, déclinent dans leurs structures respectives les objectifs des plans et puissent s'exercer. Il convient également de favoriser une connaissance mutuelle des acteurs, de leur rôle et du périmètre d'intervention de chacun en situation de gestion de crise. Ce travail d'acculturation nécessite de constituer une communauté d'acteurs sensibilisés à la préparation et à la gestion des SSE. L'opportunité de l'élaboration et de la mise en place du dispositif ORSAN en 2023 permettra de constituer un réseau de partenaires élargi, partie prenante sur les sujets des SSE.

La mise en œuvre des plans ORSAN nécessite de s'exercer pour vérifier :

- La bonne articulation avec le dispositif ORSEC des préfets ;
- L'opérationnalité du dispositif de gestion de crise de l'ARS et l'armement des cellules de crise ;
- La chaîne de réponse des opérateurs de soins et les circuits d'information entre l'ARS et ces derniers ;
- Les dispositifs de mobilisation des effecteurs de soins : Plan blanc pour les établissements de santé, Plan bleu pour les établissements médico-sociaux et dispositifs de mobilisation des professionnels de santé libéraux.

3. Description de l'objectif

Faciliter la mobilisation des professionnels de santé (Établissements et services médico-sociaux - ESMS/ville) au stade de la préparation comme de la gestion de crise.

Permettre l'émergence d'une culture commune de préparation et gestion de crise.

Identifier et consolider des protocoles activables en situation exceptionnelle.

Valoriser et faire connaître les initiatives des acteurs dans le champ des SSE.

Développer l'offre d'exercices et de retour d'expérience (RETEX) permettant d'impliquer tous les acteurs.

Développer une offre de formation et des outils communs aux SSE.

Informers les instances de démocratie en santé des travaux portés par le réseau.



4. Modalités de mise en œuvre

Le contexte de travail relatif à l'élaboration du dispositif ORSAN régional permettra d'initier le repérage et l'identification des acteurs/communautés d'acteurs impliqués dans la gestion de crise dans les territoires. Ce travail permettra de structurer un réseau de partenaires au sein des différentes structures du système de santé, émanant de l'ensemble du territoire

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Identification des acteurs à solliciter et associer aux travaux ORSAN
2024	Maintenir et développer les liens entre les acteurs associés en 2023. Recenser et mettre en œuvre les formations/sensibilisations. Animer le réseau (partage de bonnes pratiques, participation à des exercices). Élaborer un programme pluriannuel d'exercices.
2025	Consolider le réseau, notamment pour les acteurs du médico-social et de la ville

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre annuel de réunions du réseau des référents	0	2
2	Nombre annuel d'exercices auxquels les professionnels de santé ont participé (dont les RETEX)	8	12

b) Indicateur de résultat :

- Connaissance et déclinaison par les acteurs de la santé impliqués dans les SSE du dispositif ORSAN dans leurs plans respectifs et fluidité de la communication entre eux. Ces éléments seront appréciés lors d'exercices. La réussite d'un exercice repose sur la réalisation de RETEX et la mise en œuvre d'actions correctives si nécessaire.



AXE : PARCOURS SPÉCIFIQUES





SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Introduction

La santé de la mère et de l'enfant pendant la grossesse et les premières années de la vie est cruciale pour une croissance et un développement sains. Le parcours « Santé maternelle et infantile » vise à proposer et mettre en œuvre des actions construites sur les besoins de l'enfant, de la naissance jusqu'à ses 6 ans, et de ses (futurs) parents. Il est à la fois :

- vaste, comprenant la période des 1000 premiers jours de l'enfant et, au-delà, la préconception, la grossesse, la périnatalité et la petite-enfance ;
- transversal, intégrant la prévention (alimentation, activité physique, dépistages néonataux, vaccination, dépistage), la santé environnementale (air, habitat, eau, perturbateurs endocriniens, urbanisme favorable à la santé), l'offre sanitaire (rôle croissant des sages-femmes, maternités, centres périnataux de proximité, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, prise en charge de la santé mentale) et l'offre sociale et médico-sociale (ex : consultations et actions de prévention et de suivi des services départementaux de la Protection Maternelle et Infantile, accompagnement dans la parentalité des personnes en situation de handicap).

En France, la mortalité infantile augmente depuis 2012. En 2019, le taux était de 3,8 morts pour 1000 naissances vivantes, contre 3,4 à l'échelle de l'Union européenne et 2,4 en Italie. Si elle est identifiable à tous les stades, la hausse est plus particulièrement marquée la première semaine de vie. Les causes sont difficilement identifiables mais des hypothèses sont émises : augmentation de l'âge des mères, part de femmes fumeuses pendant la grossesse ou encore de femmes en surpoids ou obèses.

Ces facteurs liés à l'état de santé des mères ont une incidence sur la prématurité (81 % des décès périnataux concernent des naissances prématurées, soit un risque globalement 50 fois plus élevé que parmi les enfants nés à terme) et les naissances multiples. Ces risques sont multipliés chez les femmes en situation précaire au moment de leur grossesse, notamment immigrées (diabète, hypertension, difficultés d'accès aux soins).

Cependant, l'augmentation des facteurs de risques maternels ne suffit pas à expliquer l'évolution de la mortalité infantile. Ces résultats interrogent également l'organisation et le suivi des soins de la période périnatale, l'insuffisance des politiques de prévention ou encore les problèmes de démographie médicale. L'enjeu de la démographie régionale des professionnels de santé (*cf. Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé*) intervenant dans le parcours de périnatalité (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, infirmière puéricultrices...) est en effet essentiel.

Passé les 6 ans, la santé des jeunes et des adolescents reste un enjeu de santé publique. Ils bénéficient d'action de prévention ciblées (santé sexuelle, compétences psychosociales...), mais également de dispositifs de droit commun (prévention, soins de proximité, santé mentale, parcours diabète obésité, parcours personnes en situation de handicap, ...) et le cas échéant des objectifs particuliers du PRAPS (ex: enfants victimes de violences). La santé des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, quel que soit leur âge, nécessite de poursuivre et renforcer les coopérations existantes avec les conseils départementaux.

Chiffres clés

30,1 ans : l'âge des mères lors de l'accouchement en 2019 en Centre-Val de Loire, contre 28 ans en 2009

Près de 6 % de naissances prématurées (avant le 8^e mois de grossesse) en Centre-Val de Loire

6,5 % de naissances d'enfants de petits poids (inférieur à 2,5 kg) en Centre-Val de Loire



Objectif opérationnel n°30 : Sécuriser le parcours de santé des patientes et de leurs nouveaux-nés, de l'ante au post natal

1. Situation actuelle

Selon Santé publique France, la santé périnatale en Centre-Val de Loire se caractérise par :

- Une augmentation du taux de mortalité périnatale entre 2012 et 2019.
- Une augmentation du taux de diabète gestationnel à l'accouchement, pouvant en partie s'expliquer par des changements de modalités de prise en charge ainsi que par une augmentation de la prévalence de l'obésité et de l'âge maternel.
- Un taux d'hémorragie du post-partum à l'accouchement parmi les plus élevés en France métropolitaine.
- Un taux de prématurité parmi l'ensemble des naissances en augmentation, notamment en ce qui concerne les très grandes prématurités (< 28 SA) et les prématurités moyennes (32-36 SA).

Dans certains territoires de la région, les parturientes sont éloignées géographiquement de leur lieu d'accouchement. Aussi, selon les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), 192 accouchements se sont déroulés hors d'un établissement de santé en 2021, sur un total de 24 153 accouchements (soit environ 0,8 %), correspondant à une augmentation de + 15 % par rapport à 2020. Enfin, une multiplicité d'acteurs et de professionnels interviennent dans le parcours de santé périnatale, avec un maillage diversifié générant un besoin de coopération renforcée.

2. Enjeux

Garantir la qualité de la prise en charge des mères et de leurs bébés dans un contexte de fortes tensions dans l'organisation de l'offre de soins, pouvant avoir pour conséquence une prise en charge dégradée des mères et de leurs bébés.

Les sorties précoces de maternité peuvent s'avérer problématiques pour le suivi du parcours de santé de la mère et du bébé, particulièrement en cas de fragilité des parturientes (situation de précarité, troubles psychiatriques ou de l'attachement). Par ailleurs, l'éloignement géographique de maternités supports dans certains territoires ne permet pas d'assurer ces retours à domicile précoces. Les médecins de ville rencontrent en outre des difficultés pour faire appel à des infirmières puéricultrices, dont l'exercice n'est pas valorisé, ni en libéral ni en PMI.

3. Description de l'objectif

Réduire la mortalité périnatale en Centre-Val de Loire.

Améliorer les conditions des sorties précoces de maternité et le parcours de santé des mères et de leurs bébés.

Renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé, en améliorant les conditions d'exercice et les pratiques professionnelles.

4. Modalités de mise en œuvre

Respecter le projet de naissance en toute sécurité

Il est proposé d'accompagner le développement de structures ou d'organisations sécurisées et adaptées aux choix des parents, notamment dans le cadre d'accouchements physiologiques (avec par exemple le développement de maisons de naissance) ou à domicile lorsqu'ils sont pratiqués en adéquation avec un projet de naissance. Les perspectives en termes d'évolution de l'offre de maternités et de centres périnataux de



proximité en Centre-Val de Loire sont précisées dans les Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS)(*cf. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins*).

Organiser la sortie de maternité et le parcours de santé

La sortie de maternité doit être organisée pour garantir le suivi et le parcours de santé de la maman (prise de rendez-vous avec une sage-femme) et du bébé (prise de rendez-vous avec un pédiatre, médecin généraliste, Protection maternelle et infantile - PMI). Des dispositifs spécifiques, de type plateforme d'orientation ou équivalent d'un service d'accès aux soins, pourraient être développés.

L'objectif est de limiter les risques d'« errance parentale » conduisant à des absences ou des fragilités de prise en charge (par exemple en termes de vaccination des bébés) ou à des reports sur des méthodes alternatives non éprouvées.

Renforcer la coordination des acteurs

Il convient de mettre en place des dispositifs de coordination et d'animation qui permettent d'assurer le lien entre les différents acteurs dans le cadre d'un maillage diversifié prenant en compte de nouvelles compétences : professionnels de santé (offre libérale et offre hospitalière), services de PMI, acteurs de l'accompagnement à la parentalité, etc. L'expertise du réseau régional de périnatalité sera particulièrement sollicitée.

Il est nécessaire de favoriser l'articulation et la complémentarité entre ces différents acteurs, sur la base des spécificités du territoire et des besoins des familles. Les projets innovants et expérimentaux témoignant de démarches partagées entre des acteurs institutionnels, de première et deuxième lignes, du secteur sanitaire et social doivent être soutenus, en s'appuyant sur le retour d'expérience d'autres dispositifs (par exemple le Référent parcours périnatalité - RÉPAP, expérimenté en Indre-et-Loire).

Développer les staffs médico psycho-sociaux, qui sont des outils précieux de la coordination de l'ante vers le post-natal

Ce développement nécessite l'identification d'un référent de coordination dans chaque maternité, qui puisse s'adapter aux différents territoires dépendant de la maternité support, la mise à disposition d'un outil simple, facile d'accès et d'utilisation entre la ville, la PMI et l'hôpital, ainsi que la rémunération des professionnels libéraux participant à ces staffs. Les situations de fragilité sont prises en compte plus spécifiquement dans l'objectif opérationnel n°30 (*cf. Objectif opérationnel n°31 : Repérer et accompagner les situations de fragilité périnatale*).

Renforcer la formation des professionnels

Les thèmes prioritaires de formation concernent à la fois la sécurisation des conditions d'accouchement hors établissement et en situation d'urgence de proximité, les causes de mortalité maternelle et infantile (hémorragie du post-partum, réanimation du nouveau-né, in situ) mais aussi l'amélioration du suivi maternel (entretien prénatal précoce, bilan prénatal de prévention, entretien post-natal). Le recours à la simulation en santé (haute-fidélité) pourra être encouragé.

Renforcer l'information et la communication concernant la structuration d'un parcours cohérent de santé périnatale. Cette communication nécessite de rappeler les étapes, les soins et les prises en charge recommandés, avec un langage respectant la littératie en santé, cohérent et partagé par l'ensemble des acteurs.



5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux d'hémorragie du post partum (HPP)	Données SPF 2019 : 8,2 % en CVL	Rattraper la moyenne nationale : 5,5%
2	Taux de réalisation d'Entretiens prénataux précoces (EPP)	54 % en 2021 en RCVL	Rattraper l'objectif national : 70%

b) Un indicateur de résultat :

- Garantie de la prise en charge de la mère et de l'enfant pendant la grossesse ainsi qu'en sortie de maternité, dans un contexte de tension de l'offre de soins périnatale.



SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Objectif opérationnel n°31 : Repérer et accompagner les situations de fragilité périnatale

1. Situation actuelle

Le suicide est l'une des deux premières causes de décès maternel (environ 13 % des décès, soit un décès par mois), à côté des maladies cardiovasculaires. C'est ce que révèle un rapport de Santé publique France et de l'Inserm paru en janvier 2021. Ces tragédies, considérées comme « évitables », questionnent le manque de structures adaptées pour accompagner les profils les plus fragiles. Dans la période du post-partum (entre 8 et 42 jours après l'accouchement), le suicide est la première cause de décès des jeunes mamans.

Selon les recherches, 1 mère sur 10 au moins se trouve, après la naissance, en situation de détresse psychologique ou en grande difficulté pour établir le lien avec son enfant, ce qui a des répercussions sur le développement affectif, intellectuel et social de celui-ci : le repérage et la prise en charge précoce de ces difficultés maternelles sont essentiels. En cas de dépression du post-partum, un pic de mal-être est vécu autour de 10-12 semaines, ce qui nécessite de sensibiliser les professionnels de premier recours au contact de ces mères durant cette période.

La prise en charge de la mère et du bébé en termes de « dyade » implique de rester attentif au développement du bébé et au repérage des manifestations de ses difficultés de développement autant qu'aux améliorations de l'humeur ou du comportement maternel. Par ailleurs, les sorties précoces de maternité posent la question de plus en plus prégnante des prises en charge des mères et des bébés. En Centre-Val de Loire, l'hôpital Parent Enfant (HOPE) situé à Amboise constitue l'unique structure hospitalière offrant des soins psychiques conjoints aux parents avec leur enfant de moins de deux ans (4 lits d'hospitalisation disponibles).

Les situations de fragilité nécessitent de tisser des liens de confiance dès l'ante-natal entre les futurs parents et les professionnels de santé qui les accompagnent dans leur parcours de soins.

2. Enjeux

Garantir la prise en charge de quatre situations de fragilité périnatale plus particulièrement identifiées : les troubles psychiatriques, les situations de handicap mental ou de déficience mentale, les conduites addictives et les situations de précarité ou de violences. Pour cela, il est nécessaire :

- D'anticiper le post-natal dès le prénatal.
- De bénéficier de dispositifs de prise en charge, de professionnels formés et d'outils ressources spécifiques. De mettre les structures en capacité d'appliquer les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) en matière de sortie précoce après accouchement pour limiter les ruptures de parcours et de suivi et de garantir l'accès aux soins périnataux recommandés, particulièrement pour les populations migrantes.

Ces situations sont à mettre en lien avec d'autres travaux du PRS 3 (*cf. Chapitre 1 : Prévention - Promotion de la santé, Parcours spécifique Santé mentale, Parcours spécifique Personnes en situation de handicap, Programme régional d'accès à la prévention et aux soins - PRAPS*).

3. Description de l'objectif

Améliorer le repérage des situations de fragilité dès l'ante-natal.

Déployer des modalités de prise en charge adaptées aux difficultés repérées.



4. Modalités de mise en œuvre

Organiser la formation, la sensibilisation des professionnels mobilisés dans la santé périnatale et les retours d'expérience

- En formant des psychiatres à la psychiatrie périnatale, des professionnels de premier recours comme les médecins généralistes ou les sages-femmes pour aider au repérage.
- En développant dans chaque département le projet Outil de repérage des vulnérabilités en périnatalité (ORVEP) porté par le réseau Périnatalité, dont l'objectif est d'augmenter le repérage précoce des femmes enceintes ayant des conduites addictives, de les motiver à la réduction de leur consommation de substances psychoactives et d'améliorer le travail en réseau, notamment avec les Équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA).
- En développant la reprise des cas comme outil d'amélioration des pratiques professionnelles, dans le cadre de la coordination pluridisciplinaire.

Développer des dispositifs de prise en charge spécifiques, adaptés aux fragilités ou pathologies identifiées

- En facilitant le recours à différentes compétences, notamment en psychologie ou addictologie, sur l'ensemble d'un territoire et en communiquant sur les outils disponibles.
- En améliorant la prise en charge de parents avec un trouble du développement intellectuel, un trouble autistique et/ou un trouble psychique dans le cadre de démarches inclusives, afin d'accompagner des projets de parentalité et de soutenir les compétences parentales des parents, et en créant des dispositifs ou structures alternatifs adaptés à la prise en charge (familles d'accueil ou foyers spécialisés, en relais de la famille).

Assurer un parcours de santé spécifique et sécurisant

L'objectif est de permettre le repérage et une prise en charge médicale adaptée, en assurant un temps de coordination dédié et en s'appuyant sur les démarches existantes (contrats locaux de santé, projets territoriaux de santé mentale, conseils locaux de santé mentale).

- Construire et « flécher » au sein des maternités des parcours de prise en charge adaptés à des situations spécifiques (handicap, addictions, pathologies psychiatriques...) pour améliorer l'accueil des futures mamans en permettant l'instauration d'un climat de confiance à la fois pour les parents et les professionnels.
- Développer dans chaque département des structures adaptées à la prise en charge des troubles psychiatriques des jeunes mamans, sur la base d'un triptyque organisé autour d'une structure mobile, d'une structure d'accueil de jour et des consultations ambulatoires.

Améliorer la coordination et l'interconnaissance des acteurs pour mieux orienter en fonction des besoins des patients identifiés (construire et mettre à disposition des répertoires et des outils pour identifier les ressources locales par territoire).

Favoriser le développement des expérimentations et capitaliser sur les retours d'expérience.

Prévention des violences sexuelles et accès aux soins des victimes : La prévention mobilise différents leviers, notamment les programmes d'éducation et de prévention à l'attention des jeunes ; la lutte contre les conduites addictives (cf. stratégie de la MILDECA 2023-2027) ; la sensibilisation des professionnels au repérage de ces violences, pour pouvoir les identifier dans leur activité (ex : lors de l'entretien prénatal précoce, des consultations dans les centres IVG, les centres de santé sexuelle ou les CeGIDD...). Dans le prolongement du Grenelle2019, le renforcement de l'accès aux soins somatiques ou plus spécifiques (par exemple en psycho-



traumatologie) implique de rendre lisible les lieux de prise en charge existants, et de consolider l'offre en département, notamment pour les femmes et les enfants victimes de ces violences, en s'appuyant notamment sur le réseau des Unités médico-judiciaires et les nombreuses actions déjà existantes sur le terrain (ex : établissements de santé, maison des femmes, associations, ...). Les feuilles de routes départementales du PRAPS peuvent développer des actions en ce sens.

5. Échéances intermédiaires

Réalisation d'un guide de bonnes pratiques ou d'un cahier des charges régional sur les modalités et conditions de mise en place d'un parcours fléché au sein des maternités.

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de réalisation d'entretien post natal	0%	Tendre vers l'objectif national de 70%
2	Taux de maternités ayant établi un parcours fléché spécifique pour la prise en charge des situations de fragilité	0%	100%

b) Un indicateur de résultat :

- 100 % des femmes ayant une fragilité repérée durant leur grossesse bénéficient d'un accompagnement et d'une prise en charge adaptés.



SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Objectif opérationnel n°32 : Déployer la stratégie des 1000 premiers jours en accompagnant la parentalité et en améliorant la santé dès la grossesse

1. Situation actuelle

La grossesse et les premières années de vie d'un enfant (les « 1000 premiers jours ») sont une période extraordinaire et déterminante pour chaque individu et la construction de futurs adultes en bonne santé. Cette période correspond à un grand développement (cognitif et cérébral), un rythme de croissance (intra et extra utérin) sans équivalent à l'échelle d'une vie, une grande vulnérabilité pour l'enfant avec un impact fort des influences extérieures produisant des effets durables sur l'adulte qu'il deviendra. Cette fenêtre d'exposition particulière à de nombreux facteurs de risque entraîne, en corollaire, une fenêtre d'opportunité unique pour construire la santé à long terme. Les études tendent en effet à prouver qu'une attention précoce portée à l'environnement de l'enfant peut conduire à une forte diminution des maladies chroniques (diabète de type 2, obésité, maladies cardiovasculaires, cancers...), et ce grâce à une meilleure connaissance de l'influence de l'environnement (notamment la qualité de l'air), des modes de vie (alimentation, activité physique, sommeil...) et de la qualité des relations sur l'expression des gènes et la santé globale de l'individu. Il est à noter que les facteurs responsables se sont multipliés : précarité, activité physique, sédentarité, stress, nutrition, toxiques environnementaux...

Au-delà du plan sanitaire, la stratégie des « 1000 premiers jours » vise aussi à saisir ce moment clé pour agir contre les inégalités sociales et leur reproduction. Les différentes interactions sociales où l'enfant se sent écouté et encouragé sont les plus efficaces.

Une diversité de programmes de soutien à la parentalité est proposée dès la sortie de la maternité sur différents sujets, grâce à l'implication d'un grand nombre d'acteurs (Conseils départementaux, PMI, CPAM, CAF...): écran, alimentation, affectivité, activité physique, santé environnementale, perturbateurs endocriniens, éveil langagier, etc.

Les sujets relatifs à la santé sexuelle et à la contraception sont traités dans le chapitre Prévention (**cf. Chapitre 1 : Prévention - Promotion de la santé**).

2. Enjeux

Accompagner et sécuriser les parents en difficulté dans leur rôle parental.

La diversité des intervenants (professionnels de santé, de la petite enfance, associations, institutions) fait naître un enjeu d'information auprès des parents pour distinguer le soin du « bien-être » et identifier les interlocuteurs du parcours de soins, en capitalisant sur la complémentarité des rôles et des compétences de chacun. La pénurie de professionnels de santé laisse en outre le champ libre à d'autres professionnels vers lesquels les parents en désarroi peuvent se tourner. Enfin, l'exercice des infirmières puéricultrices, que ce soit en libéral ou en PMI, n'est pas valorisé.

3. Description de l'objectif

Accompagner les parents dans leur parentalité et leur permettre d'assurer leur rôle avec bienveillance, confiance et sécurité, dans le cadre d'une approche holistique.

Agir sur les pratiques parentales.

Soutenir le couple durant la période cruciale des 1000 premiers jours et accompagner la « matrescence ».



Encourager le développement cognitif et psychoactif des enfants et les comportements favorables à la santé dès le plus jeune âge.

4. Modalités de mise en œuvre

Recenser l'ensemble des acteurs et des dispositifs pour « faire réseau par l'interconnaissance » et développer la communication autour des 1000 premiers jours

- Promouvoir les outils numériques existants auprès des parents (application 1000 premiers jours, compte Ameli...).
- Organiser des forums territoriaux des 1000 premiers jours en Centre Val de Loire pour diffuser la stratégie dans un esprit pluriel.
- Inciter les professionnels à se faire référencer comme « professionnels des 1000 premiers jours » sur l'application nationale portée par le ministère de la Santé pour renforcer le réseau d'acteurs en Centre-Val de Loire.

Assurer la coordination et la collaboration de l'ensemble des acteurs autour des parents et des enfants dans le cadre d'une coopération transversale

- Mobiliser l'ensemble des forces vives d'un territoire (acteurs institutionnels et professionnels) : Éducation nationale, collectivités locales, professionnels de santé libéraux, particulièrement sages-femmes et médecins généralistes, professionnels de la petite enfance, associations, PMI, maternités, etc.
- Mobiliser, au-delà, l'ensemble des acteurs en contact quotidien avec les enfants et les parents : animateurs périscolaires, centres de loisirs, grands-parents, etc.
- Prendre appui sur les dispositifs de coordination de proximité dans les territoires.
- Soutenir le développement de consultations d'infirmières puéricultrices, en articulation avec les professionnels de premier recours.

Soutenir la mise en œuvre de programmes collectifs, probants et prometteurs de développement des compétences psycho-sociales, auprès des parents et des enfants de 0 à 6 ans

- Associer des parents experts pour mieux identifier les attentes et besoins de leurs pairs.
- Prendre appui sur l'ensemble du réseau d'acteurs d'un territoire : organismes d'Assurance maladie, Caisse d'allocations familiales (CAF), Contrat local de santé (CLS), Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), etc.
- Assurer le soutien de ces programmes, en termes financier, de ressources humaines, de méthodologie et d'ingénierie de projet.
- Analyser les conditions de pérennisation de ces programmes.



5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de professionnels labellisés « 1000 jours » en région	16	Doubler chaque année
2	Nombre de pères ou de conjoints qui ont pris un congé de paternité et d'accueil de l'enfant	12435	17500

Un indicateur de résultat :

- 100 % des futurs parents en Centre-Val de Loire qui en ressentent le besoin peuvent bénéficier d'une action d'accompagnement à la parentalité et de développement des compétences psycho-sociales, dans l'esprit des 1000 premiers jours de l'enfant.



ADDICTION

Introduction

Les conduites addictives représentent un problème majeur de société et de santé publique. En France, chaque année, le tabac tue près de 75 000 personnes, l'alcool 41 000 personnes et les drogues illicites (cannabis, cocaïne, opiacés, amphétaminiques, hallucinogènes, etc.) près de 1 600 personnes, selon les données de Santé publique France. Au même titre que les addictions avec substance, les addictions sans substance (usage des écrans, jeux d'argent...), dites « addictions comportementales », représentent un enjeu majeur de santé publique au regard des dommages sanitaires, médicaux et sociaux qu'elles induisent, notamment chez les jeunes, particulièrement touchés.

En Centre-Val de Loire, la consommation d'alcool chez les 18-75 ans est proche de la moyenne nationale, tout comme la consommation de tabac, avec toutefois un niveau supérieur chez les femmes enceintes. L'objectif est de renforcer l'accès aux soins et la prise en charge des conduites addictives, en intégrant la prévention, la réduction des risques et des dommages, ainsi que l'aller-vers, dans une approche globale, pluridisciplinaire et intersectorielle.

Chiffres clés

27 % : taux de prévalence du tabagisme quotidien des 18-75 ans en Centre-Val de Loire en 2018 (26,9 % au niveau national)

21,9 % : taux de prévalence de la consommation de tabac chez les femmes enceintes en Centre-Val de Loire en 2017, contre 16,2 % au niveau national

10,3 % : taux de prévalence de la consommation d'alcool quotidienne des 18-75 ans en Centre-Val de Loire en 2017, (10 % au niveau national³⁷)

Objectif opérationnel n°33 : Créer une Communauté de pratiques, pour mieux lutter contre les conduites addictives (avec ou sans produit) et l'usage nocif des substances psychoactives

1. Situation actuelle

Les addictions représentent un problème de santé publique, face auquel le dispositif addictologique régional spécialisé doit être mieux adapté au regard des besoins.

Chiffre clé

Plus de 4 000 décès par an causés par les addictions en Centre-Val de Loire³⁸

2. Enjeu

Mieux repérer, accompagner et prendre en charge le plus précocement possible les personnes présentant une addiction (avec ou sans substance) ou ayant un usage nocif de Substance(s) psychoactive(s) (SPA).

³⁷ *Bulletins santé publique*, janvier 2019 (tabac), janvier 2020 (alcool) et février 2021 (tabac), SpF : santepubliquefrance.fr

³⁸ *Bulletins santé publique*, janvier 2019 (tabac), janvier 2020 (alcool) et février 2021 (tabac), SpF : santepubliquefrance.fr



3. Description de l'objectif

Mettre en place une communauté de pratiques au sens d'un réseau collaboratif à construire entre professionnels, afin de diffuser les connaissances et les bonnes pratiques en addictologie au-delà du cercle des addictologues, auprès des professionnels de la santé et du social qui sont régulièrement en contact avec des populations à risque d'addiction (avec ou sans substance) ou d'usage nocif d'une ou plusieurs SPA.

Généraliser le repérage des usages de SPA pour informer et soigner précocement le plus grand nombre possible de personnes et proposer une orientation de celles concernées vers une équipe spécialisée en addictologie :

- Ancrer le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) relatifs aux SPA dans les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des professionnels de santé du premier recours et hospitaliers non addictologues.
- Sensibiliser et former les professionnels « intersectoriels », régulièrement en contact avec des usagers potentiels de SPA ou des populations à risque de comportements addictifs, au repérage précoce des conduites addictives.

Mieux soigner les personnes souffrant d'une conduite addictive. Proposer une prise en charge globale (médicale, psychologique et sociale) prenant en compte, en sus de la conduite addictive, la santé mentale et la santé sexuelle, en s'appuyant idéalement sur une évaluation des consommations, de leur impact (psychique, somatique) et des troubles cognitifs ; des conseils de prévention, ; le dépistage des infections (y compris des Infections sexuellement transmissibles - IST) ; une proposition de soins intégrant des actions de réduction des risques et des dommages visant à contrôler l'addiction et la prise de risques sexuels liés aux SPA ; une proposition d'éducation thérapeutique du patient ; une proposition de soutien par un pair aidant (**cf. Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé**).

Sécuriser l'aval du passage aux urgences, de l'hospitalisation et de la sortie de prison, pour éviter les ruptures du parcours de soins et la rechute :

- Créer un « cahier de contact » (*Nota Bene*)³⁸ dans chaque service d'accueil des urgences (SAU) permettant de joindre à domicile les patients venus aux urgences du fait de l'usage nocif d'une SPA mais n'ayant pas été vus par l'Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA).
- Anticiper la sortie d'hospitalisation et la sortie de prison (accompagnement en fonction de l'hébergement, **cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale et PRAPS, objectif 3**).

4. Modalités de mise en œuvre

Elles s'appuieront sur la réalisation d'un état des lieux « addiction » dans chaque département afin d'adapter l'offre de santé aux besoins et de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé (**cf. PRAPS**).

Il conviendra de travailler en réseau pour garantir la continuité des soins et en pluridisciplinarité pour améliorer la qualité des soins, via notamment le recrutement de nouveaux profils professionnels et la création de postes partagés entre structures.

Il s'agira également de délivrer des formations en addictologie (intégrant les addictions comportementales) adaptées à tout professionnel concerné et de s'appuyer sur les Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Enfin, le dispositif addictologique régional devra être complété pour répondre aux recommandations nationales et aux besoins des territoires, avec notamment la reconnaissance ou la création de certains dispositifs.



L'état des lieux permettra, par exemple, de préciser l'épidémiologie des addictions, les moyens spécialisés déployés pour lutter contre les conduites addictives en matière de prévention, de dispositifs sanitaires spécialisés en addictologie et de dispositifs médico-sociaux spécialisés en addictologie, ainsi que les partenariats impliqués dans la prise en charge globale.

Le travail en réseau et en pluridisciplinarité devra s'appuyer sur la constitution, dans chaque département, d'une filière addiction regroupant l'ensemble des spécialistes de l'addictologie, des dispositifs sanitaires et médico-sociaux et les mouvements d'entraide. Il s'appuiera également sur le renforcement des coopérations entre les acteurs de la filière et leurs partenaires régulièrement en contact avec des populations à risque d'addiction ou d'usage nocif d'une ou plusieurs SPA.

La constitution de la communauté de pratiques ou du réseau devra s'appuyer sur la création d'un espace numérique régional addiction interprofessionnel et intersectoriel, en complémentarité avec les sites officiels nationaux (Tabac Info Service, Alcool Info-Service...), régionaux (Répertoire opérationnel des ressources - ROR) et les outils adaptés (Sphère, E-santé).

Enfin, l'ARS encouragera la reconnaissance de dispositifs de type unité régionale de sevrage et de soins résidentiels complexes (unité addictologie de niveau 3), unité régionale spécialisée « troubles cognitifs sévères », ou la création de dispositifs (CSAPA résidentiel associant des modalités de prise en charge innovantes, Centre thérapeutique résidentiel-CTR et Centre d'accueil d'urgence et de transition (CAUT) ; maison d'accueil spécialisée (handicap) pour les personnes atteintes simultanément de troubles de la santé mentale et de troubles addictifs). L'ARS accompagnera la transformation de certains dispositifs (projet en cours d'un SSR en CSAPA et en MAS pour troubles psychiques avec troubles addictologiques associés). L'ARS encouragera également tout établissement doté d'un service d'accueil des urgences (SAU) de disposer des compétences d'une ELSA.

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Consolidation d'un état des lieux du dispositif addictologique
2026	Actualisation de l'état des lieux à mi-parcours du PRS 3

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Taux de SAU disposant de consultations d'une ELSA	11/25	21/25

b) Un indicateur de résultat :

La création et le déploiement de l'espace numérique régional addiction, qui soit alimenté et actualisé régulièrement.



ADDICTION

Objectif opérationnel n°34 : Aller-vers et Faire-avec ; pour amener plus de personnes vers la prévention et le soin et améliorer l'adhésion au traitement

1. Situation actuelle

L'addiction est une pathologie souvent cachée (personnes exclues, honte, culpabilité...) voire ignorée (méconnaissance des repères scientifiques d'usage à risque...). Une partie de la population concernée est en outre isolée socialement et/ou géographiquement. Aller vers et faire avec font partie des réponses pour toucher ces publics.

Proposer des solutions thérapeutiques adaptées aux capacités cognitives (dénier de la maladie...) et matérielles (situation sociale...) des personnes contribue fortement à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. C'est notamment le rôle de la Réduction des risques et des dommages (RdRD) qui propose, entre autres, aux usagers de substances psychoactives qui ne peuvent pas ou ne veulent pas arrêter leur(s) consommation(s) ou leur(s) pratique(s) un usage régulé des produits addictifs ou des comportements nocifs. La RdRD a démontré son efficacité sur l'alcool (cf. recherche scientifique). Il convient alors pour les soignants de sortir du dogme de l'abstinence comme seule issue thérapeutique possible, pour prendre en charge les personnes concernées et de leur proposer une autre voie pour un mieux-être. Le contrôle de la conduite addictive est ainsi un objectif de soin accepté par l'utilisateur. Cette approche pragmatique, qui ne s'oppose pas au projet d'abstinence car elle peut le précéder, permet d'adapter la réponse aux besoins et aux capacités de l'utilisateur.

2. Enjeu

Faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes qui jusqu'alors n'ont pas pu en bénéficier, grâce à une stratégie d'« aller-vers » et de « faire-avec » et en élargissant le champ d'application de la RdRD.

3. Description de l'objectif

Développer l'« aller-vers » pour toucher de nouveaux publics, aujourd'hui éloignés du système de santé. Il s'agit notamment des populations du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) (personnes socialement vulnérables, sans domicile, migrants...) mais aussi de certaines populations rurales (isolement géographique), des femmes (isolement culturel), des adolescents, des personnes sous main de justice, voire des personnes âgées et de populations spécifiques à risque addictif élevé (milieu de la prostitution, chemsexuels...). L'« aller-vers » peut consister en une mobilité physique des professionnels de santé (équipes mobiles, maraudes...), une mise à disposition de matériels (via un professionnel de proximité, un automate ou un envoi postal) ou une mobilité virtuelle (cf. **Chapitre 9 : E-santé et PRAPS**).

Développer le « faire-avec » pour renforcer l'adhésion aux traitements. Patient et soignant doivent, pour le mieux-être du premier, œuvrer de concert dans une alliance thérapeutique conjuguant bienveillance, non-jugement, écoute, empathie et considération positive. Cette alliance doit s'appuyer sur deux piliers :

- L'Éducation thérapeutique du patient (ETP), via un transfert de compétences de la personne soignante vers la personne soignée (cf. **Objectif opérationnel n°3 : Augmenter le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation thérapeutique de proximité**, graduée et coordonnée par des professionnels formés).
- La « pair-aidance », via un transfert de compétences issues de l'expérience de certains usagers vers les équipes soignantes.



Développer la réduction des risques et des dommages. Historiquement dédiée aux usagers de drogues illicites par voie intraveineuse (héroïne) et exclusivement portée à son origine par les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), la RdRD doit désormais viser d'autres populations (troubles de l'usage de toute substance psychoactive illicite comme licite et notamment de l'alcool) et s'appuyer sur de nouveaux acteurs de la santé : professionnels des addictions du dispositif hospitalier comme médico-social spécialisé (CAARUD), Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) mais aussi professionnels de santé du premier recours, notamment médecins et pharmaciens.

4. Modalités de mise en œuvre

Elles s'appuieront sur le développement de l'« aller-vers », du « faire-avec » et sur l'élargissement de la stratégie de RdRD à l'ensemble des addictions, en s'appuyant sur les acteurs de la RdRD au-delà des CAARUD et la proposition d'un matériel diversifié et adapté aux usages.

Par exemple, le recours aux équipes mobiles « mixtes » associant professionnels de la santé et du social serait à développer (maraudes, équipes santé précarité...). Pour le « faire-avec », l'ARS encourage la prise en compte de la parole des usagers à travers des espaces d'expression dédiés et la mobilisation de pairs aidants formés et encadrés, en appui des équipes professionnelles. La RdRD sera proposée pour toute conduite addictive, y compris les addictions sans produit, et en y intégrant la protection contre les risques liés à la sexualité en cas de consommation de substances psychoactives. Ainsi la question du CHEMSEX prend une place croissante dans les usages. Cette problématique nécessite une approche adaptée et concertée des partenaires (CeGIDD, structures médico-sociales, acteurs associatifs ...). L'un des objectifs sera également de prévenir la dépendance et le risque de surdose aux opioïdes.

Au-delà des CAARUD et des CSAPA, l'ARS cherchera à mobiliser des professionnels de santé non addictologues, par exemple des pharmaciens d'officine, les médecins généralistes, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire et, plus généralement, les équipes des structures du médico-social et du social, ainsi que les acteurs du travail, de l'insertion professionnelle et sociale, de la fête, les syndicats des travailleurs du sexe... qui sont en lien avec d'éventuels usagers. Cette mobilisation pourra également s'appuyer sur les Contrats locaux de santé (CLS), les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) ainsi que sur les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Mobiliser et sensibiliser les médecins et pharmaciens via l'appui des conseils de l'ordre
2024	Rédiger une charte d'intervention et d'engagement avec les pairs-aidants
2025	Renforcer le développement des équipes mobiles « mixtes » santé-social

6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Evolution de la file active (CSAPA et CAARUD) et part de la file active commune (si connue)	12000 (CSAPA) et 2200 (CAARUD) (données 2021)	En cours
2	Taux de pharmacies impliquées dans un Programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP) – données régionales – enquête RESPADD 2021	20%	30%



b) *Indicateur de résultat :*

- Renforcement de l'articulation et du fonctionnement intersectoriel des professionnels impliqués (santé / social / éducation populaire / éducation nationale, ...) pour gagner en efficacité et éviter les ruptures de parcours.



ADDICTION

Objectif opérationnel n°35 : Renforcer l'impact des actions de prévention et les vigilances en addictologie, et réduire les risques

1. Situation actuelle

L'addiction est un problème de santé publique en Centre-Val de Loire, avec des usages de substances psychoactives dans la moyenne nationale, qui affichent cependant des disparités territoriales. La période 2018-2021 a été structurante pour la promotion de la santé, du fait notamment de l'octroi de crédits conséquents et annuellement reconduits, issus du Fonds de lutte contre les addictions (FLCA), et de l'émergence de programmes de prévention dits « probants », ayant scientifiquement prouvé leur efficacité. Largement diffusés, ceux-ci ne sont toutefois pas encore proposés à l'ensemble des jeunes de la région.

Ces avancées ont permis la poursuite du développement d'une culture de la prévention et le renforcement du soutien aux projets, notamment de lutte contre les addictions et de Lieux de santé sans tabac (LSST). Le développement des compétences psychosociales est un axe important en Centre-Val de Loire depuis 2018, au travers du déploiement de plusieurs programmes probants ou prometteurs³⁹, notamment en milieu scolaire.

Chiffres clés

Plus de 500 enfants⁴⁰ touchés annuellement par une alcoolisation fœtale en Centre-Val de Loire

Près de 3 000 décès⁴¹ par an en Centre-Val de Loire liés au tabagisme

2. Enjeu

Agir sur les déterminants de la santé afin d'éviter l'entrée dans l'addiction, et ainsi améliorer la qualité de vie, et **réduire la morbidité et la mortalité liées aux conduites addictives** avec ou sans substance(s), à toutes les étapes de la prise en charge et tout au long du parcours :

- Agir le plus précocement possible et tout au long de la vie, en évitant l'entrée dans les conduites addictives.
- Aider les personnes engagées dans une conduite addictive à s'arrêter et réduire les risques et les dommages liés à l'usage des addictions avec ou sans substance(s).
- Amplifier certaines actions auprès des publics prioritaires (vulnérables : populations du PRAPS, femmes enceintes, personnes sous main de justice...) dans une volonté de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Amener tout-un chacun à intégrer la prévention dans ses comportements.
- Renforcer auprès des établissements ciblés prioritairement le déploiement de la stratégie Lieu de santé sans tabac, axée sur l'amélioration de la santé du patient fumeur (sevrage tabagique), l'aide aux personnels fumeurs à s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac et le positionnement de l'établissement comme acteur de prévention et de promotion de la santé sur son territoire.

³⁹ L'OMS définit les données probantes comme « des conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé » (2004). Les programmes « probants » sont recensés par Santé publique France (SpF) et disponibles par domaine d'intervention : Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé sur santepubliquefrance.fr

⁴⁰ Réseau Périnatal 2021 (données PMSI)

⁴¹ BSP Tabac 2021 (données 2015)



- S'appuyer sur le Réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA) pour la prévention des dommages liés aux substances psychoactives et la gestion des évènements indésirables graves.

3. Description de l'objectif

Poursuivre le renforcement de la prévention et la promotion de la santé.

Renforcer l'éducation à la santé et les compétences psycho-sociales⁴² :

- Développer prioritairement les programmes probants et prometteurs à destination des jeunes en milieu scolaire, leur famille et leur entourage.
- Développer des actions de prévention et de promotion de la santé prenant en compte les addictions comportementales dites « sans substances ».
- Développer des actions visant les populations les plus fragiles.

Positionner les établissements de santé comme promoteurs de la santé sur leur territoire, en particulier dans le cadre de la stratégie LSST. Accompagner le virage préventif au sein des établissements de santé, notamment au sein des maternités et Centres périnataux de proximité (CPP), en s'appuyant sur le projet Outils de repérage des vulnérabilités en périnatalité (ORVEP) porté par le réseau Périnat Centre-Val de Loire, pour diffuser *in fine* la stratégie Lieu de santé sans tabac sur l'ensemble des établissements de santé.

Appuyer le RREVA dans la diffusion d'une culture de la sécurité. Optimiser l'organisation du dispositif d'addictovigilance et renforcer la coordination des acteurs en lien avec le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance - addictovigilance (CEIP-A), le Centre régional de pharmacovigilance (CRPV)..., afin d'améliorer l'organisation des vigilances, la coordination du traitement et de la gestion des signalements des évènements indésirables graves liés aux substances psychoactives (SPA) et la synergie des actions préventives.

4. Modalité de mise en œuvre

Elles s'appuieront sur le renforcement de l'éducation à la santé des publics les plus fragiles, à travers notamment la poursuite du déploiement des programmes probants ou prometteurs auprès des publics jeunes, sur le positionnement des établissements de santé comme promoteurs de la santé sur leur territoire et sur la diffusion d'une culture de la sécurité en lien avec le RREVA.

Le déploiement des programmes probants ou prometteurs auprès des publics jeunes sera poursuivi en diversifiant l'offre existante (à partir d'orientations et de la définition de critères de priorisation) et en intégrant la construction d'un parcours en fonction de la trajectoire des élèves. Il sera nécessaire de veiller à l'articulation des programmes entre eux.

La prévention des addictions comportementales (jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, usage nocif des écrans, addictions sexuelles) devra être développée, ainsi que les actions de prévention adaptées aux populations vulnérables (PRAPS, milieu carcéral, mineurs non accompagnés), intégrant le repérage précoce et l'intervention brèves (RPIB) et l'accompagnement au sevrage tabagique. L'ARS cherchera à positionner les établissements de santé comme promoteurs de la santé sur leur territoire, notamment à travers leur engagement dans la stratégie nationale LSST (priorité donnée aux établissements ayant une activité « femme,

⁴² Les compétences psychosociales (CPS) sont des compétences de vie utiles au quotidien pour chacun. Elles contribuent à favoriser le bien-être mental, physique et social et à prévenir une large gamme de comportements et d'attitudes aux incidences négatives sur la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) les définit comme « un groupe de compétences psychosociales et interpersonnelles qui aident les personnes à prendre des décisions éclairées, à résoudre des problèmes, à penser de façon critique et créative, à communiquer de façon efficace, à construire des relations saines, à rentrer en empathie avec les autres, à faire face aux difficultés et à gérer leur vie de manière saine et productive » (OMS 2003).



mère, nouveau-né, enfant » et aux établissements de soins traitant le cancer). Afin de protéger la femme enceinte et l'enfant à naître des effets néfastes des SPA, il est proposé de soutenir le projet ORVEP comme levier de la stratégie LSST et de sensibiliser et former les professionnels de la petite enfance pour améliorer le repérage et l'accompagnement des femmes usant de SPA (cf. **Objectif opérationnel n°32 : Déployer la stratégie des 1000 premiers jours en** accompagnant la parentalité et en améliorant la santé dès la grossesse

Enfin, l'ARS encouragera, à travers les acteurs impliqués dans les vigilances, la diffusion d'une culture de la sécurité, en promouvant les signalements et leur analyse (outils d'aide au signalement, formation et développement de la culture associée) et en organisant les circuits de déclarations d'addictovigilance (clarification du rôle des acteurs) et d'analyse des signalements.

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Consolider un état des lieux (a minima cartographie des acteurs de la prévention, des programmes de prévention et des partenaires, en ciblant en priorité le tabac et l'alcool)
2023	Mettre en place des réunions d'addictovigilance avec les acteurs concernés (2 réunions par an) ⁴³

6. Modalités de suivi et d'évaluation

- Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE
1	Taux de couverture des programmes probants ou prometteurs sur les territoires	8%	50% des enfants 3- 12 ans bénéficiaires d'interventions de développement CPS 30% des jeunes 13 -18 ans bénéficiaires de renforcement de CPS (<i>cible 2037</i>) ⁴⁴
2	Nombre de bénéficiaires de remboursements de traitements de substitution nicotinique (TSN)	36273	En cours

⁴³ Le RREVA, ARS Centre-Val de Loire : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/le-reseau-regional-de-vigilance-et-dappui-rreva-0>

⁴⁴ instruction interministérielle du 19/08/2022 stratégie nationale de développement des CPS 2022/2037



SANTÉ MENTALE

Introduction

Il ne peut y avoir de santé sans santé mentale. Celle-ci est déterminée par de nombreux facteurs (socio-économiques, biologiques et environnementaux) et recouvre plusieurs dimensions : la santé mentale positive (bien-être et épanouissement personnel), la détresse psychologique réactionnelle (induite par un contexte ponctuel) et les troubles psychiatriques, pouvant être plus ou moins sévères, de durée variable et conduire à des situations de handicap psychique. Les personnes en mauvaise santé mentale peuvent souffrir de troubles psychiques ou non. De même, les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent être en bonne santé mentale lorsqu'elles bénéficient de soins, d'accompagnement et de soutien social. C'est ce que l'on nomme le « rétablissement ».

Classés au troisième rang des maladies chroniques les plus fréquentes après les cancers et les pathologies cardiovasculaires, les troubles psychiques et les maladies mentales tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart des Français, compte tenu de leurs conséquences sur l'entourage immédiat des patients. Or la prévention et les interventions précoces sont insuffisantes et les diagnostics trop tardifs. Les ruptures de parcours, encore nombreuses, entraînent une détérioration des trajectoires de soins et de vie. L'insertion sociale et l'accès à une vie active et citoyenne des personnes souffrant de troubles sévères sont insuffisants et la stigmatisation encore trop prononcée. La région Centre-Val de Loire se distingue tout particulièrement par une prévalence des suicides et des problématiques importantes d'accès aux soins et aux accompagnements médico-sociaux, notamment du fait de la démographie des professionnels de santé en psychiatrie et santé mentale. Les efforts entrepris depuis 2018 pour renforcer le secteur et déployer de nouvelles activités et dispositifs n'ont pas, de ce fait, pu produire pleinement leurs effets. Les difficultés d'accès ont par ailleurs été exacerbées par les deux années de pandémie COVID-19, qui ont vu se détériorer les indicateurs de santé mentale de la population générale et en particulier des plus jeunes.

Les prochaines années réclament de redoubler d'efforts et d'engagement, dans la continuité des orientations stratégiques précédemment définies, enrichies des orientations nationales récentes (Assises de la santé mentale et de la psychiatrie) et en tenant compte des évolutions liées à la réforme des autorisations et celle des financements. L'action sur les problématiques de démographie des professionnels de santé constitue par ailleurs une priorité dans la région. La déclinaison de la stratégie sur l'ensemble des territoires et la réduction des inégalités territoriales continueront d'être le fil directeur de l'ARS. La démarche des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), qui a ancré les questions de santé mentale dans chaque territoire, constituera un maillon incontournable dans l'amélioration des parcours de proximité, la fédération et le partenariat des acteurs ainsi que la territorialisation des objectifs au plan local. Les gouvernances territoriales et les coordonnateurs de PTSM, en lien avec les dispositifs locaux (Contrats locaux de santé - CLS, Conseils locaux de santé mentale - CLSM...), seront des acteurs pivots.

Les troubles du spectre autistique et neuro-développementaux ainsi que les situations de handicap et les addictions sont traités dans des parcours spécifiques (*cf. parcours ad hoc*).



Objectif opérationnel n°36 : Renforcer la prévention, le repérage et la prise en charge précoce de la souffrance et des troubles psychiques

1. Situation actuelle

Un certain nombre d'avancées concrètes ont été effectuées ces dernières années en matière de prévention et de repérage des situations de souffrance et de troubles psychiques, notamment via le renforcement du maillage des équipes mobiles de psychiatrie vers les populations les plus vulnérables (publics précaires, personnes âgées, enfants, adolescents, périnatalité) et la prévention du suicide (dispositif Vigilans de recontact des personnes suicidantes, formation des acteurs au repérage et à la gestion de la crise suicidaire) et de déploiement des formations aux premiers secours en santé mentale.

Plusieurs leviers ont été par ailleurs activés pour améliorer les possibilités de prise en charge précoce : renforcement des Centres médico-psychologiques (CMP), notamment par l'ouverture d'une cinquantaine de postes de psychologue et l'incitation à la mise en œuvre d'évolutions organisationnelles pour réduire les délais d'attente, mise en place des premières consultations gratuites de psychologues dans les maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé, renfort des moyens régionaux dédiés à l'urgence médico-psychologique (identification d'une cellule d'urgence médico-psychologique renforcée). L'accent a été mis notamment sur la santé mentale des plus jeunes, particulièrement mise à l'épreuve avec la crise sanitaire, avec un renforcement important de la psychiatrie infanto-juvénile (prise en charge ambulatoire, accueil en hôpital de jour, capacités d'hospitalisation des enfants, équipes mobiles, liens avec les partenaires, santé mentale périnatale), des maisons des adolescents et l'implication des services de santé scolaires et universitaires.

L'impact des actions menées a été limité par la crise sanitaire qui a par ailleurs engendré une augmentation de la demande de soins, ce dans un contexte de forte tension en termes de démographie des professionnels de santé dans le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale.

2. Enjeux

Intensifier les actions de prévention, notamment autour du suicide (taux de prévalence régional élevé), et **continuer d'améliorer les conditions de repérage précoce des troubles et d'accès aux diagnostics et aux interventions rapides**.

Une progression est attendue dans l'« outillage » des acteurs de première ligne au repérage (formations, cartographie des ressources) et dans l'intensification de leur partenariat avec les professionnels de la prise en charge (impact attendu des logiques PTSM, CLSM, Dispositifs d'appui à la coordination - DAC), notamment dans le domaine de la santé mentale des plus jeunes (multiplicité des acteurs) ainsi que, de façon générale, dans la réduction des délais d'accès à un diagnostic et une prise en charge.

Outre l'amélioration du repérage et de l'orientation, la sensibilisation et la formation des acteurs doivent également favoriser un changement des représentations autour des troubles psychiques.

3. Description de l'objectif

Réduire le taux de suicides et la tentative de suicide dans les cinq années à venir.

Repérer et prendre en charge le plus précocement possible les problématiques psychiques et prévenir leur impact négatif à long terme, en portant une attention particulière à la santé mentale des plus jeunes, de la période périnatale à l'entrée dans l'âge adulte.

Améliorer l'accès aux diagnostics et prises en charge, via la réduction des délais d'attente pour un premier rendez-vous et la structuration de réponses graduées et de parcours de soins.



Permettre une meilleure connaissance de la santé mentale et des troubles psychiques, en déployant des actions de sensibilisation, d'information et de formation pour lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de ces troubles, favoriser le repérage des situations, outiller les acteurs en contact avec ces personnes et faciliter les orientations et la mobilisation des dispositifs spécialisés de façon adaptée.

4. Modalités de mise en œuvre :

Les différents volets de la stratégie nationale multimodale de prévention du suicide seront déployés dans la région, avec une attention particulière portée sur les territoires les plus touchés. Les actions seront pilotées par l'équipe en charge de la prévention du suicide au CHRU de Tours, en lien avec les acteurs des territoires : montée en charge du dispositif Vigilans, déploiement des trois modules de formation à la prévention du suicide à destination de la population générale et des professionnels, mise en place du centre répondant régional du numéro national Prévention du suicide (31 14).

L'amélioration du parcours de santé mentale des jeunes impliquera d'agir sur différents volets : la promotion de la santé mentale via le développement des compétences psycho-sociales, le développement du repérage et l'accès au diagnostic et aux prises en charge graduées, la prise en compte de l'écosystème familial (développement des thérapies familiales), le maintien de la continuité scolaire et du lien social, la prévention et la gestion des situations dites complexes, avec une vigilance portée sur les publics suivis par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Des réflexions seront menées à l'échelon de chaque département, en lien avec la démarche PTSM, afin d'identifier les pistes d'action et de renforcer l'articulation entre les acteurs des différents champs : prévention, sanitaire, médico-social, lieux d'accueil, d'écoute, acteurs institutionnels (Éducation nationale, ASE / PJJ). La santé mentale des étudiants sera quant à elle pilotée en région, en lien avec les deux services de santé universitaires.

En termes d'amélioration de l'accès aux soins de façon générale, il s'agira de développer la collaboration entre les acteurs de première ligne qui repèrent les situations et les professionnels de la prise en charge (diffusion des cartographies départementales de ressources en santé mentale, élaboration de protocoles de mobilisation des professionnels spécialisés, développement des plateformes téléphoniques uniques d'orientation et d'avis spécialisés...). Le maillage des équipes mobiles de psychiatrie sera par ailleurs poursuivi et renforcé sur l'ensemble du territoire régional, en veillant à leur articulation avec les dispositifs existants. Les actions pour réduire les délais de rendez-vous seront intensifiées via le renforcement des structures (CMP notamment) et la mise en œuvre d'évolutions organisationnelles (développement des premiers accueils soignants notamment). La montée en charge du dispositif Mon parcours psy en région permettra par ailleurs de proposer, pour les situations de troubles légers à modérés, des consultations de psychologue remboursées par l'Assurance maladie, selon les orientations et le cadre défini au plan national.

Enfin, des actions d'information et de sensibilisation en santé mentale seront développées sur l'ensemble des territoires via l'action des Conseils locaux de santé mentale, les Contrats locaux de santé, les Projets territoriaux de santé mentale et les associations (Semaine d'information en santé mentale...).

De même, un vaste plan de formation des acteurs en contact avec des personnes ayant des troubles de santé mentale sera déployé afin de favoriser le repérage des situations, de leur apporter un outillage dans la prévention des crises, de faciliter les orientations et de mobiliser les dispositifs spécialisés de façon adaptée. Les formations croisées seront privilégiées de manière à favoriser l'interconnaissance et faciliter les collaborations entre les différents secteurs impliqués. Les formations à la prévention du suicide et aux premiers secours en santé mentale seront intensifiées afin de constituer un réseau de sentinelles ayant une capacité particulière de repérage et de réaction adaptée face aux personnes en souffrance ou en crise. Les besoins en formations feront l'objet d'un plan de formation formalisé à l'échelon de chaque département dans le cadre de la démarche Projet territorial de santé mentale.



5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre d'acteurs formés à la prévention suicide/ gestion crise suicidaire par territoire	588 personnes entre 2020 et 2022	300 personnes par an
2	Taux annuel d'inclusion des suicidants dans Vigilans	valeurs départementales comprises entre 0 et 29%	60%

b) Indicateurs de résultat :

- Taux de tentatives de suicide suivi d'hospitalisation chez les jeunes (pour 100 000 habitants) : baisse significative attendue
- File active des patients suivis en CMP adulte et infanto-juvénile (source Rim-P/DSTRAT -51 434 en 2022), en CMPP et CAMSP (source tableaux de bord /DMS – respectivement 4 924 et 3 581 en 2022) et nombre de situation suivies en MDA (source : reporting régional MDA / déléguée régionale ANMDA – 5396 situations en 2022)



SANTÉ MENTALE

Objectif opérationnel n°37 : Promouvoir un parcours de vie de qualité en santé mentale

1. Situation actuelle

Le déploiement de la démarche Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) fédérant les acteurs du parcours sur chaque département a permis d'impulser une véritable dynamique collective, de nature à favoriser les interventions coordonnées autour des personnes souffrantes et à améliorer concrètement leur parcours de santé et de vie.

Des actions de renforcement de l'aller-vers des équipes de psychiatrie et de suivi des patients en ambulatoire et en hôpital de jour ont été menées, dans l'optique de prévenir les crises et les urgences et de limiter le recours aux hospitalisations. La crise sanitaire liée au Covid-19 a par ailleurs conduit à mettre en place un certain nombre de bonnes pratiques qu'il serait pertinent de pérenniser (développement des consultations à distance, intensification des suivis et des visites à domicile pour les patients les plus vulnérables, renforcement du soutien aux familles...).

Les soins de réhabilitation psycho-sociale se sont également déployés progressivement dans les territoires. Destinés aux personnes souffrant de troubles psychiques sévères s'inscrivant dans la durée et impactant leur activité au quotidien, ils favorisent leur rétablissement et permettent de les accompagner vers un projet de vie. Des équipes de psychiatrie proposent dans ce cadre, de façon expérimentale, l'intervention de médiateurs santé pairs dans leurs services, développant ainsi l'*empowerment* des personnes concernées par un trouble psychique.

Sur le plan de l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques invalidants, de nouveaux Groupements d'entraide mutuelle (GEM), associations portées par et pour les usagers en santé mentale qui permettent de rompre l'isolement, ont été mis en place et les structures existantes renforcées.

2. Enjeux

Organiser des parcours de santé et permettre des parcours de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale. Pour ces personnes, un suivi précoce et coordonné socio-sanitaire s'avère important pour préserver leur autonomie.

3. Description de l'objectif

Prévenir les différentes ruptures de parcours, notamment le défaut ou l'insuffisance d'accès aux soins spécialisés et somatiques adaptés et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, **prévenir les situations d'urgence et de crise** (incluant les soins sans consentement) et les hospitalisations qualifiées d'« inadéquates ». Le respect et la promotion du droit des patients et de leur citoyenneté, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir ainsi que l'accompagnement des familles doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Développer le repérage et l'accès à des soins spécialisés, notamment concernant les psycho-traumatismes, les troubles du comportement alimentaire, les troubles psychiques des personnes âgées et des publics en situation de précarité. Développer également l'accès à un diagnostic et à des soins somatiques.

L'accueil et la prise en charge des urgences et des crises nécessitent d'être mieux structurés et plus lisibles au sein des territoires. L'organisation devra permettre un accès aux soins sans passer par les urgences, dans



un délai adapté au regard de l'état clinique du patient. Elle devra également être différenciée selon la typologie des patients (nouveaux patients/patients suivis).

Faire bénéficier les personnes ayant des troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique, d'interventions conjointes et coordonnées, à la fois en soins psychiatriques adaptés et accompagnements médico-sociaux à l'autonomie dans la vie quotidienne. Les soins seront orientés vers le rétablissement et résolument tournés vers l'ambulatoire. L'accès aux soins de réhabilitation psycho-sociale constitue un enjeu particulièrement important, de même que le développement de suivis intensifs ambulatoires et à domicile afin de prévenir les urgences et les crises conduisant à des hospitalisations. Il s'agira également d'organiser, dans chaque territoire, un maillage adapté des services médico-sociaux, notamment d'accompagnement à domicile. L'accès et le maintien des personnes dans le logement, l'emploi, la formation et la participation à la vie sociale seront recherchés, en visant en priorité l'inclusion en milieu ordinaire et l'accès aux dispositifs de droit commun ou, si cela n'est pas ou plus adapté, aux dispositifs dédiés.

Améliorer la prise en compte des droits et souhaits de la personne ainsi que de la place de son entourage dans son parcours de santé et de vie.

4. Modalités de mise en œuvre :

L'accès de la population à des soins spécifiques sur chacun des territoires sera organisé en s'appuyant sur des centres de ressources régionaux, existants ou à identifier, en charge de structurer les parcours et d'animer les compétences.

L'accès aux diagnostics et aux soins somatiques passera par la création ou le renforcement d'équipes pluridisciplinaires de médecine au sein des établissements psychiatriques, le développement du partenariat des établissements avec les professionnels de santé libéraux, notamment au sein des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et les Équipes de soins primaires (ESP), le tout dans le cadre d'une politique régionale de l'offre de premier recours.

L'amélioration de la prévention et la gestion des crises et des urgences se traduiront notamment par le développement, sur chaque département, de l'aller-vers de la psychiatrie à domicile et en institutions médico-sociales et par la structuration de l'organisation territoriale des prises en charge. Le parcours cible et les évolutions à opérer seront décrits à l'échelle des départements, en lien avec la démarche PTSM. Dans ce cadre, sera également abordée la problématique des situations inadéquates, notamment pour les patients au long cours en psychiatrie, qui a vocation à se traduire par des projets de transformation de l'offre, notamment de redéploiement vers des dispositifs médico-sociaux.

Pour les personnes souffrant de troubles sévères, les suivis conjoints et coordonnés sanitaires, sociaux et médico-sociaux devront être systématisés dès le début des troubles et tout au long du parcours. Des fonctions de *case management* de proximité pourront être utilement développées par les équipes de secteur, en coordination avec les équipes sociales et/ou médico-sociales et les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

En matière d'inclusion sociale, l'ARS s'attachera à l'amélioration du maillage des territoires en matière de services d'accompagnement et établissements médico-sociaux orientés vers la santé mentale⁴⁵, d'accès à l'emploi et à l'habitat inclusif et aux structures d'entraide entre pairs, de type Groupements d'entraide mutuelle.

⁴⁵ Services de soins et d'aide à domicile (SAAD), Services de soins Infirmiers à domicile (SSIAD), Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) pour les adultes, Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), Institut médico-éducatif (IME), Dispositifs instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (DITEP)...



Enfin, le renforcement des droits et de l'*empowerment* des personnes souffrant de troubles psychiques s'exprimera par la réduction du recours aux soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention, le recueil des directives anticipées en psychiatrie ainsi que le développement de médiateurs santé pairs en psychiatrie et en établissements médico-sociaux. L'entourage des patients, notamment les familles qui jouent un rôle de premier plan dans l'accompagnement des personnes dans la durée, devra être mieux pris en compte : promotion de l'« alliance thérapeutique » au sein des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, accès à des programmes de psycho-éducation et de renforcement des compétences psychosociales, informations sur la maladie et l'organisation des prises en charge et des accompagnements, actions de soutien développées par les associations de proches et familles.

5. Modalités de suivi et d'évaluation:

a) Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre d'équipes mobiles ayant une compétence en psychiatrie de la personne âgée (domicile/EHPAD)	4+ Equipe mobile psychiatrie-personnes âgées (EMPA) et 1 Equipes mobiles gériatrique (EMG)	6 EMPA et 16 EMG
2	Nombre de familles accompagnées par l'UNAFAM (séance de sensibilisations, formations et psychoéducation ...)	147 familles accompagnées par l'UNAFAM en 2022 (enquête à prévoir recueillir l'action des établissements de santé)	150 familles accompagnées par l'UNAFAM par an

b) Indicateurs de résultat :

- Taux de patients hospitalisés au long cours (>270 jours) en service de psychiatrie : baisse attendue (source : SAE/DSTRAT) - 437 personnes en 2021
- Nombre de places ouvertes en ESMS par transformation de l'offre de psychiatrie (source : ARS/DMS-DD)
- Nombre de personnes adhérentes d'un GEM ou d'un club house (source : tableau reporting CNSA/DMS) - 839 adhérents au 31/12/2022



SANTÉ MENTALE

Objectif opérationnel n°38 : Faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé dans le secteur de la santé mentale

1. Situation actuelle

Les problèmes de démographie des professionnels de santé (*cf. Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé*) n'épargnent pas le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale et impactent significativement le parcours des personnes souffrant de troubles psychiques. Concernant les médecins psychiatres, la discipline connaît des difficultés d'attractivité au niveau national (40^e position sur 44) de même qu'à l'échelon régional. L'Eure-et-Loir, l'Indre et, dans une moindre mesure, le Loiret disposent significativement de moins de professionnels par rapport à leur population.

Des avancées ont toutefois été obtenues ces dernières années : augmentation depuis 2018 du nombre de postes d'interne ouverts aux Épreuves classantes nationales (ECN, 13 en 2022 contre 10 en 2017), reconnaissance de la psychiatrie en tant que « spécialité en tension » en 2022 dans l'ensemble des établissements, volonté d'augmenter le taux d'étudiants hospitaliers de deuxième cycle en service de psychiatrie. Certains des postes de praticien hospitalier vacants dans les services de psychiatrie sont occupés par des praticiens contractuels ou à diplôme étranger, hors Union européenne (attachés associés). Mais une proportion potentiellement importante n'est occupée par aucun professionnel (plus d'un quart des postes dans certains établissements).

Malgré une augmentation des effectifs étudiants en soins infirmiers ces dernières années (+ 6 % par an depuis 2019) et le démarrage des formations d'Infirmier de pratique avancée (19 IPA en santé mentale diplômés ou en cours de formation dans la région en 2022), les établissements rencontrent des difficultés notables de recrutement d'Infirmiers diplômés d'État (IDE), notamment en psychiatrie, avec un nombre de postes vacants pouvant être élevé pour certains d'entre eux.

La région se situe également en queue de peloton des régions françaises en termes de densité de psychologues, variable d'un département à l'autre (l'Indre et l'Eure-et-Loir étant les moins dotés). À noter que plus de la moitié des psychologues formés en Centre-Val de Loire vont exercer en dehors de la région.

Chiffres clés

15,4 psychiatres pour 100 000 habitants en Centre-Val de Loire, contre 22,5 en moyenne en France métropolitaine (région en dernière position)

80 postes de praticien hospitalier vacants dans les services de psychiatrie, selon la dernière enquête de l'ARS datée d'avril 2022

106,6 psychologues pour 100 000 habitants en Centre-Val de Loire, contre 136 en moyenne en France métropolitaine

2. Enjeux

Étoffer et fidéliser les professionnels en santé mentale et en psychiatrie, en établissement et en libéral (psychiatres, IDE, aides-soignants, psychologues et neuropsychologues en particulier). Alors que les besoins s'intensifient, la pénurie de professionnels engendre des problématiques importantes : délais de rendez-vous élevés dans les Centres médico-psychologiques (CMP), possibilités insuffisantes de suivis ambulatoires intensifs et d'interventions sur les lieux de vie, limitation de l'accès à l'hospitalisation (notamment en pédopsychiatrie) et, par conséquent, risque de dégradation et de chronicisation des troubles qui finissent à



terme par impacter la demande de soins. L'insuffisance de médecins traitants limite par ailleurs significativement la nécessaire prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques sévères. Ce contexte rend difficiles les conditions d'exercice des professionnels, notamment au sein des services de psychiatrie, et met à mal les efforts d'accompagnement financier du secteur depuis quelques années visant le renforcement des services existants et le déploiement d'un certain nombre de projets et de nouvelles activités.

3. Description de l'objectif

Renforcer et améliorer la formation des professionnels de santé médicaux et non médicaux, dont le déploiement des pratiques avancées (IPA) en psychiatrie et santé mentale.

Développer l'attractivité du secteur de psychiatrie et de la santé mentale ainsi que la fidélisation des professionnels.

Déployer l'usage de la télémédecine.

Mettre en place un pilotage objectif des professionnels en psychiatrie/santé mentale.

4. Modalités de mise en œuvre

Un important levier consiste à « former plus et mieux » les futurs professionnels, tant médicaux que soignants.

La mise en place d'une deuxième faculté de médecine sur Orléans à l'horizon 2025 va permettre de former davantage de médecins en région (105 PACES/an), de renforcer l'offre de formation de troisième cycle et d'accroître le nombre d'internes en psychiatrie. Le recrutement d'hospitalo-universitaires de psychiatrie et l'harmonisation des enseignements en psychiatrie représentent un enjeu important, qui nécessitera une collaboration entre le CHRU de Tours, le CHR d'Orléans et l'Établissement public de santé mentale (EPSM) Georges-Daumézon. Il conviendra de continuer de veiller à la bonne répartition des internes sur l'ensemble du territoire dans des terrains de stage agréés et aux bonnes conditions d'accueil et d'encadrement de ces derniers (formalisation de recommandations aux établissements, accompagnement des établissements dans l'atteinte des exigences de l'agrément des lieux de stage, prise en compte des facilités logistiques proposées dans les territoires). Enfin, l'augmentation des possibilités d'accueil des faisant-fonction d'internes et des stagiaires associés constitue des pistes permettant de limiter l'impact des difficultés de recrutement médical, de même que la possibilité introduite par la réforme du 2^e Diplôme d'études spécialisées (DES), qui permet aux médecins en exercice d'acquérir une nouvelle spécialité et qui s'accompagne d'une ouverture de poste.

Au-delà, l'ambition est de déployer massivement les IPA, en complément de la politique de développement des capacités de formation d'IDE dans les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de la région. Cet objectif se traduira par une augmentation des capacités globales de formation des IPA (de 20 places en 2021 à 50 à horizon 2023), le déploiement d'un plan de communication auprès des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux et du secteur libéral (thésaurus des missions de l'IPA en santé mentale, maquette de formation, témoignage vidéo, retex...) ainsi qu'un accompagnement des professionnels et structures dans la démarche de formation et d'insertion des nouveaux diplômés (élaboration et diffusion de bonnes pratiques, accompagnement à l'élaboration des projets, soutien financier, suivi du devenir des nouveaux diplômés, développement des échanges entre pairs). La nomination de personnels hospitalo-universitaires de psychiatrie à Orléans permettra leur participation au programme de la mention Santé mentale et psychiatrie du Master IPA actuellement porté par l'université de Tours (en lien avec l'université d'Angers) et le renforcement de l'implémentation d'IPA dans le dispositif régional de soins psychiatriques.

Concernant les psychologues, l'enjeu sera de définir leur place dans le parcours de soins, notamment leur rôle au sein des services de psychiatrie, et de poursuivre la communication sur le dispositif « Mon parcours psy » afin de favoriser l'engagement des professionnels et le recours de la population.



Le développement et/ou le maintien des compétences des infirmiers et autres professionnels (aides-soignants...) en psychiatrie et santé mentale et dans le champ du handicap constituent également un axe fondamental. L'ambition serait de créer un pack de formation à l'échelle régionale pouvant être proposé aux nouveaux diplômés ou aux professionnels en exercice souhaitant s'orienter vers le secteur de la psychiatrie ou réactualiser leurs connaissances (formation continue).

Un certain nombre d'actions de nature à favoriser l'attractivité de la discipline et du secteur de la psychiatrie et de la santé mentale ainsi que la fidélisation des professionnels seront également menées. Des opérations de communication sont envisagées afin d'agir sur des représentations de la psychiatrie qui peuvent être négatives et de promouvoir la variété et la diversité des métiers et des plateaux techniques : relais des campagnes nationales sur l'attractivité de la discipline, relais des campagnes sur l'attractivité de la région et des départements, sensibilisation des étudiants.

Il conviendra par ailleurs de développer significativement les stages en psychiatrie des étudiants en santé (étudiants externes afin de favoriser le choix de la spécialité, élèves infirmiers et psychologues) afin de faciliter les orientations professionnelles vers le secteur (recensement des lieux de stage, développement des capacités et de la politique d'accueil, notamment en établissement).

Afin de favoriser le recrutement de nouveaux professionnels, la visibilité des responsables pédagogiques sur les postes vacants dans les différents services de la région sera également organisée et les établissements invités à mettre à jour leurs offres sur les différents sites spécialisés.

Par ailleurs, un certain nombre d'actions concourant à valoriser et dynamiser le secteur et fidéliser les professionnels ont été identifiées : encouragement et promotion de l'innovation et de la recherche en psychiatrie (appels à projets, accompagnement des équipes engagées, diffusion des projets, retours d'expérience...), développement des échanges régionaux entre les professionnels (journée annuelle régionale, communautés de pratiques, outils partagés, site internet...), amélioration de la qualité de vie au travail au sein des services de psychiatrie.

Le déploiement des usages de la télémédecine sera également accéléré : développement des téléconsultations, de la télé-expertise... (identification des sujets en cours).

La stratégie régionale s'appuiera enfin sur la mise en place d'un pilotage régional objectif des professionnels de santé dans le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale. Sur la base d'un recueil et d'un suivi (à organiser) des différentes données (formations, postes vacants...), l'objectif est d'observer les tendances, d'anticiper et d'ajuster les actions en conséquence. Un comité de pilotage réunissant l'ARS, la faculté de médecine, les représentants des établissements et des écoles de formation sera constitué et réuni deux fois par an.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre d'IPA santé mentale formées en région	9 en 2022 21 dès juillet 2023 (sous réserve obtention DE)	60
2	Part des postes d'internes pourvus / postes d'internes ouverts en région par an	100% (13/13 en 2022)	100%



b) *Indicateurs de résultat :*

- Nombre et part des postes vacants (occupés/non occupés) dans les services de psychiatrie (internes / psychiatres / IDE / psychologues) : baisse attendue (source SIGMED et enquête auprès des établissements de psy/GPPS)
- Taux d'évolution du nombre d'actes de téléconsultation psychiatrie : hausse attendue



DIABÈTE, HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET OBÉSITÉ

Introduction

L'hypertension artérielle (HTA), le diabète de type 2 et l'obésité sont liés à des facteurs de risque évitables communs, parmi lesquels l'alimentation et l'activité physique occupent une place primordiale. Ces pathologies sont fréquemment associées et constituent un facteur de risque majeur de l'aggravation de l'état de santé, notamment de risque cardiovasculaire.

La région Centre-Val de Loire se caractérise par une incidence et un taux de mortalité du diabète plus élevés qu'au niveau national. Il en est de même pour la prévalence de l'obésité, avec une progression importante entre 1992 et 2012 (+ 7,1 points contre + 6,5 points au niveau national). Concernant l'HTA (12 millions de patients en France), une prise en charge efficace diminue le risque de complications cardiovasculaires et contribue à l'allongement de l'espérance de vie. Mais l'on estime qu'environ 20 % des patients hypertendus ne sont pas traités et 50 % des patients traités n'atteignent pas les objectifs de pression artérielle (PA) contrôlée. Chez les assurés sociaux de plus de 35 ans, la prévalence de l'HTA atteint 30 % et 60 % à 70 % des personnes de plus de 70 ans sont traitées pour cette pathologie. Celle-ci est associée à la consommation d'alcool, à l'indice de masse corporelle (IMC), au diabète, au tabagisme et à un niveau socioéconomique plus bas. La Société française de néphrologie souligne l'augmentation de l'absence de contrôle de l'HTA en France depuis quinze ans.

Ce chapitre traite des parcours Obésité-HTA-Diabète. Le facteur de risque tabac est traité dans le parcours Addiction (*cf. Parcours spécifique Addiction*) et le parcours spécifique Cardiologie de la personne âgée dans le chapitre Offre de soins de proximité – Personne âgée (*cf. Chapitre 6 : Offre de soins de proximité coordonnée - Parcours Personnes Âgées*). Les facteurs environnementaux et sociaux influençant les facteurs de risques cardiovasculaires sont traités dans le chapitre Des environnements favorables à la santé (*cf. Chapitre 2 : Des environnements favorables à la santé à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux*) et le PRAPS (*cf. PRAPS*).

Chiffres clés

391,1 pour 100 000 habitants : incidence du diabète en Centre-Val de Loire en 2020, contre 379,9 au niveau national

48,3 pour 100 000 habitants : taux de mortalité du diabète en Centre-Val de Loire en 2020, contre 45,8 au niveau national

18,5 % : prévalence de l'obésité en Centre-Val de Loire, contre 17 % au niveau national⁴⁶ (et 16,9 % au niveau régional en 2012)

⁴⁶ Étude Obépi-Roche : <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-suproids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>



Objectif opérationnel n°39 : Encourager les comportements favorables à la santé en matière de nutrition et d'activité physique

1. Situation actuelle

En Centre-Val Loire, de nombreux acteurs agissent sur la nutrition et l'activité physique comme déterminants de santé. En déclinaison des plans nationaux, des stratégies sont impulsées par différentes institutions (Délégation régionale académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports - DRAJES, Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt - DRAAF, Éducation nationale) et par les collectivités locales.

2. Enjeux

Enrayer la progression de l'incidence du diabète et de l'obésité, en développant la pratique d'activité physique et en luttant contre la sédentarité chez les enfants, les adolescents et les adultes. Le renforcement des comportements favorables à la santé est intimement lié à l'amélioration de l'environnement alimentaire et physique. Le principe d'universalisme proportionné doit être recherché dans la mise en place des actions pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. L'enjeu est de réussir à atteindre les populations particulièrement vulnérables. Le plan Héritage et Durabilité des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024 est une opportunité pour enclencher une dynamique et modifier durablement les comportements.

3. Description de l'objectif

Impliquer le cadre scolaire et extrascolaire, en associant l'ensemble des acteurs entourant les enfants et adolescents.

Modifier de manière durable les comportements pour développer la pratique d'activité physique quotidienne non sportive durant les temps de transport ou de loisirs, pour tous et à tout âge, ne nécessitant pas d'encadrement spécifique. Cet objectif passe par l'aménagement du milieu de vie pour rendre la pratique facile, agréable et sécurisée. Les collectivités locales sont, et à ce titre, des acteurs incontournables, en lien avec le déploiement de l'urbanisme favorable à la santé (*cf. Chapitre 2 : Des environnements favorables à la santé à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux*). Le rôle des employeurs est également important pour accompagner le développement des déplacements actifs entre le domicile et le travail.

Accompagner les publics en situation de précarité vers une alimentation favorable à la santé, en lien avec la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. La notion de littératie en santé doit être prise en compte, avec la nécessité de simplifier l'information pour la rendre accessible. Il est indispensable de s'appuyer sur les personnes travaillant auprès des populations précaires pour mieux les accompagner vers une alimentation favorable à la santé et la pratique au quotidien d'une activité physique tout en réduisant les comportements sédentaires.

4. Modalités de mise en œuvre

Développer la pratique d'activité physique chez les enfants et les adolescents, en particulier chez les filles (*cf. Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé*)

- Déployer en région un programme reconnu probant par Santé publique France, à destination des enfants et des adolescents, telle la démarche Intervention centrée sur l'activité physique et la sédentarité (ICAPS).
- Accompagner la généralisation des 30 minutes d'Activités physiques quotidiennes (APQ) dans les écoles ainsi que le dispositif « 2h de sport en plus » au collège et renforcer la place de l'activité physique dans le cadre extrascolaire.



- Lutter contre la discrimination envers les enfants en surpoids ou obèses, en sensibilisant les éducateurs sportifs et les enseignants.

Encourager la mobilité active

- Sensibiliser les collectivités au déploiement des mobilités actives : urbanisme favorable à la santé, aménagement du territoire, sécurisation des trajets et de la pratique (pédibus, vélobus...), aménagement de voies cyclables (*cf. Chapitre 2 : Des environnements favorables à la santé à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux*).
- Accompagner les employeurs pour favoriser les déplacements actifs entre le domicile et le travail, ainsi que pour les petits trajets dans le cadre du travail.
- Promouvoir les démarches de labellisation "collectivités actives du PNNS" et "entreprises / établissements actifs du PNNS" sur la région.
- Accompagner le déploiement du dispositif Savoir Rouler à Vélo

Promouvoir une alimentation favorable à la santé en délivrant une information accessible et adaptée selon les publics

- Mieux accompagner les personnes en situation de précarité vers une alimentation favorable à la santé, par la formation des personnes ressources (personnels de la santé et du social...) pour la délivrance d'informations accessibles (*cf. PRAPS, Formation des professionnels de 1^{re} ligne*).
- Renforcer les compétences des parents en facilitant l'accès à des consultations diététiques, en lien avec les services de la Protection maternelle et infantile (*cf. Parcours Santé maternelle et infantile*).
- Renforcer la place de l'éducation nutritionnelle dans la restauration scolaire (sensibiliser les enfants mais aussi les personnels).

Il sera nécessaire de s'appuyer sur l'ensemble des collectivités territoriales, les établissements scolaires, le mouvement sportif, les Maisons sport-santé, les professionnels du social, ainsi que sur les partenaires institutionnels (Éducation nationale, DRAJES, Santé publique France, DRAAF, Direction régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités – DREETS).

De nombreux dispositifs peuvent contribuer à la réalisation de ces objectifs, dont la dynamique Terre de Jeux dans le cadre de la Coupe du monde de rugby et des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024 avec le rôle du Comité régional olympique, la campagne de marketing social de Santé publique France, les Plans régionaux santé environnement et santé au travail, la Conférence régionale du sport, la dynamique des 1000 premiers jours, les Projets alimentaires de territoire, le Comité régional de lutte contre la précarité alimentaire ...

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Construction d'une méthodologie de recueil des données de surpoids et d'obésité dans le cadre des visites médicales à l'école (PMI pour les 3-4 ans et Éducation nationale pour les 6 ans)
2024	Dans le cadre de la dynamique Terre de Jeux 2024, impulser les actions de renforcement de la pratique d'activité physique chez les enfants et les adolescents



6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 3 ANS	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de structures ou territoires portant un programme probant centré sur l'activité physique à destination des enfants et des jeunes déployés en région (en cumulé)	0 (2021)	12	30
2	Nombre de bénéficiaires orientés par les maisons sport-santé vers une pratique de sport santé bien-être	297 (cumulé 2019 à 2021)	-	Progression de 5%/an

b) Indicateur de résultat :

- Briser la courbe de croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de moins de 6 ans.



DIABÈTE, HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET OBÉSITÉ

Objectif opérationnel n°40 : Construire des parcours Obésité, Hypertension artérielle et Diabète explicites et gradués répondant aux besoins des territoires

1. Situation actuelle

La région Centre-Val de Loire enregistre chaque année en moyenne 11 000 nouvelles prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) pour diabète de type 1 et 2. Ce taux significativement supérieur à la France métropolitaine se double d'une surmortalité par diabète observée à l'est et au sud de la région. En outre, 1000 enfants environ sont suivis pour un diabète de type 1 par les équipes hospitalières. Ce nombre augmente depuis dix ans et les études scientifiques internationales prévoient une hausse importante d'ici à 2040.

Les acteurs sont nombreux à intervenir dans la prévention, le repérage, le dépistage et la prise en charge du diabète et de l'obésité. Des actions multiples sont déjà conduites en région, qu'il sera nécessaire de continuer à accompagner. Les structures d'exercice coordonné portent des actions autour du repérage et du dépistage du diabète, du surpoids et de l'obésité, du suivi et de la coordination des parcours de soins. Les acteurs du sport-santé et de l'éducation thérapeutique du patient interviennent à différents niveaux de l'évolution des pathologies. Concernant l'obésité, des acteurs clés comme les deux centres spécialisés dans l'obésité et les services médicaux de réadaptation interviennent dans la prise en charge et le suivi des cas complexes. Enfin, le constat actuel est que le parcours de soins dédié à l'HTA en Centre-Val de Loire pourrait être amélioré.

Chiffres clés

136 875 personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) pour diabète de type 1 et 2 en Centre-Val de Loire en 2019

2. Enjeux

Mieux accompagner les personnes en situation d'obésité, d'hypertension artérielle ou de diabète. On constate parfois un décalage entre l'offre et la demande (par exemple, des places pour enfants dans les Soins de suite et réadaptation – SSR restent vides car l'offre ne répond pas aux besoins ou à l'acceptation des familles). Il existe peu d'offres spécifiques d'activité physique adaptée en ambulatoire pour les enfants/adolescents présentant une obésité sévère. Beaucoup de programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) sont consacrés aux pathologies métaboliques. L'enjeu est de renforcer la qualité de ces programmes, de veiller à leur cohérence et à la répartition de l'offre territoriale. Le diabète et l'obésité étant des comorbidités, les programmes développant une approche pluri-pathologies doivent être davantage développés.

Les représentants des patients rapportent que les termes de diabète et d'obésité sont souvent difficiles à entendre pour les personnes concernées. La façon dont un professionnel de santé annonce le diagnostic au patient influe sur sa compréhension de la maladie et ses capacités à prendre en main sa maladie. Par ailleurs, le dépistage du diabète est souvent sous-estimé par le médecin traitant (la réalité des pratiques s'écarte sensiblement des recommandations de la Haute Autorité de santé - HAS), ce qui implique des découvertes tardives. Les messages et les modalités de prise en charge diffèrent parfois d'un professionnel à l'autre, ce qui brouille la compréhension du patient.

Concernant le diabète de type 1, des enjeux psycho-sociaux importants existent autour de l'annonce de la maladie chronique aux parents et à l'enfant en âge de comprendre. Un point de rupture est clairement identifié par les professionnels de santé lors de la transition de prise en charge entre la pédiatrie et l'âge



adulte. Tous ces jeunes patients doivent atteindre l'âge adulte avec un niveau d'autonomie suffisant face aux soins et au suivi nécessaire de la maladie (l'hyperglycémie chronique) la plus pourvoyeuse de complications cardiovasculaires après 45 ans.

Les données de santé de la région concernant l'HTA sont mal connues et peu explorées. Il n'existe pas de registre d'analyse des chiffres tensionnels de la population fiable, ce qui rend difficile l'évaluation de l'impact des mesures. La filière régionale HTA s'appuie sur le maillage territorial, s'étendant de la médecine générale comme premier recours (premier motif de consultation de médecine générale) à des centres européens d'excellence d'HTA, dont fait partie le service de néphrologie du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours. Actuellement, la majorité des patients sont diagnostiqués et pris en charge par les médecins généralistes. Les prises en charge très complexes ou compliquées peuvent être organisées dans des services spécifiques hospitaliers. Les missions des différents intervenants médicaux et paramédicaux de la région doivent être précisées. La démographie médicale de médecine générale pour 2023-2028 doit nous amener à optimiser les filières de prise en charge/dépistage de ce facteur de risque cardiovasculaire. Le développement de structures nouvelles, comme les Maisons sport-santé, les centres de santé de soins primaires et de dépistages, la délégation de tâche à d'autres corps de métier de la santé devraient aboutir à des actions rapides prioritaires, à mener dans un délai de cinq ans, pour augmenter le dépistage de l'HTA et le fléchage des patients dans un parcours dédié.

3. Description de l'objectif

Construire avec tous les acteurs et rendre lisibles dans chaque territoire (départemental ou infra-départemental) les parcours de santé proposés aux usagers en fonction de leur âge et de la sévérité de leur(s) pathologie(s). Il est par ailleurs nécessaire de considérer la place des patients dans une approche systémique et de rechercher une harmonisation des messages qui leur sont donnés afin d'améliorer leur orientation vers une prise en soin adaptée. Des actions centrées sur l'amélioration de la communication entre patients et professionnels de tous les milieux (santé, social, éducatif...) sont indispensables.

Améliorer la connaissance et l'information dans le domaine des facteurs de risques cardiovasculaires, via l'Observatoire régional des facteurs de risques cardiovasculaires.

4. Modalités de mise en œuvre

Construire une offre territoriale adaptée aux besoins (cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale)

- Identifier dans chaque territoire les acteurs ressources en capacité de connaître le maillage territorial et de coordonner l'ensemble des acteurs.
- Identifier les professionnels de santé et les établissements pouvant être coordinateurs de parcours complexes et mieux identifier, promouvoir et valoriser le rôle des Infirmiers en pratique avancée (IPA) et infirmiers « Action de santé libérale en équipe » (ASALEE) dans la coordination des parcours et l'ETP.
- Promouvoir la prescription de l'activité physique adaptée auprès des médecins et des patients en lien avec les maisons sport santé, mieux identifier l'offre (exemple le site sport-sante-centrevaldeloire.fr, annuaire des structures sportives pouvant accueillir des patients en ALD, ou avec facteurs de risque) et la renforcer si besoin pour les enfants et adolescents présentant une obésité sévère.
- Accompagner l'habilitation de Maisons Sport Santé dans les zones présentant une faible offre de soins.
- Encourager l'ensemble des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à avoir par département un représentant médecin généraliste référent et un IPA référent de l'HTA (cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale).



S'appuyer sur les démarches de parcours coordonnés en ambulatoire

- Accompagner le déploiement de « Mission : Retrouve ton cap » et des expérimentations régionales relevant de l'article 51 (GPSO, TIMEO, TOPASE) par la promotion et la présentation sur chaque territoire de l'offre globale, des spécificités des actions et de leur complémentarité (*cf. Chapitre 10 : Innovation organisationnelle en santé*).
- Encourager les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les CPTS à développer des actions sur le diabète et/ou l'obésité dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (*cf. Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale*).

Améliorer la qualité et la cohérence de l'offre ETP à destination des patients porteurs de diabète, HTA et/ou d'obésité sur chaque territoire (*cf. Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé*)

- Proposer plusieurs niveaux d'ETP gradués et explicites pour répondre aux besoins.
- Développer les Actions éducatives ciblées et personnalisées (AECF) et les programmes d'ETP sur les besoins de compétences des patients plutôt que sur les pathologies (programmes pluri-pathologies, programmes modulaires). Intégrer les problématiques liées à la vie affective et sexuelle des patients porteurs de diabète et/ou d'obésité dans les actions et les programmes d'éducation thérapeutique.

Permettre une communication harmonisée entre les patients et les professionnels de santé autour de l'HTA, du diabète et de l'obésité

- Sensibiliser et former les professionnels de santé à l'annonce du diagnostic et à la communication avec les patients sur ces maladies (consultation d'annonce), en formation initiale et en interdisciplinarité (*cf. Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé*).
- Former et outiller les patients pour faciliter la communication avec les soignants.
- Renforcer les liens avec les représentants des patients.
- Construire un réseau de professionnels (type Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité - Reppop).
- Investir l'outil Mon espace santé pour optimiser le partage d'informations entre les professionnels et les patients (*cf. Chapitre 9 : E-santé*).
- Communiquer à l'échelle régionale lors de la Journée mondiale de l'HTA.

Consolider le parcours de santé Obésité (*cf. Chapitre 8 : Offre de soins de référence et de recours*)

- Identifier les acteurs de la santé et du social, telles les Maisons des adolescents, qui concourent au repérage et à la prise en charge de l'obésité chez les enfants.
- Identifier un parcours de prise en charge des obésités infantiles selon les trois niveaux de recours.
- Faciliter la recherche des comorbidités par le médecin traitant par un bilan biomédical.
- Intégrer les champs bio-psycho-sociaux dans les actions à destination des personnes présentant une obésité.
- Anticiper les besoins d'accueil des publics âgés avec obésité : places et équipement en EHPAD, accompagnement des professionnels (*cf. Parcours « Personnes âgées »*).
- Organiser l'accès aux soins des grands obèses : transport bariatrique, équipe intervenant à domicile, adaptation des modalités de prise en charge



- Identifier un service médical de réadaptation répondant au cahier des charges « Obésité complexe ».

Optimiser la prise en charge du diabète de type 1 chez l'enfant

- Améliorer la transition pédiatrie-adulte en proposant des protocoles de transmission et de prise en charge ville-hôpital et en développant des AECF à destination des adolescents (cf. **Chapitre 5 : Offre de soins de proximité coordonnée : Parcours en population générale**).
- Structurer une communauté de pratiques avec les équipes de diabéto-pédiatrie de la région.
- Former les professionnels de santé et de la petite enfance et des parents ressources et/ou patients experts.

Optimiser la prise en charge de l'HTA

- Améliorer la connaissance régionale de l'HTA dans la population en se dotant d'un Observatoire régional de l'HTA.
- Inciter à la formation des professionnels de santé sur la prise en charge de l'HTA.
- Être force de représentation des hypertendus auprès des différents partenaires de l'ARS.
- Travailler sur la diversification du diagnostic de l'HTA par d'autres professions de santé.
- Mailler les départements en nommant un référent médical et IPA HTA.
- Accompagner l'expérimentation du projet d'ouverture d'Hôpital de jour dédié.
- Communiquer auprès des professions médicales et paramédicales sur la hotline HTA du CHU pour les prises en charge complexes ou compliquées.

Pour la réalisation de ces objectifs, seront sollicités les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des départements, les groupements hospitaliers de territoire, le pôle régional de ressources et d'expertise en ETP, les centres spécialisés de l'obésité, les Maisons sport-santé, les associations de patients, les établissements de santé, les CPAM, les porteurs d'expérimentations, le collégium Santé ainsi que les services diabéto-pédiatriques des centres hospitaliers. Les partenaires tels que les Contrats locaux de santé, l'Union régionale des professionnels de santé et les ordres professionnels devront également être associés. Il sera possible de s'appuyer sur des outils existants, qu'il conviendra éventuellement de consolider, notamment les sites internet régionaux tels qu'Obécentre, Prévaloir, Sport-Santé...

5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Prise en compte des orientations de la nouvelle feuille de route pour la prévention et la prise en charge de l'obésité
2023	Campagne de communication HTA sous l'impulsion de l'ARS
2023	Appel à candidature Référent médical HTA départemental
2024	Identifier dans chaque territoire un acteur ressource en capacité de coordonner l'offre territoriale
2024	Présenter et promouvoir dans chaque territoire les dispositifs de parcours coordonnés existants
2024	Déploiement du projet de <i>serious game</i> « COM' un JE », financé par l'appel à projet e-santé et destiné à former à la communication entre professionnels et patients



6. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 3 ANS	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de bénéficiaires du dispositif Mission Retrouve Ton Cap	14	En cours	56
2	Nombre d'utilisateurs du serious game « COM' un Je »	0	En cours	6000 patients 800 ps

b) Indicateur de résultat :

- Disposer sur chaque territoire d'un parcours de santé obésité-HTA-diabète complet et coordonné couvrant toutes les tranches d'âge.



CANCER

Introduction

Le cancer est la première cause de mortalité en Centre-Val de Loire et la troisième cause la plus fréquente de décès d'une Affection de longue durée (ALD). Une surmortalité touchant les cancers les plus fréquents (côlon/rectum, prostate), les hommes et le sud de la région (le Berry) révèle en outre les inégalités existantes face à cette maladie. Les causes sont multiples :

- Une population plus fragile du fait de son âge, de la répartition de ses catégories socioprofessionnelles et de son exposition à certains facteurs de risque.
- Des difficultés d'accès au diagnostic en lien avec une raréfaction des professionnels de santé et probablement la configuration de l'offre.
- Des difficultés de parcours, notamment pour les soins de support.

Au-delà de la mortalité, deux tiers des patients vont souffrir de séquelles de leur maladie ou de leur traitement, entraînant des répercussions sur leur qualité de vie et leur santé⁴⁷.

Si les mesures de prévention paraissent indispensables (près de 40 % des cancers sont liés au mode de vie et à l'environnement) pour ne pas surcharger un système dans lequel le temps soignant se réduit, elles dépassent la cancérologie, les facteurs de risque étant souvent à l'origine de plusieurs autres pathologies. Ce chapitre débute donc à la suspicion de cancer et l'accès au diagnostic pour les cancers soumis au dépistage organisé, les mesures générales de prévention étant traitées dans le chapitre Prévention (*cf. Chapitre 1 : Prévention - Promotion de la santé*) ou Diabète, hypertension artérielle, obésité (*cf. Parcours spécifique Diabète, hypertension artérielle et obésité*). Il synthétise les axes prioritaires de la feuille de route régionale et les complète à travers l'objectif d'améliorer le parcours du patient, de ses proches et de ses aidants, tout en tirant les conséquences de la réforme des autorisations en cancérologie. L'enjeu est de garantir à tous une prise en charge optimale et sa continuité, y compris en période de permanence des soins.

La feuille de route régionale de lutte contre le cancer en Centre-Val de Loire 2022-2025 décline ainsi l'ensemble des objectifs de la stratégie nationale de lutte contre le cancer établie par l'Institut national du cancer (INCa), soit :

- Poursuivre les actions de prévention.
- Améliorer les filières de prise en charge des patients atteints de cancer, leur visibilité et leur coordination.
- Mieux dépister les fragilités pour mieux les prendre en charge.
- Développer largement l'activité physique adaptée et la prise en charge nutritionnelle.
- Améliorer le soutien aux aidants.

⁴⁷ La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, INCa, juin 2018 : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-Rapport>



Objectif opérationnel n°41 : Améliorer le parcours du patient atteint de cancer, de ses proches et de ses aidants

1. Situation actuelle

Le diagnostic établi en Centre-Val de Loire met en évidence des difficultés de parcours :

- Possibles difficultés d'accès au diagnostic du cancer, malgré des taux de dépistage au-dessus de la moyenne nationale, pouvant donner lieu à l'errance des patients.
- Délais thérapeutiques allongés, notamment par manque d'accès à la biologie moléculaire.
- Difficultés de parcours se traduisant également par des taux de fuite importants au niveau des départements et de la région, surtout dans le Cher et l'Indre.
- Inégalités d'accès aux différents pans de la prise en charge (soins de support, soins palliatifs, évaluations gériatriques personnalisées, douleur...).
- Dispositifs d'accélération de la prise en charge trop peu nombreux et manquant de visibilité.
- Conditions de sortie d'hospitalisation non optimales du fait de l'absence de Soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés et d'un défaut de partage de l'information pertinente entre les différents acteurs de la prise en charge.

Les dispositifs de coordination et les équipes se sont cependant étoffés ces dernières années, comme les mesures d'aide à destination des proches et des aidants.

2. Enjeux

Réduire la mortalité par cancer, malgré une démographie des professionnels de santé défavorable.

Réduire l'impact du cancer sur la qualité de vie du patient, de ses proches et de ses aidants.

Optimiser la mobilisation de l'ensemble des acteurs nécessaires autour du patient, de ses proches et de ses aidants, en améliorant la communication et la circulation d'information.

Coordonner les différents dispositifs existants, de manière à accompagner les parcours de la phase diagnostique (incluant le dépistage) jusqu'à l'après-cancer (soins palliatifs, décès ou reprise de l'activité).

3. Description de l'objectif

Améliorer l'accès au diagnostic :

- Augmenter le taux de découverte par dépistage des cancers soumis à dépistage organisé et/ou individuel, notamment par l'augmentation de la participation aux dépistages organisés.
- Diminuer le taux de découverte en stade tardif pour les quatre cancers de mauvais pronostic identifiés comme les plus pertinents en Centre-Val de Loire (poumon, pancréas, foie, œsophage).

L'accès à l'imagerie sera développé grâce à l'inscription des titulaires d'autorisation dans des filières de soins et des projets médicaux territoriaux (voir fiche OQOS dédiée).

Améliorer les parcours pendant le traitement :

- Etoffer les solutions alternatives au maintien d'une hospitalisation conventionnelle en oncologie dont le recours à l'hospitalisation à domicile pour les traitements médicamenteux– et une offre en Soins Médicaux et de Réadaptation mention Oncologie ou Onco-hématologie



- Développer la sécurité de l'administration à domicile des TMS (Traitement médicamenteux systémique du cancer)
- S'assurer de la transmission de nouveau diagnostic, nouvelles thérapeutiques, points de vigilance, etc. à un référent de soins primaires et aux autres acteurs de la prise en charge pour 100 % des patients.
- Dépister la fragilité et évaluer les besoins en soins de support (réglementaire à partir de 2023) et soins palliatifs pour 100 % des patients.
- Intégrer le soutien aux proches et aux aidants pour l'ensemble des patients et tout au long du parcours.

4. Modalités de mise en œuvre

Il est déjà prévu de :

- Développer l'éducation thérapeutique du patient.
- Améliorer les conditions d'adressage et de prise de rendez-vous.
- Améliorer la coordination en simplifiant les outils numériques et en multipliant les échanges entre outils, en s'appuyant sur le Dossier communicant de cancérologie (DCC) ou autre outil pertinent, et s'assurer que l'information circule jusqu'à chacun des interlocuteurs.
- Diffuser les bonnes pratiques de lien précoce avec les équipes de soins palliatifs déjà développées en Indre-et-Loire.
- Consolider les dispositifs d'annonce à travers le partage de bonnes pratiques.
- Développer le suivi connecté à domicile, à la suite de l'étude FASTOCH menée en Centre-Val de Loire.

En complément, il conviendra de :

- S'assurer que la réglementation est appliquée, que chaque patient bénéficie bien d'un passage par chaque étape obligatoire, dont une consultation d'annonce de qualité, d'un parcours de soins anticipé et d'une transmission des informations à lui-même et à son médecin traitant, et que les circuits courts de prise en charge des situations urgentes sont bien identifiés et mis en place (par exemple, les circuits courts pour micronodules pulmonaires ou suspicion de tumeur pancréatique dans le Loiret).
- S'assurer que chaque étape du parcours est coordonnée par une équipe référente centralisant les informations, joignable par tout intervenant, et que les informations circulent bien d'une équipe à l'autre, et mailler le territoire si besoin en infirmières de coordination.
- Développer la pré-habilitation et la réhabilitation au-delà des modalités prévues dans la feuille de route.
- S'assurer de la création de SMR spécialisés en oncologie et/ou oncohématologie.



5. Échéances intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	État de lieux et diagnostic complémentaire Réévaluation des besoins pour appliquer la réglementation concernant le parcours optimal du patient atteint de cancer Diagnostic du besoin en professionnels de la coordination Évaluation des possibilités de renforcement des parcours par l'adaptation des financements actuels Cartographie des solutions de pré-habilitation et réhabilitation en complément de la feuille de route
2024-2026	Déploiement des dispositifs et solutions, accompagnement du changement
2027	Évaluation

6. Modalités d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

Dans le cadre du suivi de la stratégie décennale de lutte contre le cancer, des indicateurs ont été mis en place, dont certains seront communiqués annuellement par l'INCa. Tous n'ont pas été repris ici.

Actions	N°	Intitulé indicateur	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS	Porteur
Augmenter le taux de découverte par dépistage des cancers soumis à dépistage organisé et/ou individuel notamment dont l'augmentation de la participation aux dépistages organisés	1	Ratio moyen d'atteinte de la cible pour les dépistages sein et colon rectum	0,79	0,9	1	CRCDC
	2	Proportion de découverte des cancers sur manifestations cliniques	83%	75%	70%	Oncocentre
Qualité des parcours	3	Amélioration de la qualité de la prise en charge : Atteinte des cibles d'indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) de prise en charge des cancers qui existent pour 100 % des établissements autorisés.	Entre 30 et 50%	70%	100%	ARS

b) Indicateurs de résultat :

- Taux standardisé de mortalité par cancer
- Morbidité hospitalière liée au cancer



CANCER

Objectif opérationnel n°42 : Proposer des parcours gradués répondant aux besoins du territoire et aux critères de qualité des prises en charge

1. Situation actuelle

L'arrêt des procédures de suspension/retrait d'autorisations en rapport avec les seuils à partir de 2020 ne permet pas de rendre compte de la fragilisation de nombreuses autorisations. Ainsi, le bilan du précédent PRS établi en septembre 2022 fait état d'un total de 10 implantations en deçà des objectifs sur le territoire concernant l'ensemble des modalités de traitement du cancer.

Les taux de fuite par département reflètent les inégalités territoriales d'accès aux soins. La réforme des autorisations n'a que peu d'impact sur le maillage territorial pour les modalités de traitement médicamenteux systémique du cancer ou de radiothérapie, qui semble répondre aux besoins des patients de la région. A contrario, elle impacte très fortement l'activité de chirurgie oncologique par le mécanisme des seuils, fragilisant une offre dispersée qui ne couvre déjà pas les besoins sur certains territoires.

Peu de données sont disponibles concernant l'accès aux soins de support mais les constats partagés révèlent des inégalités d'accès territoriales, de genre, liées à la pathologie et au primo-traitement. L'accès à la prise en charge de la douleur et la prise en charge palliative est aussi inégal sur le territoire.

Enfin, le nombre d'évaluations gériatriques personnalisées réalisées est inférieur à ce que l'on pourrait attendre de la démographie régionale.

Chiffres clés

De 5,17 % (Indre-et-Loire) à 86,1 % (Indre) : variation du taux de fuite par département des habitants du Centre-Val de Loire atteints d'un cancer, selon les modalités du traitement

De 20,37 % à 25,59 % : taux de fuite extrarégionale des adultes en chirurgie oncologique selon les séjours⁴⁸

2. Enjeux

Garantir une offre couvrant le besoin des populations et sécuriser sa pérennité, en proposant un schéma régional. Dans un contexte de réforme des autorisations, il est nécessaire de s'assurer du maintien d'une offre de proximité et de la capacité des établissements de recours à assurer leur mission dans des délais compatibles avec une prise en charge de qualité. Face aux taux de fuite importants concernant le traitement du cancer, qui fragilisent cette offre, il convient également d'accroître son attractivité pour les patients.

Améliorer l'accès aux prises en charge du cancer non soumises à autorisation. Pour se mettre en conformité avec les critères de qualité, l'accès à l'ensemble des soins non curatifs du cancer doit être développé et facilité.

3. Description de l'objectif

Proposer des parcours gradués répondant aux besoins du territoire et aux critères de qualité des prises en charge :

- Réduire les taux de fuite de moitié en extrarégional et dans chaque département.

⁴⁸ Source : Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)



- Maintenir une offre de proximité pour les cancers et les prises en charge les plus fréquentes.
- Atteindre 100 % des parcours identifiés pour les activités avec autorisation graduée.
- Augmenter le recours aux soins de support et supprimer les zones n'y ayant pas accès.
- Améliorer l'accès aux consultations d'oncogériatrie.
- Réduire les délais de prise en charge de la douleur.
- Introduire la prise en charge palliative précoce.

Quand l'offre couvre le besoin, elle sera maintenue telle quelle. La fiche OQOS en traitement du cancer détaille les attendus par territoire de santé. Le développement de la radiologie interventionnelle est une volonté forte de l'ARS pour proposer aux patients une alternative supplémentaire dans l'arsenal thérapeutique contre le cancer.

4. Modalités de mise en œuvre

Elles s'appuieront sur la mise en conformité avec les décrets concernant l'autorisation de traitement du cancer. Un travail sera mené dans chaque territoire et par filière pour s'assurer que les patients bénéficient d'un parcours de soins identifié et formalisé, incluant la sensibilisation des acteurs du dispositif d'annonce à l'utilisation systématique de la grille d'évaluation des besoins en soins de support et à la proposition d'un soutien aux proches et aux aidants.

Dans le cadre de la feuille de route régionale, il est prévu :

- La mise à jour de l'annuaire des soins de support et sa mise à disposition par Oncocentre pour les patients et les acteurs de la cancérologie.
- La promotion et le développement de l'activité physique adaptée et de la prise en charge nutritionnelle, en développant les initiatives menées en Indre-et-Loire.
- Le partage des bonnes pratiques concernant les liens précoces avec les équipes de soins palliatifs.
- Le développement de l'accès aux consultations d'oncogériatrie à travers de nouvelles modalités organisationnelles.

En complément :

- Le panier de soins de support pris en charge dans le cadre d'un accord cadre sera revu.
- Les Infirmiers de pratique avancée (IPA) en oncologie pourront être formés à la prise en charge de la douleur et/ou aux soins palliatifs afin d'accélérer ces soins pour les patients le nécessitant.

Les différentes actions seront menées grâce à l'implication :

- Des Centres de coordination en cancérologie (3C), dont la fusion est encouragée afin que leur fonctionnement vienne en miroir des filières territoriales et de leur gradation, de la qualité des prises en charge.
- D'Oncocentre, qui offrira une vision régionale pour toutes les filières le nécessitant.



5. Échéances Intermédiaires

Année	Intitulé action
2023	Travail sur les filières de soins par localisation anatomique, échanges départementaux sur les impacts possibles de la réforme et du PRS tel que présenté dans son projet
2024	Attribution des autorisations
2024-2026	Accompagnement des titulaires pour remplir les conditions d'implantation et atteindre les seuils requis, consolidation des filières et de l'offre en soins de support
2027	Évaluation

6. Modalités d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

1. « Actions »	N°	Intitulé indicateur	Dernière valeur connue	Valeur cible intermédiaire	Valeur cible à 5 ans
Réduire les taux de fuite de moitié	1	Ratio taux de fuite PMSI par modalité région, département 2021/2027	1	0,7	0,5
Maintenir une offre de proximité pour les cancers et les prises en charge les plus fréquentes	2	Part des nouvelles implantations OQOS cancers effectivement mises en œuvre ^{49*}	0%	-	100%

b) Indicateurs d'impact :

- Taux de prise en charge à des stades tardifs

⁴⁹ nouvelles implantation suite au changement du régime des autorisations en cancérologie



MALADIES NEURO- CARDIO-VASCULAIRES

Introduction

En France, les pathologies cardio-vasculaires sont la deuxième cause de décès après les cancers, avec plus de 140 000 morts chaque année, mais elles sont la première cause de décès chez les femmes tous âges confondus et chez les personnes âgées. Elles sont aussi une cause importante de maladies précoces. Le nombre de personnes atteintes de maladie cardiovasculaire augmente avec le vieillissement de la population, et de fortes inégalités sociales et territoriales persistent. La mortalité est plus élevée dans les populations aux conditions socio-économiques défavorables. La Stratégie nationale de santé (SNS) et le Plan national de santé publique « Priorité prévention » affirment la priorité à la prévention et à la lutte contre les inégalités de santé. Ils donnent le cadre de la prévention des maladies cardio-neurovasculaires, en trois dimensions :

- Promotion de la santé en population générale : faciliter des habitudes de vie saines dans tous les milieux et tout au long de la vie (*cf. Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé*)
- Repérage et réduction du risque cardiovasculaire des personnes à risque dans les soins de premier recours (*cf. FDR CV, et Parcours « Personnes âgées »*)
- Recours aux soins d'urgences des accidents cardio-neurovasculaires aigus.

Ce chapitre traite de ce dernier point en décrivant 3 parcours de soins dans une logique de prévalence et de mutualisation des forces. Trois parcours de soins neurocardiovasculaires ont été priorisés :

- L'Accident vasculaire cérébral (AVC),
- L'insuffisance cardiaque (IC)
- Le syndrome coronarien aigu et chronique (SCA/SCC)

Objectif opérationnel n°43 : Améliorer l'accès aux soins neuro-vasculaires en phase aigüe d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

1. Situation actuelle

En Centre-Val de Loire, moins de 50 % des patients atteints d'Accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique ou hémorragique accèdent à une prise en charge adaptée en Unité neuro-vasculaire (UNV) et moins de 15 % des AVC ischémiques donnent lieu à des traitements de revascularisation précoce. Or ces prises en charge spécialisées ont démontré leur efficacité en permettant d'augmenter les chances de survie sans dépendance. À ce jour, la région possède 5 UNV, totalisant 26 lits de soins intensifs neuro-vasculaires, 60 lits d'hospitalisation en UNV post-soins intensifs et 1 centre de thrombectomie mécanique (TM). Une prise en charge d'urgence neuro-vasculaire peut être réalisée via télé-AVC de façon opérationnelle dans deux sites dépourvus d'UNV, dont un seul 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Actuellement, les UNV de la région fonctionnent à flux tendu, sans pouvoir prendre en charge une proportion satisfaisante de patients victimes d'AVC. Ces difficultés sont liées au déficit de places dans ces unités spécialisées et à un maillage territorial présentant des manques. Tout ceci dans un contexte de fragilisation des ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement de la filière. Cette tendance ne fera que s'aggraver dans les cinq prochaines années : d'une part, en raison du vieillissement de la population régionale (+ 100 000 personnes de plus de 65 ans en 5 ans), sachant que l'âge est un facteur de risque d'AVC ; d'autre part, du fait de l'augmentation de l'incidence de l'AVC chez les patients plus jeunes (+ 20 % ces 10 dernières années).

Chiffres clés

Plus de 4 500 patients atteints d'AVC ischémique ou hémorragique chaque année en Centre-Val de Loire



3 AVC sur 4 surviennent chez des personnes âgées de plus de 65 ans

2. Enjeux

Améliorer le parcours entier du patient victime d'AVC, en considérant à la fois les recommandations des sociétés savantes, qui peinent à être mises en application depuis le plan AVC 2010-2014, et les avancées plus récentes en termes de prise en charge, comme la thrombectomie mécanique (TM) dans l'AVC ischémique avec atteinte de gros troncs artériels ou la réduction de la tension artérielle en phase aigüe dans l'AVC hémorragique.

3. Description de l'objectif

Prendre en charge en UNV l'ensemble des patients victimes d'AVC, le plus précocement possible. Pour cela :

- La mise en place d'actions de prévention primaire au sein de la population générale a une importance primordiale et ce, même chez les plus jeunes. La prévention primaire dépend d'acteurs multiples et agit sur les habitudes de vie : hygiène alimentaire et physique, lutte contre la sédentarité (temps passé devant les écrans, mobilités quotidiennes), lutte contre les addictions et les toxiques...
- L'information constante de la population sur les signes d'alerte évoquant un AVC et la nécessité immédiate d'appeler le 15 doit se poursuivre, ainsi que la bonne prise en charge des facteurs de risques cliniques (Hypertension artérielle - HTA, diabète, dyslipidémie, obésité...).
- La rapidité de prise en charge par un transport primaire, mais également secondaire, inter-hospitalier doit être une priorité pour réorienter au plus vite les patients dans le parcours optimal, mais aussi pour faire accéder le plus rapidement possible le patient à une UNV de recours disposant d'une TM lorsqu'il est pris en charge dans une UNV de proximité qui en est dépourvue.
- L'accès à l'imagerie cérébrale, autant que possible par IRM cérébrale et, à défaut, par scanner cérébral avec les séquences adaptées (y compris les séquences de perfusion), doit pouvoir se faire en urgence immédiate pour toute suspicion d'AVC dans les délais de revascularisation et en urgence relative pour l'ensemble des patients suspects d'AVC. Pour améliorer la qualité des soins, une interprétation centralisée par des neuroradiologues des imageries cérébrales d'urgence vasculaire, notamment hors heures ouvrables, pourrait être mise en place.
- Afin de permettre de prendre en charge 90 % des patients victimes d'AVC en UNV et d'augmenter la proportion de patients bénéficiant d'une procédure de revascularisation en urgence, il est nécessaire d'augmenter la capacité d'accueil en Unités de soins intensifs neuro-vasculaires (USINV) de la région. Les capacités d'accueil dans les lits d'aval de l'USINV (ou lits d'UNV non SI) doivent augmenter par conséquent et le maillage territorial devra tendre à se resserrer pour diminuer les délais de prise en charge.
- Une réflexion spécifique, avec des parcours adaptés, doit avoir lieu pour les âges extrêmes de la vie.
- Les accidents ischémiques transitoires doivent disposer d'une prise en charge rapide et optimisée, afin de limiter au maximum le risque de survenue d'un AVC ischémique constitué.

4. Modalités de mise en œuvre

Plusieurs leviers peuvent être mis en place :

- Une campagne d'information du grand public et des professionnels en contact avec les patients (ambulanciers, pompiers, etc.) via les animateurs de filières dans chaque territoire, en coopération éventuelle avec les associations de patients, etc.



- L'optimisation des transports, avec notamment le développement des Transports infirmiers inter-hospitaliers (T2IH) ou autres formes de transports non médicalisés.
- L'augmentation du nombre de lits de soins intensifs neurovasculaires : pour les unités existantes, en fonction de leur activité de recours ou non, de leur bassin de population et des ressources humaines disponibles ; une réflexion devra également être menée pour l'implantation de nouvelles USINV et d'unités dédiées aux AVC possiblement délocalisées des USINV, mais en partenariat avec celles-ci.
- L'implantation d'un centre de radiologie interventionnelle de mention A permettant la réalisation de thrombectomie mécanique en urgence.
- Le déploiement du télé-AVC et de la téléexpertise neurovasculaire de façon intermédiaire, pour pallier les manques et resserrer le maillage. Le télé-AVC a été redéployé 365 jours par an, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 entre l'UNV de Tours et celle de Châteauroux dans l'Indre, Groupement hospitalier de territoire (GHT) ne possédant pas d'UNV. Ce déploiement reste à consolider pour poursuivre l'amélioration et la rapidité des prises en charge. Le télé-AVC est également déployé dans le Loir-et-Cher au Centre hospitalier de Blois, en lien avec l'UNV du CHRU de Tours.

Dans ces deux GHT, l'implantation du télé-AVC apparaît comme une étape intermédiaire vers la création d'unités dédiées aux AVC puis d'UNV à part entière si les ressources humaines le permettent, sans fragiliser les UNV déjà existantes. Enfin, d'autres zones d'implantation du télé-AVC sont souhaitables afin de faire accéder plus rapidement la population à une expertise neurovasculaire et donc à un traitement de revascularisation si nécessaire. C'est le cas par exemple pour le CH de Montargis, dont le déploiement est en cours en lien avec l'UNV d'Orléans.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateurs de pilotage :*

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de lits de soins intensifs neuro-vasculaires	26	30	42
2	Nombres de lit dédiés AVC post SI	60	80	125
3	Pourcentage de patients victimes d'AVC ischémiques et/ou hémorragiques pris en charge en UNV	48%	70%	90%



MALADIES NEURO- CARDIO-VASCULAIRES

Objectif opérationnel n°44 : Limiter les conséquences de l'AVC et proposer aux patients une offre de soins adaptée tout au long de leurs parcours de vie

1. Situation actuelle

Les patients victimes d'AVC, avec des séquelles plus ou moins lourdes, doivent bénéficier d'une prise en charge spécifique, qui doit être réalisée précocement, de façon adaptée et personnalisée, et parfois poursuivie tout au long de leur vie. Si l'offre de soins post-AVC en Centre-Val de Loire est diversifiée (ambulatoire, sanitaire et médico-sociale), elle reste inégalement répartie sur le territoire, avec des difficultés d'accès fréquentes. En effet, les personnes victimes d'AVC sont souvent admises tardivement dans les structures d'aval, du fait de leur saturation multifactorielle. Le recours aux établissements de Soins médicaux et de réadaptation (SMR) diffère selon les départements et les patients nécessitant des soins lourds y sont difficilement admis. Un certain nombre de patients n'ont en outre pas de médecin traitant ni d'accès facile aux soignants et rééducateurs libéraux. Enfin, les patients les plus complexes (sur le plan médical ou social) et/ou vieillissants ont beaucoup de difficulté à trouver un hébergement dans les établissements médico-sociaux alors que leur projet de vie le nécessite. À chaque fois, ce sont autant de pertes de chances pour les patients.

2. Enjeux

Faire en sorte que chaque patient ayant subi un AVC, avec déficiences résiduelles ou non, puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée à ses besoins à chaque étape de sa vie, afin de réduire l'impact de sa maladie sur les plans fonctionnel, socio-professionnel et familial.

La structuration et la gradation de toutes les offres de soins d'aval dédiées aux personnes victimes d'AVC doivent être repensées afin que la région puisse disposer des équipements et ressources nécessaires à leur prise en charge en post-AVC, que ce soit pour la poursuivre au plus proche de leur lieu de vie ou pour accéder à une expertise de niveau régional.

Si les offres existantes pour la prise en charge du post-AVC sont diversifiées, certaines sont encore récentes et peu connues, telles que les consultations d'évaluation pluri-professionnelle post-AVC, les équipes mobiles MPR d'expertise et de coordination, le PRADO AVC, etc.

Une meilleure coordination et une plus grande synergie entre ces structures ou dispositifs par les professionnels de santé prenant en charge les patients en post-AVC sont nécessaires afin d'adapter, d'optimiser et de personnaliser au mieux le suivi des patients gardant des déficiences résiduelles, au plus près de leurs besoins.

Le contexte actuel de fragilisation des ressources humaines impose aux professionnels de santé de réfléchir à la pertinence de chaque orientation, chaque séjour et de chercher autant que possible à proposer aux personnes victimes d'AVC des parcours gradués et modulaires, sollicitant toutes les solutions disponibles.

3. Description de l'objectif

Faire de la réadaptation, la prévention secondaire et la réinsertion, en plus du suivi médical, les bases de la prise en charge des personnes ayant été victimes d'un AVC, une fois terminée la prise en charge en aigu. Ainsi, afin de garantir le bon suivi des patients, leur orientation vers le bon dispositif ou la bonne structure au bon moment, trois principaux leviers existent :

- Pour les patients avec séquelles, une orientation précoce selon les besoins, soit vers le SMR le plus adapté, soit vers l'Hospitalisation à domicile mention Réadaptation (HAD-R).



- L'accès à une consultation d'évaluation pluri-professionnelle post-AVC pour la plupart des patients.
- Le suivi par un médecin traitant pour tous les patients AVC.

4. Modalités de mise en œuvre

Garantir que le patient obtienne un RDV chez un médecin traitant, après une sortie de court séjour ou de SMR, dans un délai maximum de 7 jours. Il est fondamental que le suivi sur le long terme se poursuive, assuré soit par le médecin traitant, soit par un Infirmier de pratique avancée (IPA). Pour cette action, le rôle du dispositif PRADO AVC et les missions dévolues aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont à renforcer.

Mettre en place des actions permettant de lutter contre le risque de récurrence :

- Création et promotion de programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) pour des mesures de prévention secondaire, portés par les professionnels de ville ou d'établissements.
- Augmentation du nombre de patients AVC bénéficiant d'une consultation d'évaluation pluri-professionnelle post-AVC dans l'année qui suit l'AVC.

Optimiser les orientations en SMR :

- En améliorant les délais d'admission en SMR.
- En veillant à un équipement suffisant en SMR avec les mentions Neurologie, Gériatrie et Polyvalent dans chaque territoire.
- En s'assurant que tout patient le nécessitant ait accès à un plateau technique spécialisé et/ou des activités d'expertise.

Diversifier l'offre sanitaire ambulatoire pour la prise en charge des patients avec des déficiences mais ne nécessitant pas un hébergement :

- Couverture régionale par l'activité de soins d'HAD, mention Réadaptation, complétant ainsi l'offre de soins pour les patients AVC.
- Promotion de l'orientation des patients AVC vers les équipes mobiles MPR autant que de besoin.

Créer des places d'hébergement en établissements médico-sociaux pour les patients avec handicaps lourds résiduels (de type soins de nursing lourds, soins médicotéchniques importants ou troubles cognitivo-comportementaux invalidants) et/ou vieillissants.

Renforcer les mesures d'accompagnement des aidants par l'évaluation systématique de la charge de l'accompagnant et des propositions de solutions adaptées à chaque situation singulière.

Mettre en place une politique territoriale portée par les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), chaque territoire décrivant un parcours patient AVC inscrit dans son Projet médical partagé et opérationnel.

Améliorer la lisibilité de la totalité des offres (ambulatoires, sanitaires et médico-sociales) auprès de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge de l'AVC.



5. Modalités de suivi et d'évaluation

Indicateurs de pilotage :

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE Au 31/12/22	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE 2025	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Part des UNV et/ou SSR Neuro proposant une consultation pluri-professionnelle post AVC	9	14	19
2	Nombre de patients bénéficiant d'une consultation pluri- professionnelle post AVC / an	311	1500	≥3600



MALADIES NEURO- CARDIO-VASCULAIRES

Objectif opérationnel n°45 : Lutter contre l'insuffisance cardiaque

1. Situation actuelle

L'Insuffisance cardiaque (IC) est une pathologie grave, principalement de la personne âgée (79 ans en moyenne), mais pas seulement. 25 % des patients sortant d'hospitalisation ne connaissent pas leur diagnostic.

Les progrès thérapeutiques de ces dernières années offrent de formidables perspectives pour la population âgée dépendante, mais aussi pour les personnes insuffisantes cardiaques autonomes avec notamment des possibilités de greffe cardiaque. Des indicateurs précis de suivis sont déjà en place et des objectifs ambitieux de diminution de la morbidité peuvent être fixés à 5 ans.

Chiffres clés

22 % des patients insuffisants cardiaques (IC) en Centre-Val de Loire sont réhospitalisés à 1 mois et 63 % à un an.

40 % des patients insuffisants cardiaques meurent dans les deux années suivant leur premier épisode de décompensation cardiaque.

2. Enjeux

Réduire le nombre de réhospitalisations des patients insuffisants cardiaques. Il a été démontré qu'une titration médicamenteuse optimisée diminue le taux de réhospitalisation à 6 mois. Une approche pragmatique semble essentielle. Un projet d'éducation, d'information et de suivi par un Infirmier de pratique avancée (IPA) des patients hospitalisés dans les services de cardiologie diminuerait les réhospitalisations itératives et ciblerait plus précocement les patients potentiellement éligibles.

3. Description de l'objectif

Améliorer la prévention de l'IC, sa prise en charge et l'accès à la greffe cardiaque dans l'IC terminale.

Prévention de l'Insuffisance cardiaque (IC) :

- Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire (patient, maladie coronarienne, athérosclérose périphérique, néphropathie, diabète, obésité, hypertension artérielle - HTA, ntproBNP élevé, rétinopathie) (**cf. Parcours Diabète, hypertension artérielle et obésité**). Communiquer à l'échelle régionale sur les règles hygiéno-diététiques, notamment la consommation de sel dans l'alimentation.
- Accès aux données de santé IC, en améliorant la structuration des systèmes d'information au plan régional, en améliorant et en rationalisant les systèmes de communication et de coordination territoriaux (**cf. Chapitre 9 : E-santé**).

Prise en charge de l'IC :

- Optimisation des parcours autour de filières territoriales, afin de s'ajuster au mieux aux besoins des patients et des ressources disponibles, notamment le maillage territorial de l'ambulatoire.
- Amélioration de l'accès aux Soins médicaux et de réadaptation (SMR) Cardiologie.

Accès à la greffe cardiaque : cet objectif repose sur la promotion et l'amélioration de l'accès à la greffe cardiaque (**cf. OQOS**).



4. Modalités de mise en œuvre

Amélioration du dépistage précoce de l'IC et de ses comorbidités et des actions de prévention pour limiter les décompensations :

- Meilleure identification et suivre les patients les plus à risque en utilisant les données Assurance maladie
- Développement de plateformes de centralisation des données.
- Création d'un prix IC.
- Travail sur le Dossier médical partagé (DMP) pour un onglet Maladies chroniques de suivi.
- Création d'un livret individuel informatique de l'insuffisance cardiaque.
- Co-organisation avec l'Assurance maladie d'une campagne régionale de sensibilisation à l'insuffisance cardiaque, visant à la fois le grand public et les professionnels de santé.

Amélioration de la prise en charge de l'IC :

- Adaptation du parcours au niveau de chaque territoire.
- Optimisation du lien ville-hôpital/clinique en désignant un interlocuteur privilégié (1 IPA référent par département).
- Développement d'un IPA en cardiologie spécialisé dans le suivi, l'optimisation de la titration médicamenteuse, par département.
- Désignation de référent médecin et IPA IC à l'échelle des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- Amélioration du modèle de coordination type, articulé autour des rôles du cardiologue ville-hôpital, du gériatre, du médecin généraliste, du pharmacien et de l'infirmier, pour infléchir les courbes de réhospitalisation à six mois.
- Développement de la e-santé.
- Diffusion des protocoles IC du CHU de Tours à l'ensemble des professionnels de la région.
- Organisation d'un webinaire IC à destination des médecins généralistes, diététiciens, pharmaciens et IPA.

Accès à la greffe cardiaque :

- Amélioration du nombre de patients inclus dans la filière greffe cardiaque parmi les insuffisants cardiaques terminaux.
- Amélioration du nombre de cardiologues de ville, de clinique ou hospitaliers affiliés au réseau.
- Amélioration du nombre d'unités d'hospitalisation affiliées au réseau.
- Amélioration du nombre de réunions annuelles de formation ou de discussion de dossiers.
- Amélioration du nombre de patients inscrits en liste nationale d'attente pour une greffe cardiaque à Tours.



5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateurs de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE INTERMEDIAIRE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nb de référent cardiologie spécialisé (IPA, pharmacien, IDE coordination) dans le suivi, optimisation de la titration médicamenteuse par CPTS	2	-	6
2	Nombre de greffes cardiaque	13 en 2021	X1.5	26 par an

b) Indicateurs de résultat :

- Baisse du nombre de patients insuffisants cardiaques dans la région
- Baisse de la mortalité à six mois des patients hospitalisés pour décompensation cardiaque aigue
- Baisser le nombre de réhospitalisation à six mois pour IC
- Augmenter le nombre de greffe cardiaque



MALADIES NEURO- CARDIO-VASCULAIRES

Objectif opérationnel n°46 : Améliorer la prise en charge du syndrome coronarien aigu et chronique

1. Situation actuelle

Dans le Syndrome coronarien aigu (SCA)⁵⁰, on note une augmentation des angioplasties primaires versus une diminution de la fibrinolyse et coronarographie seule. Mais il existe des disparités départementales persistantes pour la pratique de la fibrinolyse, à mettre en relation avec la localisation géographique des centres de coronarographie. Actuellement, un travail sur l'optimisation des plateaux techniques de coronarographie est mené, en prenant en compte la démographie médicale et paramédicale et les évolutions de la réforme des autorisations.

Les facteurs de risque cardiovasculaire sont présents chez la grande majorité des patients (94 %) coronariens. L'appel au Service d'aide médicale urgente (SAMU) multiplie par 2 les chances d'arrivée directe dans un centre de coronarographie. On observe une diminution globale du délai douleur-première revascularisation de 5 minutes sur la période 2014-2017, mais avec des disparités départementales (allongement du délai pour certains départements). Le réflexe 15 permettait de réduire de plus d'1 heure le délai médian de prise en charge entre survenue de la douleur et électrocardiogramme (ECG) et d'une demi-heure celui entre ECG et angioplastie primaire. En Centre-Val de Loire, la mortalité à 1 an des patients SCA ST+ (avec élévation du segment ST) est estimée à 9 %, associée, en cas d'angioplastie primaire, à des facteurs prédictifs personnels mais également de pratiques médicales ou de parcours, que le registre SCA ST+ a permis d'identifier. La délai début des symptômes-1^{er} ECG a augmenté de 8 minutes entre 2015 et 2020, quand le délai ECG-accès à une première revascularisation semble stable autour de 1h40.

Il est possible de mieux identifier les patients atteints de Syndrome coronarien chronique (SCC), tout en rationalisant le recours aux explorations paracliniques (limitation des actes redondants ou inutiles, notamment de coronarographie). Malgré une amélioration des pratiques, les patients coronariens gardent un risque résiduel significatif d'événements cardiovasculaires majeurs. Celui-ci peut être diminué par l'initiation et le maintien au long cours d'un traitement médical optimal visant au contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire. Cela passe par la connaissance et l'application des recommandations de bonnes pratiques de traitement et de suivi, et leur mise en œuvre dans un parcours de soins coordonné et personnalisé, tout en s'appuyant sur le savoir expérimental des patients. Ces travaux ont été menés en copilotage avec la Caisse nationale d'assurance maladie, dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, pour répondre aux objectifs de « Ma santé 2022 ». Ils ont été construits à partir d'une analyse de la littérature internationale pour définir des indicateurs de qualité de prise en charge clairs et précis.

Chiffre clé

Plus de 60 % des patients appellent le SAMU lors de la survenue de douleurs évocatrices, et jusqu'à 70 % pour les patients avec antécédents

2. Enjeux

Améliorer la prise en charge du SCA. Le développement d'indicateurs précis du parcours SCA permet désormais d'avoir une approche locorégionale précise des actions à mener, étape par étape dans le parcours.

⁵⁰ Stratification du risque des syndromes coronaires aigus (ST+ et non ST+), S. Charpentier, E. Dehours, A. Pereira, D. Lauque : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Stratification_du_risque_des_syndromes_coronaires_aigus_ST_et_non_ST_.pdf



La communication à la population d'appel 15, une réflexion sur la téléexpertise rapide d'un ECG avec Transport sanitaire ou Véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV), EHPAD directement au SAMU, le maillage territorial des Structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), l'informatisation des données SMUR via le projet Tablette SMUR, une réflexion sur la démographie médicale et paramédicale et l'implantation des plateaux de coronarographie sont des opportunités de travail intéressantes.

Mettre en œuvre un parcours de soins de qualité pour le SCC :

- Repérage clinique simple du SCC reposant sur l'âge, le sexe et les caractéristiques des symptômes. L'outil clinique de repérage est commun à l'ensemble des professionnels intervenant dans le parcours (en particulier le médecin généraliste et le cardiologue), sans qu'aucun examen complémentaire ne soit réalisé lors de cette première étape de tri.
- Confirmation diagnostique par le cardiologue, le plus souvent par des examens non invasifs, comme le coroscanner.
- Évaluation pronostique du risque d'événement cardiovasculaire futur par le cardiologue, rationalisant le recours à la coronarographie (non systématique – elle est indiquée chez le patient pouvant bénéficier d'une revascularisation ou chez qui persiste un doute diagnostique).

La prise en charge repose sur trois principes :

- Le patient coronarien développe des capacités d'autogestion de sa maladie, en s'appuyant sur l'information et la formation qu'il reçoit et sur son savoir expérientiel ; il participe aux décisions concernant sa santé.
- Tout coronarien reçoit un traitement médical optimal associant la mise en œuvre des règles hygiéno-diététiques recommandées, la correction médicamenteuse des facteurs de risque cardiovasculaire et le traitement médicamenteux optimal avec antiagrégant plaquettaire et statine.
- Toute sténose coronarienne ne relève pas obligatoirement d'une revascularisation.

Un décret autorise depuis peu les cardiologues à lire les coroscanners. Un manque de plages disponibles et d'infrastructures dans la région rendent cet examen long à obtenir. Il offre néanmoins de nombreux avantages et occupe une place centrale dans la prise en charge de certaines cardiopathies ischémiques, valvulaires ou de l'embolie pulmonaire. Un maillage territorial d'implantation de ce type de scanner paraît un enjeu important à 5 ans.

3. Description de l'objectif

Améliorer le dépistage et la prise en charge du SCA ST+ (avec élévation du segment ST) et non ST+ (sans élévation du segment ST).

Améliorer le dépistage et la prise en charge du SCC.

4. Modalités de mise en œuvre :

Syndrome coronarien aigu et chronique

- Mener une action de communication d'appel au 15, en se servant notamment des nouvelles technologies et applications à destination de la population.
- Travailler sur l'accès aux Soins médicaux et de réadaptation (SMR) Cardiologie et HAD en post-infarctus (**cf OQOS**).

SCA ST+



- Temps appel SAMU-premier ECG qualifiant : travail avec les ambulances privées / Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) / SAMU à l'équipement des Transports non médicalisés d'ECG avec télétransmission au SAMU +/- lien avec cardiologue.
- Organisation de staff pluridisciplinaires/cardio interventionnels urgentistes, avec en priorité les établissements de santé où les délais sont les plus longs.
- Travail sur la fiabilisation des machines scopes, ECG de l'horaire retranscrite, projet Tablette SMUR.

SCA non ST+

- Traçabilité du score de risque SCA non ST+ proche de 100 % par les cardiologues.
- Travail de communication auprès des cardiologues lors des *Cardio-Thoracic Ratio* (CTR).
- Comparaison du score de risque par Smuriste/régulateur SAMU vs cardiologue.

Syndrome coronarien chronique

- Augmenter l'implantation de structures de dépistage du SCC.
- Améliorer l'accès aux plateaux techniques adaptés au SCC, notamment en développant l'implantation de coroscanners.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

a) Indicateur de pilotage

N°	INTITULE INDICATEUR	DERNIERE VALEUR CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Delai median douleur – 1er ECG qualifiant dans le SCA ST+ (en mn)	216	170

b) Indicateur de résultat

- SCA ST+ : amélioration du temps global de prise en charge dans le SCA ST+
- SCA Non ST+ : Baisse du nb d'actes non pertinents dans le SCA Non ST+
- SCC : nb d'implantation de coroTDM sur la région.



PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Introduction :

L'inclusion sociale et la capacité des personnes en situation de handicap à prendre elles-mêmes les décisions sur leurs choix de vie restent des chantiers prioritaires en région à approfondir dans les années à venir. Ceux-ci ont trait à l'accès aux droits, dès le plus jeune âge qu'il s'agisse de l'inclusion scolaire, de la formation initiale et continue et de l'accès à l'emploi.

Ce sont autant de leviers pour favoriser et renforcer la citoyenneté de chacun. La pair-aidance, qui repose sur la transmission de savoirs expérientiels de personnes en situation de handicap vers d'autres pairs ou des professionnels de santé, contribue à améliorer l'accompagnement des personnes handicapées.

Concernant l'évolution de l'offre médico-sociale de ce parcours, les créations de places supplémentaires ou les transformations nécessaires au déploiement de ces objectifs seront formalisées en 2024 lors de l'élaboration du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), en articulation avec les acteurs du secteur, particulièrement les conseils départementaux.

Objectif opérationnel n°47 : Promouvoir et soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale : petite enfance, école, formation

1. Situation actuelle

Le dépistage précoce et les premières interventions reposent depuis plusieurs décennies principalement sur les CAMSP qui vont devoir évoluer dans leur fonctionnement et se renforcer pour faire face à la demande. Plus spécifiquement, dans le champ des Troubles du neuro-développement (TND).

Inscrite dans la stratégie nationale pour l'autisme au sein des Troubles du neuro-développement (TND), l'intervention précoce repose notamment sur la mise en place, par les Agences régionales de santé, de Plateformes de coordination et d'orientation (PCO) capables de proposer aux familles, dès les premiers signes d'alerte, une prise en charge adaptée à leur enfant âgé de 0 à 6 ans. En 2022, les six départements du Centre-Val de Loire sont couverts par une PCO. Néanmoins, les partenariats avec les acteurs de première et de deuxième lignes restent à consolider.

Concernant l'inclusion scolaire, la région a été particulièrement dynamique ces dernières années, avec plus de 110 dispositifs inclusifs à fin 2022. La part des enfants en situation de handicap scolarisés augmente constamment mais avec une décroissance proportionnelle à l'avancée en âge et des effectifs faibles en lycée (1302 sur un total de 16693 jeunes scolarisés).

Afin de fluidifier les parcours, de nouvelles modalités d'accompagnement sont en cours de déploiement dans le secteur de l'enfance, avec la transformation des Instituts médico-éducatifs (IME)/Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) en Dispositifs d'accompagnement médico-éducatifs (DAME), mais également sur les dispositifs scolaires inclusifs (Unité d'enseignement externalisée, Unité d'enseignement polyhandicap, Unité d'enseignement maternelle autiste, Unité d'enseignement élémentaire autiste, Dispositif d'auto régulation...). Cette démarche est à poursuivre, face au constat notamment de la sortie du système scolaire des enfants en situation de handicap au fur et à mesure qu'ils grandissent (« effet entonnoir » constaté au niveau des entrées au collège et lycée professionnel ou général puis en post-bac).

L'accès à la formation professionnelle initiale est un enjeu en termes d'inclusion par l'emploi mais aussi de développement personnel, mis en œuvre par les Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).



2. Enjeux

En coordination avec les acteurs, notamment les Conseils départementaux et les MDPH :

Fluidifier les parcours de prise en charge des jeunes enfants en situation de handicap, en améliorant la connaissance mutuelle des acteurs du sanitaire, du médico-social et du "milieu ordinaire" et de leurs missions.

Rendre effectif le droit à la scolarisation de chaque enfant en âge d'être scolarisés, en maintenant et en développant une offre qui réponde aux besoins de tous, dans le respect des projets de vie de chacun.

Favoriser l'accès à la formation professionnelle initiale sur la base de projets travaillés individuellement avec chaque jeune, en élargissant les propositions des ESSMS, qui pourront prendre appui sur les organismes de formation et l'apprentissage de droit commun.

3. Description de l'objectif

Renforcer le repérage et le dépistage précoce par la mobilisation croisée des acteurs, dans une démarche de cohérence et de qualité du parcours.

Généraliser le fonctionnement en dispositifs d'accompagnements, adossés à l'école, qui permettent des accompagnements agiles et répondant aux besoins exprimés par les jeunes et leurs familles.

4. Modalités de mise en œuvre

Renforcer le repérage et le dépistage précoce

1. Améliorer les synergies entre les acteurs mobilisés dans l'accompagnement des jeunes enfants

- Déployer une démarche d'information auprès des acteurs, afin de faciliter leurs actions.
- Utiliser le ROR et Via Trajectoire comme outil d'information partagée.
- Affirmer le parcours en trois étapes : repérage (droit commun) ; dépistage (en première ligne : médecins généralistes et pédiatres) ; adressage pour diagnostic et entrée dans le parcours d'accompagnement (en deuxième ligne : Centre accueil médico-social précoce, Centre médico-psycho-pédagogique, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens libéraux).
- Inciter aux coopérations en indiquant cette dimension dans les critères de sélection de tout nouveau projet d'accompagnement, et en contractualisant sur des objectifs de coopération dans les CPOM (ex : conventions avec les PCO).

2. Poursuivre la démarche continue d'amélioration de la qualité en matière de diagnostic et d'orientation des jeunes

- Renforcer les compétences des professionnels dans les domaines du repérage, de l'orientation et de l'accompagnement des personnes (ex : formation START/Certification nationale d'intervention en autisme).
- Accompagner et évaluer la montée en compétences des professionnels sur la nouvelle Classification internationale des maladies (CIM 11) particulièrement pour les professionnels des CAMSP et des CMPP.

Généraliser le fonctionnement en dispositifs qui doivent constituer un ensemble de prestations d'accompagnement réalisées seules ou en partenariat sur un territoire donné, au services de la population de ce territoire.



1. Accompagner les transformations vers une culture de l'accompagnement souple, décloisonné et coordonné autour de la personne et de ses choix de vie

- Promouvoir l'acculturation des professionnels aux nouvelles formes d'accompagnement = former les professionnels à des modalités d'intervention plus coopératives, et plus "hors les murs".
- Développer les offres intermédiaires, parallèlement à l'offre existante, entre le tout-établissement et le tout-service, en prenant en compte les besoins de chaque enfant qui peuvent aller de l'inclusion complète à un accueil en hébergement médico-social.

2. Renforcer le lien entre les dispositifs médico-sociaux et le milieu ordinaire (Éducation nationale, référents emploi, missions locales) dans l'accompagnement des enfants et des jeunes en situation de handicap autour d'outils partagés

- Favoriser les actions et programmes conjoints (milieu ordinaire et médico-social) de développement des compétences psycho-sociales.
- Mettre en place des outils permettant l'évaluation quantitative et qualitative des parcours des enfants en situation de handicap, notamment en permettant aux ESSMS de développer des indicateurs d'impacts de leur action.
- **Poursuivre les travaux communs entre le Rectorat et l'ARS engagés par la convention du 9 septembre 2019 relative à la scolarisation des élèves en situation de handicap, actuellement en cours de révision.**

3. Favoriser les dispositifs qui préparent et accompagnent vers l'emploi, en amont de l'élaboration du projet professionnel et jusqu'à l'intégration en milieu ordinaire

- Mobiliser les dispositifs collaboratifs entre le secteur médico-social, l'Éducation nationale, les acteurs de la formation professionnelle, le secteur public de l'emploi et les entreprises, pour faciliter les choix de formation et l'intégration en entreprise, en articulation avec les axes du Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH).
- Développer l'intégration en lycée en lycée, chaque fois que cela correspond au projet exprimé par le jeune concerné, notamment en lycée professionnel avec un appui DAME.
- Développer l'apprentissage et la formation en alternance.
- Garantir aux acteurs et bénéficiaires l'adéquation entre compétences des jeunes, projet personnel et débouchés professionnels, en mobilisant secteur public de l'emploi et communautés 360 et en élargissant les différentes possibilités de parcours.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateurs de pilotage*

N°	INTITULE INDICATEUR	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Part des CAMSP/CMPP ayant fait leur rapport d'activité sur la nouvelle nomenclature CIM-11	2%	70%
2	Taux d'ESMS (IME et DITEP) fonctionnant en dispositif	En cours	100% des ESMS enfants fonctionnant en dispositif.



PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Objectif opérationnel n°48 : Promouvoir et soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale tout au long de la vie : accès à l'emploi, formation continue et inclusion sociale choisie, Personnes handicapées vieillissantes (PHV)

1. Situation actuelle

L'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap nécessite de croiser l'expertise médico-sociale pour l'analyse de leurs besoins avec l'expertise des services de droit commun en matière d'emploi, et de développer la coopération avec les partenaires du droit commun (l'AGEFIPH, le FIPHFP, la DREETS). La mise en œuvre de la réforme des Établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) en cours doit également être accompagnée.

La formation continue permet d'objectiver l'acquisition de compétences. La redéfinition des missions des Établissements et services de pré-orientation ou de réadaptation professionnelle (ESPO) et des Établissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) doit favoriser de nouvelles pratiques au service de l'inclusion professionnelle.

Enfin, l'avancée en âge des personnes en situation de handicap se traduit le plus souvent par la survenue de nouvelles déficiences liées à l'âge proprement dit et provoquant de nouveaux handicaps, ainsi qu'un possible accroissement des déficiences antérieures.

2. Enjeux

Favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap via l'emploi, notamment en milieu ordinaire.

Éviter les ruptures dans le parcours de vie des personnes handicapées vieillissantes.

3. Description de l'objectif

En coordination avec les acteurs, notamment les Conseils départementaux et les MDPH :

Faciliter l'accès à l'emploi en coordonnant les acteurs du droit commun et du milieu protégé autour du bénéficiaire, acteur de son parcours.

Poursuivre la transformation de l'offre pour favoriser une inclusion sociale choisie.

Créer des passerelles entre les dispositifs pour accompagner l'avancée en âge des personnes en situation de handicap et faciliter le recours à l'expertise.



4. Modalités de mise en œuvre

Faciliter l'accès à l'emploi

1. Favoriser l'accès à l'emploi, en amont, par des dispositifs lisibles et décloisonnés, sur l'ensemble du territoire

- Améliorer la lisibilité de l'offre existante pour les bénéficiaires et les partenaires :
 - Cartographier l'offre, les institutions et les dispositifs existants et communiquer sur les actions déjà existantes auprès des professionnels et des bénéficiaires, notamment par l'utilisation du ROR et de Via Trajectoire.
- Renforcer la coordination avec le droit commun (services publics de l'emploi) et les dispositifs intégrés en amont de l'emploi (Instituts médico-éducatifs - IME, Dispositifs d'accompagnement médico-éducatifs - DAME) :
 - Poursuivre la logique des expérimentations nationales : emploi accompagné et partenariats à l'échelle territoriale.
 - Organiser la rencontre entre les employeurs, le droit commun et les bénéficiaires.
- Développer les dispositifs qui contribuent à sécuriser les parcours (stages, droit au retour).

2. Accompagner, sécuriser, assurer la réforme des ESAT et leur ouverture vers le droit commun

- Soutenir financièrement la transformation organisationnelle des ESAT :
 - Moderniser et diversifier les outils de production pour consolider économiquement les ESAT et améliorer les débouchés des travailleurs.
- Garantir la mission de « tremplin » des ESAT vers le milieu ordinaire :
 - Développer des postes de conseiller d'insertion pour favoriser le lien avec le milieu ordinaire.
 - Développer les services d'insertion mutualisés entre ESAT.
 - Développer les compétences et les tracer dans un document.
 - Développer et adapter les conventions d'appui.

3. Placer la formation continue comme un enjeu fort, équitablement accessible

- Accompagner les organismes de formation de droit commun dans la construction d'une offre permettant de diversifier les propositions de formation continue, après réalisation d'un état des lieux et identification des besoins.
- Développer une offre de formation professionnelle mutualisée entre ESAT.

Poursuivre la transformation de l'offre pour favoriser une inclusion sociale choisie

1. Généraliser le fonctionnement en dispositifs agiles et à l'écoute des besoins particuliers

- Soutenir le développement des dispositifs qui construisent des réponses modulaires avec les bénéficiaires et leur famille :



- Expérimenter le fonctionnement en dispositif/plateforme pour adultes avec une offre variée d'accompagnement en milieu ordinaire.
- Développer les offres intermédiaires entre le tout-établissement et le tout-service.
- Favoriser les coopérations avec le droit commun (Éducation nationale, familles...) pour assurer une continuité de parcours et un tissu de réponses de proximité.

2. Favoriser une inclusion sociale choisie

- Soutenir la formation des professionnels aux outils facilitant l'expression des choix des usagers.
- Développer les dispositifs d'appui à l'inclusion sociale pour favoriser le libre choix de son parcours de vie en renforçant notamment les organisations favorisant la pair-aidance et la souplesse dans des accompagnements élaborés à l'écoute des personnes (GEM, PEVA, SAMSAH, plateforme de service...).
- Encourager les acteurs du handicap à soutenir les professionnels de terrain du droit commun.

Créer des passerelles entre les dispositifs pour accompagner l'avancée en âge des personnes en situation de handicap.

1. Restructurer l'offre à travers de nouvelles réponses aux besoins spécifiques des Personnes handicapées vieillissantes (PHV)

- Dimensionner les besoins d'accueil à venir pour les PHV en prenant en compte le besoin exprimé et le projet de vie de la personne, les anticiper et développer l'approche capacitaire globale PA/PH par adaptation de l'organisation territoriale de l'offre.
- Diversifier les offres alternatives à domicile, notamment l'accueil familial.
- Favoriser le développement de compétences techniques spécifiques PHV auprès des acteurs.
- Soutenir les évolutions administratives pour lever les freins potentiels dans les projets d'orientation, en faveur des solutions inclusives pour les PHV (limite d'âge en structures, etc.).

2. Favoriser l'accès en établissement pour personnes âgées et aux accompagnements spécifiques et adaptés

- Développer la connaissance du handicap dans les EHPAD.
- Développer les accompagnements relais pour faciliter les transitions liées au vieillissement.

5. Modalités de suivi et d'évaluation:

N°	Intitulé indicateur	VALEUR ACTUELLE CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre d'établissements/services/dispositifs qui ont structuré une offre à destination des PHV et nombre de places correspondant	72 places	En augmentation de 20%
2	Taux de travailleur d'ESAT ayant travaillé en milieu ordinaire (réorientations en milieu ordinaire et inclusions) au cours de l'année	Enquête (SOLEN, FRAMAFORM)	Enquête (SOLEN, FRAMAFORM)



PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Objectif opérationnel n°49 : Permettre l'accès pour les personnes en situation de handicap à des réponses de qualité adaptées et choisies en fonction de leur besoin exprimé

1. Situation actuelle

Le traitement des situations critiques est d'autant plus prégnant en Centre-Val de Loire qu'une situation complexe peut devenir critique du fait d'un accompagnement inadapté. Les dispositifs concourant à apporter des réponses spécifiques et modulaires se sont considérablement développés. Il s'agit de penser leur agencement de manière systémique, notamment dans le cadre du développement des communautés 360°, et d'identifier le rôle et la complémentarité de l'ensemble des dispositifs, pour envisager et formaliser leur interopérabilité.

Si des dispositifs viennent aujourd'hui en appui à l'accompagnement des situations critiques, il convient de structurer le suivi opérationnel pour mesurer l'amélioration de la situation et faire évoluer les réponses en fonction des besoins.

Il est enfin nécessaire de garantir une montée en qualité de l'offre ainsi qu'une montée en compétence des acteurs, notamment en matière d'autodétermination des personnes en situation de handicap.

2. Enjeux

Prévenir et accompagner les situations critiques, puis suivre leur évolution.

Rendre aux personnes en situation de handicap la capacité d'arrêter leurs choix de vie.

3. Description de l'objectif

Agir en amont, en prévention, par une évaluation et des interventions adaptées dès la survenue des premières alertes, mais aussi faciliter la coordination dans la chaîne partenariale pour traiter ces situations particulières.

Promouvoir une culture de l'autodétermination et outiller les acteurs pour redonner davantage aux bénéficiaires le pouvoir d'agir dans leur parcours, en leur permettant d'accéder à des réponses adaptées et choisies en fonction du besoin exprimé.

Développer une démarche qualité au sein des Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) afin de garantir une prise en charge adaptée et respectueuse des droits de la personne.

4. Modalités de mise en œuvre

Identifier et coordonner les acteurs afin de prévenir et traiter les situations critiques

1. Clarifier le champ d'intervention et outiller les professionnels

- Identifier les différents dispositifs mobilisables dans les situations critiques (coordination, appui, experts ressource, outils).
- Structurer des réponses graduées (identification des périmètres et des champs d'intervention des différents acteurs).
- Clarifier les typologies de situations identifiées : situations « critiques », « complexes », « aigües », « critères d'alerte ».
- Unifier les outils de coordination existants.



2. Développer et coordonner les réponses mobilisables en appui et coordonner la chaîne d'acteurs

- Favoriser les interventions préventives.
- Développer les communautés 360° : gouvernance, organisation, pilotage et évaluation.
- Développer les équipes mobiles d'appui aux situations complexes pour assurer une évaluation et une intervention adaptée au fil du parcours et de ses risques de rupture.
- Formaliser un processus au fil des « situations d'alerte », des « moments clés d'enjeux ».
- Formaliser le processus de la chaîne d'acteurs dans une vision systémique.
- Élaborer une stratégie de communication pour accompagner le changement de culture et créer des raisonnements communs.

Diffuser la culture de l'autodétermination et outiller les acteurs pour redonner du pouvoir d'agir aux bénéficiaires.

1. Diffuser la culture de l'autodétermination

- Former l'ensemble des acteurs, dont les personnes accompagnées, pour un développement du principe d'autodétermination.
- Engager une acculturation conceptuelle de la démarche EPOP (Projet pour développer le pair accompagnant).
- Appuyer le rôle des Groupes d'entraide Mutuelle et de pair-aidance dans l'impulsion de la démarche.

2. Outiller les acteurs pour redonner aux bénéficiaires le pouvoir d'agir dans leur parcours

- Développer des outils facilitant la compréhension et l'expression de la personne.
- Repenser, sous le prisme de l'autodétermination, l'élaboration des projets personnalisés.
- Promouvoir l'utilisation des outils qui favorisent le pouvoir d'agir dans la préparation des projets professionnels.

Développer une approche globale de la qualité au sein des ESMS

1. Accompagner les ESMS dans la nouvelle démarche d'évaluation

- Accompagner la mise en place de la réforme de l'évaluation.
- Accompagner l'évolution des modes opératoires.

2. Diffuser la culture d'une approche globale de la qualité

- Évaluer la satisfaction des usagers, solliciter leurs retours d'expérience
- Diffuser une culture de la qualité entre les ESMS et avec le secteur sanitaire et les acteurs du droit commun.

Les Conseils de Vie sociale (CVS), dans leurs missions renforcées, contribuent à cet objectif.



5. Modalités de suivi et d'évaluation

N°	INTITULE INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Suivi du nombre d'amendements Cretons	Fin 2021 : 495	En baisse de 20 %
2	Nombre de personnes ayant fait appel à un facilitateur de parcours (préciser le périmètre en interne)	0	Augmentation de 10 % par an
3	Taux d'ESMS retraçant chaque année la démarche d'évaluation continue de la qualité dans le rapport d'activité	En cours	80%



PERSONNES ÂGÉES

Introduction

Avec 450 000 habitants âgés de plus de 75 ans à l'horizon 2040, dont près de 40 % vivant seuls, la question du vieillissement de la population se pose de façon aiguë en Centre-Val de Loire (*cf. Chapitre 6 : Offre de soins de proximité coordonnée - Parcours Personnes âgées*).

Prévenir la perte d'autonomie, favoriser l'accès aux soins mais aussi la diversification des services à domicile dans tous les territoires sont indispensables pour permettre aux personnes âgées de demeurer chez elles le plus longtemps et dans les meilleures conditions possibles.

En parallèle, les EHPAD doivent opérer une mue pour devenir des lieux ressource, ouverts sur leur territoire et intégrés à l'offre de proximité dans une logique de parcours des personnes âgées.

Concernant l'évolution de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, les créations de places supplémentaires ou les transformations nécessaires au déploiement de ces objectifs seront formalisées en 2024 lors de l'élaboration du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), en articulation avec les acteurs du secteur, particulièrement les conseils départementaux.

Objectif opérationnel n°50 : Développer le repérage des fragilités et la prévention

1. Situation actuelle

La région Centre-Val de Loire connaît plusieurs problématiques :

- Un manque de professionnels, avec des moyens différents selon les territoires.
- Une adaptation nécessaire des compétences pour faire face aux diverses pathologies du grand âge.
- La nécessité d'un repérage anticipé des fragilités permettant d'éviter ou de retarder la perte d'autonomie.
- Un manque de connaissance mutuelle et une coordination des dispositifs à améliorer.

2. Enjeux

Retarder, voire éviter la perte d'autonomie des personnes âgées, en développant le repérage des fragilités et la prévention sur l'ensemble de ses composantes. Il s'agit de détecter et prévenir les facteurs de risque susceptibles de compromettre l'autonomie et potentiellement le maintien à domicile.

Il s'agit notamment de :

- Contribuer au développement de la prévention primaire et au repérage de la fragilité (notamment à travers le programme Icope - *Integrated Care for Older People*) sur l'ensemble de la région.
- Construire un programme concerté d'actions de prévention de la perte d'autonomie avec les Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) et les Conseils départementaux (CD), pilotes de ces conférences.
- Renforcer autant que nécessaire les réponses aux besoins de diagnostic et de prises en charge associées.

Les facteurs de risque suivants devront être traités spécifiquement : santé bucco-dentaire, dénutrition, troubles psycho-comportementaux et dépression, chutes, troubles neuro-dégénératifs. La prévention de l'iatrogénie médicamenteuse est traitée par ailleurs (*cf. Objectif opérationnel n°25 : Promouvoir la pertinence*



de l'utilisation des produits de santé et réduire la iatrogénie médicamenteuse), ainsi que la prévention de l'obésité (cf. *Parcours Diabète, hypertension artérielle et obésité*).

3. Description de l'objectif

Identifier les dispositifs et les intervenants (cartographie de l'offre), du niveau local au niveau régional.

Développer le repérage des facteurs de risque de perte d'autonomie sur l'ensemble de la région.

Développer des actions de prévention mieux coordonnées et plus efficaces.

Développer la culture de la prévention chez les usagers et les professionnels de proximité.

4. Modalités de mise en œuvre

Identifier les dispositifs et les intervenants du repérage et de la prévention

- Cartographier
 - Consultation du site de Santé Publique France et des caisses de retraite avec présentation de l'offre locale de prévention et possibilité de s'inscrire⁵¹ :
 - Alimenter les sites internet des CD et le site de l'ARS par une liste de l'offre de prévention, après identification de l'offre locale avec l'appui de l'Équipe régionale Vieillesse et maintien de l'autonomie (ERVMA)/Gérontopôle.
- Communiquer à destination des professionnels et des acteurs du droit commun sur le repérage des fragilités
 - Au niveau régional : mobilisation de l'ERVMA/Gérontopôle pour déployer les Évaluations gériatriques standardisées (EGS), Icope, le plan antichute, etc. ; développement de la plateforme de formation e-santé du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours proposant des modules spécifiques (e-learning) aux professionnels.
 - Au niveau départemental : mission 3 des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), à savoir l'information des professionnels et l'accompagnement à la montée en compétences ; mobilisation des équipes mobiles de gériatrie et de psychiatrie de la personne âgée sur le repérage.
 - Au niveau local : par les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), actions d'information à destination des professionnels.
- Définir une politique de prévention coordonnée à l'échelle départementale, en articulation avec les CFPPA et en lien avec les priorités des Contrats locaux de santé (CLS), pour sortir de la logique de financement d'actions ponctuelles.

Développer le repérage des facteurs de risque de perte d'autonomie sur l'ensemble de la région

- Engager les acteurs de première ligne (Services de soins et d'aide à domicile – SAAD, Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD, Professionnels de santé libéraux – PSL = CPTS, instances d'action sociale des collectivités locales) dans des actions transversales de formation et d'information sur le repérage, à travers la définition d'une feuille de route par département, en articulation avec les plans des CD.

⁵¹Rubrique « trouver mon atelier », <https://www.pourbienvieillir.fr>



- Identifier sur chaque territoire un relais pour l'évaluation une fois la situation repérée : équipes mobiles gériatriques, consultations spécialisées, CPTS (Infirmier de pratique avancée – IPA, Infirmier diplômé d'État libéral – IDEL, médecins traitants dans le cadre des visites de prévention obligatoires), équipes Allocation personnalisée d'autonomie (APA) des CD...
- Généraliser l'outil Sphère pour la coordination de l'ensemble de ces acteurs.
- Déployer l'utilisation d'outils de repérage, en privilégiant Icope dans les territoires n'ayant pas encore pu déployer l'outil à titre expérimental.
- Sur la thématique de la dénutrition :
 - Généraliser l'utilisation de l'outil Mini Nutritional Assessment (MNA).
 - Identifier un référent nutrition dans chaque Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Sur la thématique de la santé bucco-dentaire :
 - Poursuivre et développer les expérimentations sur plusieurs territoires pour le dépistage systématique des problèmes bucco-dentaires : partenariat entre CPTS, Centre hospitalier (CH), Union régionale des professionnels de santé (URPS) chirurgiens-dentistes ; développement de la télémédecine ; déploiement de bus bucco-dentaires...
 - Généraliser l'utilisation d'outils de dépistage en EHPAD (ex : grille d'Eilers utilisée au CH de Sancerre ; outil Oral Health Assessment Tool – OHAT basé sur l'observation clinique bucco-dentaire sans avoir besoin de requérir un avis de chirurgie dentaire ; grille Oral Assesment Guide - OAG).
- Sur la thématique des troubles psycho-comportementaux, communiquer et former pour sensibiliser à large échelle
 - Formation des aidants à repérer les signes de troubles : mobilisation des associations d'aide aux aidants et des structures d'appui aux aidants.
 - Formation des professionnels : formation aux troubles psycho-comportementaux au sein des EHPAD/SSIAD/SAAD.
- Sur la thématique des chutes, le PRS intègre les objectifs du plan national triennal anti-chutes (2022-2024), qui vise à réduire de 20 % le nombre de chutes et les hospitalisations qui en découlent. L'ERVMA pilote sa déclinaison en Centre-Val de Loire. Les actions identifiées pour le repérage sont :
 - Sensibiliser/former tous les professionnels aux outils et dispositifs d'alerte et de repérage.
 - Valoriser et déployer les actions de repérage, notamment via l'expérimentation Icope.
 - Généraliser la filière Relv'âge qui permet une évaluation gériatrique post-chute à domicile grâce au signalement par les Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), actuellement expérimentée dans deux départements.

Développer des actions de prévention mieux coordonnées et plus efficaces

- Renforcer l'offre en diversité et en quantité, en mobilisant l'intégralité des crédits CFPPA et en les ouvrant à tous les modes d'accueil collectif (EHPAD, résidence service, résidence autonomie, habitat inclusif...).
- Communiquer à destination du grand public : conférences sur le terrain, travail avec les médias, campagnes de communication avec l'appui notamment du Gérontopôle.



- Organiser la coordination entre les dispositifs, les acteurs et les outils existants, à l'échelle régionale et à l'échelle du parcours de l'individu.
- Sur la thématique de la dénutrition :
 - Développer des ateliers nutrition en établissements via des Appels à projet (AAP) CFPPA.
 - Mobiliser l'ensemble des acteurs autour de la Semaine de la dénutrition.
- Sur la thématique de la santé bucco-dentaire, sensibiliser à grande échelle les professionnels du domicile qui sont mobilisés auprès des seniors sur les risques et les bonnes pratiques, et sensibiliser les EHPAD à travers diverses actions et dans le cadre des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) :
 - Aux enjeux de formation des professionnels à la santé bucco-dentaire (formations proposées par l'ERVMA).
 - Aux enjeux de nettoyage des appareils dentaires (investissement dans des équipements dédiés, bus de nettoyage...).
 - Aux opportunités de mise en lien avec les chirurgiens-dentistes via des offres dédiées ou la télémédecine ; développer les initiatives de type bus de la prévention bucco-dentaire.
- Sur la thématique des troubles psycho-comportementaux :
 - Organiser l'accès aux compétences techniques spécifiques (psychologues, Assistant de Soins en Gérontologie (ASG) pour les services intervenant à domicile.
 - Renforcer l'appui apporté par les équipes mobiles gériatriques et/ou de psychiatrie de la personne âgée et les DAC.
 - Diffuser les formations e-learning (Centre mémoire de ressources et de recherche - CM2R du CHU) au sein des SSIAD et des SAAD, à compléter par de la mise en pratique.
- Sur la thématique des chutes, mettre en œuvre le plan national triennal anti-chutes grâce à des actions pour :
 - Déployer sur l'ensemble du territoire les dispositifs d'aménagements de logement personnalisés, et anticiper puis proposer sans délai Ma Prime Adapt dans toute la région.
 - Accéder à des aides techniques à la mobilité faites pour tous, avec l'appui des Centres d'information et de conseil en aides techniques (CICAT), des caisses de retraite et d'assurance maladie, des mutuelles ...
 - Promouvoir l'activité physique adaptée via des actions individuelles ou collectives cofinancées par les CFPPA et les caisses de retraite, ou portées par les maisons sport-santé.
 - Développer la téléassistance pour tous, après évaluation de dispositifs innovants de prévention des chutes en EHPAD.
 - Élaborer un plan de communication régional auprès du grand public.



5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateur de pilotage et de résultats :*

N°	INTITULE INDICATEUR	Sous-indicateurs	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Equipes mobiles gériatriques et de psychiatrie de la personne âgée	Evolution de la file active des équipes mobiles gériatriques et de psychiatrie de la personne âgée	EMG : File active 5124 Nombre d'évaluations EMG en extra et intra	20% d'augmentation à termes
		Evolution du nombre d'évaluations des équipes mobiles gériatriques et de psychiatrie de la personne âgée	5614 Données 2021 non disponibles pour la psy mais vont être recueillie	20% d'augmentation à termes
2	Nombre de personnes repérées dans le cadre du programme ICOPE indicateurs disponibles :à l'ERVMA le nombre de personnes ayant réalisé des dépistages (STEP 1) nombre de séniors ayant réalisé des évaluations approfondies (STEP2).		pas de référence 2022 car STEP 1 démarré en 2022	4500 à 2025 pour le STEP 1 (quantification ERVMA)
3	Taux de polymédication chez les personnes de plus 75 ans		21,4%	22,2%



PERSONNES ÂGÉES

Objectif opérationnel n°51 : Réussir le virage domiciliaire et organiser l'offre sur les territoires

1. Situation actuelle

Dans le cadre du PRS 2, l'ARS Centre-Val de Loire a mené des actions visant à réduire les inégalités territoriales dans l'accès aux soins à domicile, en créant 15 places de Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), en ouvrant 2 Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et en soutenant la modernisation des services (accès aux outils numériques et à la domotique).

L'ARS a engagé des financements pour diversifier la palette d'offres existante, au service de réponses plus modulaires : création d'un SSIAD spécialisé dans les maladies neurodégénératives de 37 places, développement de l'appui Hospitalisation à domicile (HAD) aux structures médico-sociales, création de 27 places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ou lors de carences d'aidant, développement des visites d'évaluation d'ergothérapie à domicile.

Enfin, l'Agence a œuvré pour fluidifier la coordination des parcours de soins, depuis et vers le domicile de la personne âgée, en accord avec ses besoins, à chaque étape de sa vie : partenariat avec les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour organiser la sortie sans interruption de soins, développement de l'accueil d'urgence en sortie d'hospitalisation, création de parcours d'admission directe non programmée des personnes âgées, travail des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et de l'Équipe régionale Vieillesse et maintien de l'autonomie (ERVMA) dans la coordination des différents services, pour assurer un parcours cohérent.

La mise en œuvre de cet objectif est à travailler en lien étroit avec les Conseils départementaux notamment.

2. Enjeux

Favoriser un parcours respectueux du souhait des personnes âgées et donc prioritairement orienté vers un maintien dans le domicile du choix de la personne, en développant, à toutes les étapes, un accompagnement gradué en fonction des problématiques rencontrées et en renforçant la cohérence de l'offre.

L'organisation territoriale doit prendre en compte le développement d'un continuum de solutions entre le domicile individuel de la personne et l'EHPAD (résidence service, résidence autonomie, habitat partagé). Elle doit viser au développement des services à domicile et à la coordination des offres proposées aux personnes âgées, ainsi qu'à leur harmonisation sur chaque territoire.

3. Description de l'objectif

Accompagner le développement cohérent et diversifié des services à domicile.

Améliorer la coordination décloisonnée, la collaboration et la lisibilité de l'offre proposée aux personnes âgées.

Diversifier l'offre afin de proposer un continuum gradué et transparent de solutions entre le domicile individuel de la personne et l'établissement d'hébergement (EHPAD, résidence service, résidence autonomie, habitat partagé...), pour faciliter l'orientation.

Soutenir et faire connaître l'offre de services en faveur des aidants (*cf. Chapitre 11 : Aidants*).

Développer, à toutes les étapes du parcours de la personne, une nouvelle culture du bien vieillir, avec une prise en charge en soins et un accompagnement gradué en fonction des problématiques rencontrées.



Structurer le maillage territorial des offres, en veillant à garantir la complémentarité entre les réponses offertes et l'équité entre les territoires afin de garantir le libre choix.

4. Modalités de mise en œuvre

Communiquer sur l'offre domiciliaire existante pour les professionnels et structurer des réponses coordonnées dans les situations « simples » et « complexes »

- Alimenter les sites internet des Conseils départementaux (CD) et de l'ARS Centre-Val de Loire avec un panorama détaillé de l'offre médico-sociale et sanitaire (équipes mobiles, consultations dédiées, DAC...) et des liens vers les sites plus spécialisés, à destination des personnes âgées à domicile.
- Continuer à promouvoir le remplissage et l'utilisation du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) et missionner le Gérontopôle sur des actions de communication auprès des professionnels autour de l'offre existante.
- Communiquer à propos sur les sites nationaux incontournables (dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA, les caisses de retraite, les institutions judiciaires pour la partie protection des majeurs/directives anticipées, le site service public.fr, etc.).
- Centraliser, au sein de chaque Contrat local de santé (CLS), l'offre d'information papier disponible (flyers et autres) pour alimenter l'ensemble des acteurs.
- Structurer des réponses coordonnées dans les situations simples et complexes :
 - Situations simples : garantir l'implication des GHT/hôpitaux de proximité/Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans la filière gériatrique départementale et l'utilisation des outils partagés.
 - Situations complexes : consolider les DAC, les centres de ressources territoriaux (CRT), les centres de ressources spécialisés sur certaines pathologies et le rôle de l'ERVMA.
- Développer l'utilisation des outils numériques partagés, dont Sphère et le ROR. Il est en outre indispensable, dans le cadre de la multiplication des outils, de travailler à leur interopérabilité.

Garantir sur l'intégralité du territoire une offre adaptée et coordonnée incluant aide à la vie quotidienne, maintien du lien social, prévention et soins

- Articuler SSIAD/Services de soins et d'aide à domicile (SAAD) CPTS sur un territoire donné, en généralisant le modèle du Service autonomie à domicile (SAD)
- Renforcer la prise en charge par les SSIAD : nombre de passages quotidiens, passages de weekend, intervention à deux soignants.
- Inciter les SAD à conventionner afin de bénéficier de la dotation complémentaire pour accompagner à domicile les usagers, sur des horaires atypiques (soir ou week-end) ; mettre en place des actions visant à lutter contre l'isolement des personnes accompagnées ; soutenir les proches aidants.

De façon transversale, le renforcement de l'accompagnement à domicile des Personnes Agées ne pourra se faire qu'avec l'appui des services d'aide à domicile et leur bonne articulation avec les services de soins.

- Développer l'externalisation de l'offre des EHPAD :
 - Déployer des Centres de ressources territoriaux (CRT).
 - Soutenir les projets visant à projeter vers le domicile une offre de service des EHPAD.



- Poursuivre les actions sur la qualité et l'attractivité des métiers du grand âge (**cf. Objectif opérationnel n°6 : Attirer et fidéliser les professionnels de santé dans la région**).

Diversifier les réponses d'habitat intermédiaire, entre le tout-domicile et le tout-établissement

Les usagers de ces formes d'habitat doivent pouvoir bénéficier des mêmes accompagnements qu'en domicile individuel, avec toutes les garanties en matière de qualité de prise en charge et de bienveillance :

- Garantir le même type d'offre d'accompagnement qu'au domicile individuel.
- Veiller à la qualité de cette offre et prévenir les éventuelles dérives vers un fonctionnement en EHPAD, de fait non autorisé.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateurs de pilotage et de résultats :*

N°	INTITULE INDICATEUR	Valeur actuelle	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de connexions à une page référence avec les informations de l'offre dédiée	Disponible : sites internet	En cours
2	Evolution du taux d'équipement en SSIAD des territoires rapporté à la population de + de 60 ans.	6077 places capacité PA ET PH 5 445 places sur le seul secteur PA	+ 200 places avec rééquilibrage intra-régional



PERSONNES ÂGÉES

Objectif opérationnel n°52 : Accompagner la transformation et l'adaptation des EHPAD

1. Situation actuelle

Dans le cadre du PRS2, l'ARS Centre-Val de Loire a soutenu des expérimentations concourant à positionner l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) comme une structure ressource sur son territoire, tels les groupements d'EHPAD comme ressources territoriales de proximité⁵² et le dispositif « Parcours », qui crée des passerelles entre le tout-domicile et le tout-établissement. L'Agence a également soutenu des actions visant à améliorer la couverture territoriale des besoins tout en impulsant l'ouverture des établissements vers l'extérieur, en soutenant par exemple le dispositif Infirmier diplômé d'État (IDE) de nuit, le renforcement de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation...

L'ARS a entrepris des actions qui renforcent l'inscription des EHPAD dans le parcours de soins, notamment en cas d'urgence, en soutenant la médicalisation des structures pour les résidents les plus dépendants, dont ceux avec des pathologies spécifiques (Unités d'hébergement renforcées - UHR, Pôles d'activités et de soins adaptés - PASA, renfort de Services de soins infirmiers à domicile - SSIAD pour la prise en charge de la maladie de Parkinson, équipe mobile géronto-psy dans le Loiret...), ainsi que le déploiement de l'outil Via trajectoire pour suivre le parcours de la personne âgée.

2. Enjeux

Faire évoluer les missions dévolues aux EHPAD, dans le contexte d'une priorité donnée au virage domiciliaire.

Les EHPAD sont parties prenantes de l'organisation territoriale de proximité à double titre. Ils peuvent être des plateformes de ressources et de support pour les services proposés sur un territoire, au-delà de la population résidente de l'EHPAD et sont également partie intégrante d'une offre coordonnée prévenant les ruptures de parcours. De plus, par leur architecture et leur organisation, ils doivent faciliter le maintien des liens sociaux et l'inclusion dans la cité des résidents.

Les EHPAD, organisés pour prendre en charge la grande dépendance, ont vocation à accueillir des personnes plus âgées et plus dépendantes, dans un contexte de proportion croissante de personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs. L'organisation soignante des EHPAD doit tenir compte de cette évolution. La réflexion sur leur évolution doit être menée en cohérence avec la transformation des Unités de soins de longue durée (USLD). Une attention particulière doit être portée aux personnes handicapées vieillissantes, de même qu'aux personnes âgées relevant de soins psychiatriques.

3. Description de l'objectif

Intégrer les EHPAD dans l'offre du territoire en repensant le panier de services de ces établissements.

Faciliter le maintien des liens sociaux et l'inclusion dans la cité des résidents (architecture et organisation), en lien avec les partenaires du droit commun et les acteurs impliqués dans le repérage des fragilités.

Faire évoluer les EHPAD pour prendre en charge la grande dépendance, dont les maladies neurodégénératives et les publics spécifiques.

⁵² Groupements de coopération entre les EHPAD et les Groupement de coopération social et médico-social (GCSMS), qui apportent des réponses adaptées aux besoins de proximité des personnes âgées du territoire



4. Modalités de mise en œuvre

Repenser le panier de services pour ouvrir les EHPAD sur leur territoire

1. Faire évoluer l'offre des EHPAD vers un panier de services ouverts sur la ville

- Ouvrir l'offre existante, proposer de nouveaux services accessibles à tous, en proximité, depuis les EHPAD :
 - Repérage des risques de perte d'autonomie, mise en place d'actions de dépistage (bucco-dentaire, cancers...), de prévention, de culture, d'activité physique adaptée et de lutte contre l'isolement, en mobilisant les moyens des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), en inscrivant les actions et les démarches d'ouverture dans les Contrats locaux de santé (CLS) et autres contrats de territoire, et en mobilisant l'offre culturelle, de loisirs et sportive des territoires.
 - Mise en place d'un dispositif Centre de ressources territorial (CRT) par département.
- Accompagner l'évolution des organisations, des architectures, des espaces : intégrer la dynamique d'EHPAD de demain dans les projets d'investissement, encourager le tiers lieu et l'habitat intermédiaire à proximité de l'EHPAD.
- Inscrire l'évolution du panier de service dans la démarche globale d'amélioration de la qualité : formation des professionnels de l'EHPAD à la notion d'EHPAD de demain, intégration dans les projets d'établissement, de soins et les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

2. Améliorer la coordination des acteurs du territoire autour de l'ouverture des EHPAD et du repérage et de la prévention des personnes âgées en perte d'autonomie dans le cadre de leur parcours

- Renforcer la coordination des acteurs du territoire dans l'ouverture des EHPAD :
 - Soutenir les projets de territoire multi-acteurs proposant des réponses mutualisées et des actions communes (attractivité, Ressources humaines - RH, Qualité de vie au travail - QVT, prévention, socialisation...); favoriser les regroupements de type Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).
 - Prioriser les projets articulés avec les acteurs du domicile.
 - Renforcer l'information et la communication des acteurs du territoire sur la mise en œuvre de leurs actions communes ouvertes sur la ville ; sensibiliser les collectivités locales sur l'aide à la mise en place d'actions portées par les EHPAD ouvertes sur la ville et la facilitation des transports vers et depuis les EHPAD.
- Renforcer la coordination des acteurs du territoire dans la mise en œuvre des parcours des personnes âgées :
 - Accompagner l'expérimentation Icope ; identifier et accompagner les acteurs du territoire dans le repérage des besoins des personnes âgées (Communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS, Maisons de santé pluriprofessionnelles - MSP, médecins généralistes, Dispositifs d'appui à la coordination - DAC, collectivités locales, conseils départementaux - CD...).
 - Définir le rôle de chacun et ses modalités d'interaction avec les autres acteurs.
 - Promouvoir les coordinations locales autour de cas individuels ; soutenir le développement des outils numériques partagés (Sphère/Répertoire opérationnel des ressources - ROR).

Permettre aux EHPAD de mieux accompagner la grande dépendance (GIR 1 et 2) sur leur territoire



1. Faire évoluer l'offre en EHPAD sur chaque territoire pour mieux accompagner les personnes en situation de grande dépendance : définition d'un panier de services socle

- Accueillir les personnes à domicile en situation de grande dépendance dans les murs des établissements et contribuer à lever les freins à leur accueil : ouvrir les PASA à des personnes extérieures sous la modalité accueil de jour ; tester l'accueil de nuit ; développer l'accueil en sortie d'hospitalisation et l'accueil temporaire, l'accueil des aidants ; adapter les modalités d'autorisation et de financement.
- Développer les services portés par l'EHPAD à l'extérieur dans la cité, pour les personnes en situation de grande dépendance vivant à domicile : offre itinérante du type accueil de jour, déplacements des équipes de professionnels de l'EHPAD, offre d'EHPAD à domicile, équipes ressources, équipes mobiles spécialisées.
- Renforcer, en s'appuyant sur des équipes formées et spécialisées de l'EHPAD, l'accueil de personnes âgées en situation de grande dépendance à profil spécifique (maladies neuro-dégénératives, personnes vieillissantes en situation de handicap, personnes avec des troubles psychiatriques...), en fonction des besoins du territoire :
 - Renforcer les effectifs soignants pour pouvoir notamment accueillir les personnes réorientées vers les EHPAD depuis des soins de longue durée.
 - 100 % des EHPAD couverts par un dispositif Infirmier diplômé d'État (IDE) de nuit.
 - Existence d'une offre dédiée aux personnes handicapées vieillissantes sur chaque territoire.
 - Développement du nombre d'EHPAD dotés d'un PASA, avec accompagnement personnalisé, matériels et activités adaptés.
- Accompagner l'évolution des organisations, des architectures, des espaces pour accueillir les publics grands dépendants : respect de critères d'espace et d'équipements dans les projets d'investissement (grandes chambres, lieu de stockage suffisant, adaptation des accès, rails, domotique...).
- Inscrire les évolutions des services des EHPAD dans la démarche globale d'amélioration de la qualité : formation des professionnels de l'EHPAD (fin de vie, soins palliatifs, handicap, Maladie neuro-dégénérative - MND.), intégration dans les projets d'établissement, de soins et les CPOM.

2. Améliorer la coordination des acteurs du territoire pour mieux accompagner les personnes âgées en situation de grande dépendance dans le cadre de leur parcours

- Renforcer l'articulation entre les acteurs du territoire dans le repérage et la prise en charge des besoins des personnes âgées très dépendantes à domicile :
 - Repérer les partenaires du droit commun sur le territoire (médico-sociaux, sociaux, ville et sanitaire) intervenant dans la prise en charge des personnes âgées en grande dépendance ; clarifier le rôle de chacun, les actions mises en œuvre et les portes d'entrée ; informer et communiquer sur les dispositifs existants pour mieux se connaître et se faire connaître.
 - Renforcer les partenariats autour de situations complexes ((cf. **Chapitre 6 : Offre de soins de proximité coordonnée - Parcours Personnes âgées**)).
 - Soutenir le développement des outils numériques pour partager les informations nécessaires afin de faciliter le parcours des personnes âgées.
- Renforcer l'articulation avec les partenaires du secteur sanitaire (offre de recours/d'expertise) pour mieux prendre en charge dans les EHPAD les personnes âgées en grande dépendance en établissement :



- Mieux préparer les sorties des établissements de santé pour une entrée en EHPAD ; mieux accompagner les EHPAD dans des prises en charge spécifiques (troubles du comportement, psychogériatrie, personnes âgées en situation de handicap...).
- Consolider les filières gériatriques et les dispositifs d'aller-vers et de soutien des EHPAD : consolider les astreintes gériatriques ; renforcer les interventions des équipes spécialisées (psychiatrie, psychogériatrique, équipe territoriale d'hygiène, équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs, douleur...) et les interventions de l'Hospitalisation à domicile (HAD) ; favoriser les admissions directes en hospitalisations des personnes âgées.

5. Modalités de suivi et d'évaluation

- *Indicateurs de pilotage et de résultats :*

N°	INTITULE INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE CONNUE	VALEUR CIBLE A 5 ANS
1	Nombre de centres de ressources territoriaux	0	au moins 1 par département
2	Evolution du nombre de places d'hébergement d'EHPAD ciblées sur la grande dépendance (alzheimer, PHV)	3 858 places alzheimer hébergement complet installées 63 places installées PHV	5000 places alzheimer
3	Taux d'EHPAD d'une capacité d'au moins 80 places d'hébergement permanent équipés d'au moins un PASA	63 places installées PHV"	50% des EHPAD d'au moins 80 places d'hébergement permanent équipés d'un PASA



LES OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS





Introduction

La Région doit poursuivre son adaptation de l'offre de santé aux besoins de la population, à la réalité de la démographie des professionnels de santé et aux évolutions des pratiques et modalités de prise en charge.

La tentation du statu-quo, de la préservation de l'offre sans changement, empêche d'anticiper des évolutions incontournables auxquelles la région, d'une manière ou d'une autre, sera confrontée (vieillesse de la population, développement de la prise en charge à domicile, augmentation des exigences de qualité et de sécurité des prises en charge médicales).

C'est pourquoi, l'ARS, dans son PRS, souhaite développer avec exigence l'anticipation des changements à venir. Cette anticipation s'articule autour des grands axes suivants :

- **Développer l'offre de proximité en renforçant la médecine de ville et sa complémentarité avec l'hôpital**
- **Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation pour répondre en proximité aux attentes des patients en privilégiant la transformation de l'offre**
- **Agir sur l'accessibilité territoriale des soins et les inégalités en portant des organisations innovantes et en s'appuyant sur les coopérations entre les acteurs de santé (conventions, dispositifs spécifiques régionaux, mutualisations, ...)**
- **Promouvoir la qualité, la sécurité et la pertinence des soins**
- **Garantir et conforter la continuité et la permanence des soins sur les territoires en développant les liens ville/hôpital, les collaborations au sein des GHT et entre GHT ainsi que celles publiques/privées, les mutualisations**
- **Conforter l'innovation en santé au service des patients (nouvelles pratiques, nouvelles techniques/technologies)**

Ces objectifs impliquent une articulation forte des acteurs publics et privés, de la ville et de l'hôpital, qui, organisés en filières structurées, contribueront à la fluidité et à la pertinence des parcours de soins des patients.

Cette ambition régionale se décline au sein des objectifs propres à chacune des activités de soins et équipements matériels lourds, soumis à autorisation (R 6122-25 et R 6122-26 du code de la santé publique) portant tout à la fois sur des exigences qualitatives (coopération, innovation, continuité des soins, permanence des soins...) attendues mais aussi sur des objectifs quantitatifs de l'offre de soins en terme d'implantations par zone de référence.

Les autorisations d'activité sont délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique, dans le cadre de fenêtre de dépôts des projets promoteurs et d'un dossier formalisé, permettant de s'assurer du respect des conditions d'implantation et de fonctionnement propres à l'activité et de la prise en compte des objectifs du schéma et de ses axes prioritaires. Pour les autorisations réformées, l'ensemble de celles-ci seront réattribuées en application des nouveaux textes.

Ces éléments, comme le respect des conditions d'implantation et de fonctionnement fixées par le code de la santé publique, constituent le socle de base de la gestion des autorisations d'activité de soins.

L'ARS s'attachera à enrichir son analyse au regard également d'une approche globale d'efficacité intégrant par exemple :



- Les capacités optimales ;
- Les taux d'occupation en lits et places ;
- Le taux de couverture de la population au regard de ses besoins ;
- La démographie médicale et paramédicale ;
- La composition des équipes (taux de recours à l'intérim);
- L'intégration de la structure sur son territoire ;
- Les résultats des certifications HAS ;
- La pertinence des hospitalisations ;
- Les taux de recours standardisés.

Des évolutions réglementaires annoncées amèneront au fil de leurs parutions à une révision des objectifs quantifiés de certaines activités de soins. Ainsi, pourraient être concernées dans une échéance proche, les activités non réformées jusqu'alors, telles que la médecine d'urgence, l'insuffisance rénale chronique, les soins de longue durée, la gynécologie obstétrique, les greffes mais également des activités réformées dont le cadre reste à préciser, il s'agit particulièrement de la chirurgie, la médecine nucléaire et de la radiologie interventionnelle.

MÉDECINE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic + contexte/constats à l'issue du SRS 2018 – 2022

Les autorisations de médecine en hospitalisation complète ont été sensiblement maintenues sur le territoire. L'offre de médecine proposée s'est révélée suffisante pour prendre en charge dans des conditions optimales, après réorganisation des organisations internes, l'augmentation du flux de patients liée à la crise sanitaire. La répartition de l'offre de soins et des lits de médecine en région permet à ce jour à une majorité de la population de bénéficier d'un accès aux services de médecine dans un délai moyen de 30 à 45 mn. L'offre de **lits de soins palliatifs** reste stable et s'élève à 340 (+2 par rapport à 2018). On note une progression de **l'ambulatoire en médecine** tant dans les établissements publics que les établissements privés.

Suite à la crise sanitaire, la **téléconsultation** s'intègre progressivement dans les parcours de santé. **Des parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées de 75 ans et plus** sont en cours de construction en région, suite à la parution du Pacte de refondation des urgences.

En moyenne sur la région, les hospitalisations des patients de plus de 75 ans représentent une fourchette entre 31 et 38 % des séjours de médecine selon les départements.

Les implantations au 31 mars 2023 :

SRS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE		
Médecine		
ZONES D'IMPLANTATION	Nombre d'implantations géographiques existantes au 31/03/2023	
	Implantations médecine	Dont autonome
Cher (18)	5	1
Eure-et-Loir (28)	7	1
Indre (36)	6	0
Indre-et-Loire (37)	11	0
Loir-et-Cher (41)	5	0
Loiret (45)	11	1

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Le cadre réglementaire est rénové par décrets du 25 juillet 2022. Ainsi, l'activité de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, de pathologies aiguës ou chroniques, des patients dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, dans un établissement de santé, en hospitalisation à temps complet ou partiel.

Le titulaire de l'autorisation doit **s'assurer du recueil et de l'analyse de données issues des pratiques professionnelles**, dans une finalité **d'amélioration des pratiques et de gestion des risques**.

Le titulaire de l'autorisation de médecine dispose sur son site :

- De moyens d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, adaptés à l'âge et à l'autonomie du patient.
 - > Par dérogation, l'autorisation peut être accordée à un demandeur disposant sur son site d'une seule forme d'hospitalisation à condition : soit qu'il détienne une autre autorisation de médecine proposant la forme d'hospitalisation manquante sur un site à proximité ; soit



qu'il conclut une convention avec un autre titulaire proposant la forme d'hospitalisation manquante situé sur le même site, ou à défaut, sur un site à proximité.

- D'une organisation permettant l'accueil des patients en séjour programmé ou, lorsque l'état de santé l'exige s'agissant d'une **personne âgée et à la demande expresse d'un médecin, en admission directe.**
 - > Mise en place de moyens **d'échanges directs avec les médecins et les établissements du territoire.** Le titulaire de l'autorisation de médecine dispose dans un délai compatible avec la sécurité des soins d'un accès, sur site ou par convention, aux :
 - Examens d'imagerie médicale (notamment par échographie, scanographe à utilisation médicale et par appareil d'imagerie par résonance magnétique nucléaire) ;
 - Examens de biologie médicale et d'anatomopathologie

La volonté régionale est de maintenir et **de conforter le maillage existant des hôpitaux bénéficiant du label « hôpital de proximité ».**

4. Objectifs qualitatifs :

AXE 1 : Soutenir une organisation de prise en charge de la personne âgée.

- **Organiser un parcours spécifiquement adapté pour les patients vulnérables ou ayant plus de 75 ans,** sur l'ensemble des territoires et au plus près des lieux de vie. **L'expertise gériatrique sera coordonnée** au sein d'un parcours de santé qui peut s'avérer complexe. Ce parcours sera favorisé par l'admission des patients en hospitalisation sans passage par les services d'accueil des urgences.
- Certains hôpitaux de jour pourraient **développer des soins plus spécialisés ou traiter l'aspect préventif auprès de ces patients.** (Cf offre de proximité et parcours personne âgée). En effet, l'hôpital de jour gériatrique est un levier sur lequel s'appuyer en vue de désengorger les services hospitaliers tout en offrant un confort aux malades, qui ne sont plus obligés d'être hospitalisés, pour la même efficacité en termes de soins.

AXE 2 : Organiser les parcours de soins entre proximité et recours.

- Développer les protocoles de coopérations et de consultations avancées entre les différentes structures de soins du territoire. **La coordination de l'offre de recours est un enjeu majeur entre les établissements dit supports et ceux de proximité.** Aussi, un patient doit pouvoir bénéficier d'une offre de soins adaptée sur l'établissement au plus proche de chez lui, mais si son état de santé le nécessite, l'articulation de l'offre lui permettra une prise en charge en secteur spécialisé dans un centre de recours avant de revenir sur son établissement d'origine. **Cette volonté de coopération publique/publique – publique/privée** permettra de fluidifier des parcours au bénéfice des patients en proposant l'ensemble des modalités de prise en charge de manière concertée entre hôpital de proximité et établissement de santé de recours.

AXE 3 : Développer les parcours hospitalier / hospitalisation de jour / médecine de ville

- Définir la mise en place d'un parcours de soins spécifique, à visée diagnostique et ou thérapeutique, **au travers de séjours en hospitalisation de jour, ou sur des temps d'hospitalisations de semaine de 4 jours maximum** (ex : mardi → vendredi). Ces temps devront permettre la mise en place de **consultations spécialisées.** Ces bilans qualifieront les patients et permettront des données précises sur leur état de santé de façon prospective, ainsi que le parcours de santé nécessaire pour éviter les



phases aiguës. Ces consultations pourront s'appuyer sur des outils tels que la télémédecine et la télé-expertise, avec l'aide des professionnels de santé que sont les IPA.

- Proposer un **parcours de soins ambulatoire territorial coordonné** à l'issue de cette évaluation, en lien avec le médecin traitant et les CPTS. Ainsi, cela permettra au patient un suivi régulier, évitant ainsi les hospitalisations sur des décompensations sévères. Ce parcours renforcera également le lien ville-hôpital. **Le lien hospitalisation complète / hôpital de jour doit être au cœur de ces parcours.**
- **Evaluer la pertinence des prises en charge** pour offrir à la population la meilleure modalité (HC/HDJ).

AXE 4 : Anticiper les besoins saisonniers dans les unités de médecine enfants :

- Etablir des **plans d'actions en vue d'anticiper les maladies saisonnières** occasionnant des pics d'activités et de flux important dans les unités. Cela permettra d'éviter ou diminuer la saturation des services, mais également d'améliorer les conditions de prise en charge des jeunes patients.

AXE 5 : Soutenir l'offre en lien avec les besoins de la population en travaillant en priorité sur les réouvertures de lits.

La région doit veiller à maintenir à minima l'offre actuelle tout en optimisant les ratios d'équipements par territoire. Deux leviers sont identifiés, à ce stade, pour atteindre cet objectif :

- Une taille critique de 25 lits doit être recherchée pour garantir un équilibre entre proximité, efficacité des soins et attractivité pour les professionnels de santé.
- Le nombre de lits réellement ouverts. La réouverture des lits pour les structures actuellement autorisées avant toute nouvelle autorisation de médecine en hospitalisation complète sera analysée.

Les services de médecine doivent également fléchir des lits de repli pour la néphrologie et construire des parcours patients avec des lits à orientation neurovasculaire, cardiologique et diabétologique dans les établissements de proximité,

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Médecine	
	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
	Minimum	Maximum
Cher (18)	4	4
Eure-et-Loir (28)	6	7
Indre (36)	6	6
Indre-et-Loire (37)	11	11
Loir-et-Cher (41)	5	5
Loiret (45)	9	9
TOTAL	41	42

6. Indicateurs

- Nombre d'entrées directes dans les services de médecine des patients âgés de plus de 75 ans.
- Taux d'occupation des lits identifiés supérieur à 87 %.
- Nombre de passages aux urgences suivi d'une hospitalisation des patients inscrits dans les parcours de soins territoriaux.
- Taux d'occupation des lits en médecine enfant (pédiatrie) lors des pics épidémiques.
- Durée moyenne de séjour des patients âgés de plus de 75 ans.

CHIRURGIE

Introduction

L'activité de soins de chirurgie consiste en la prise en charge à visée diagnostique ou thérapeutique des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel quelle que soit la voie d'abord et la mise en œuvre d'une continuité des soins.

Cette activité requiert, pour sa réalisation, des niveaux d'environnement adaptés à la complexité et au niveau de risque du geste, ainsi qu'au type de patient pris en charge. Ces soins s'inscrivent dans une prise en charge globale des patients. Elle comporte également des actions de prévention et d'éducation à la santé.

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Éléments de diagnostic + contexte/constats à l'issue SRS 2018 – 2022 – Situation des implantations au 31/03/2023.

L'offre de chirurgie est complète en région Centre Val de Loire. Le nombre de sites autorisés s'élève au 31 mars 2023 à 30.

SRS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE			
ZONES D'IMPLANTATION	HC	Dont partielle	HDJ Autonome
Cher (18)	4	4	0
Eure-et-Loir (28)	3	3	2
Indre (36)	3	3	0
Indre-et-Loire (37)	8	8	0
Loir-et-Cher (41)	4	4	0
Loiret (45)	6	6	0
TOTAL	28	28	2

Le taux régional de chirurgie ambulatoire s'établit en 2021 à 62.19%. L'Eure-et-Loir atteint même 64.9% et le Loiret 66.3%.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités.

Le cadre réglementaire est rénové par décrets du 29 décembre 2022. Ils concernent la chirurgie, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie. Concernant la chirurgie, seule autorisation de soins traitée dans ce chapitre, elle se décline dorénavant en trois modalités :

- La chirurgie adulte qui se répartit ensuite en **11 pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS)**,
- La chirurgie pédiatrique pour les enfants de moins de 15 ans. Celle-ci peut aller si besoin jusqu'à 18 ans. **Cette autorisation est obligatoire** pour les spécialités chirurgicales viscérales (digestif et viscéral, gynécologique, urologique thoracique et hépatique) et chirurgie orthopédique (orthopédie et traumatologie). A défaut d'une autorisation spécifique de chirurgie pédiatrique, une autorisation de chirurgie adulte peut dans certaines conditions permettre de réaliser certaines activités de chirurgie pédiatrique.
- La chirurgie bariatrique, dorénavant **soumise à seuil** fixé par arrêté du ministre en charge de la santé en date du 29 décembre 2022.



Cette réforme des autorisations de chirurgie impulse une nouvelle dynamique dans l'approche des parcours patients. Concernant la chirurgie adulte et ses 11 PTS, il est posé comme orientation une **couverture départementale pour les PTS 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11 et une couverture régionale ou interdépartementale pour les PTS 3, 4 et 8⁵³**. La complémentarité pour les PTS départementales devra être recherchée entre les ES du département afin de garantir à la population une offre complète de prise en charge.

Le titulaire de l'autorisation de chirurgie peut sous certaines conditions réaliser une activité de soins de radiologie interventionnelle (secteur interventionnel à accès contrôlé, plateau technique adapté...). L'objectif est de pouvoir développer l'activité interventionnelle pour limiter certains actes de chirurgie.

Concernant la chirurgie pédiatrique, un Dispositif Spécifique Régional (DSR) devra se constituer sur la base d'un cahier des charges national, afin de rendre lisible la filière pédiatrique.

4. Objectifs qualitatifs :

→ **AXE 1 : Chirurgie ambulatoire :**

Poursuivre le déploiement de la chirurgie ambulatoire en formalisant les circuits de prise en charge, en s'appuyant sur les évolutions à venir des pratiques professionnelles, sur les plans **techniques et technologiques**. Les parcours doivent se faire via des filières chirurgicales en distinguant ce qui relève du bloc opératoire chirurgicale nécessitant une hospitalisation complète ou ambulatoire. Mais ils doivent tenir compte également de la pertinence des actes au bloc opératoire et ainsi, organiser ce qui peut être fait en intervention locale dans les zones types « salle blanche ».

→ **AXE 2 : Permanence des soins :**

- Assurer pour cette activité de soins **une permanence de soins adaptée** et répondant aux besoins locaux, sur des critères objectifs **via des coopérations ou des mutualisations publiques/publiques ou publique/privée** afin de garantir la sécurité des soins dans un contexte de démographie médicale déficitaire.

→ **AXE 3 : Parcours territorial :**

- Mettre en place un **parcours territorial de l'opéré**, avec un lien fort entre unité de soin en chirurgie, hôpitaux de proximité et les unités de SMR. **Les liens inter-établissements**, confortés pas les dispositifs d'appuis à la coordination doivent permettre aux patients de bénéficier d'un parcours de réhabilitation organisé, précoce, et adapté à ses besoins.

→ **AXE 4 : Renforcement des parcours complets en chirurgie bariatrique :**

53 Les PTS sont précisées dans le décret du 29/12/2022 : 1.Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale; 2.Chirurgie orthopédique et traumatologique; 3.Chirurgie plastique reconstructrice; 4.Chirurgie thoracique et cardiovasculaire à l'exception de l'activité mentionnée à l'article R. 6123-69; 5.Chirurgie vasculaire et endovasculaire; 6.Chirurgie viscérale et digestive; 7.Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins mentionnée au 3.de l'article R. 6122-25; 8.Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière; 9.Chirurgie ophtalmologique; 10.Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale; 11.Chirurgie urologique.



L'organisation et la participation à un programme personnalisé du patient sont impératifs. La prise en charge chirurgicale doit être concertée, coordonnée et suivie par l'ensemble des acteurs. La continuité des soins doit être clairement définie au sein d'un parcours intra et inter-établissements afin de garantir qualité et sécurité. Le travail des Centres spécialisés Obésité (CSO) de la RCVL a vocation à créer un réseau d'établissements de santé assurant cette activité en travaillant tant sur l'amont et l'aval de la prise en charge.

5. Objectifs quantitatifs

Au regard de la réforme des autorisations, il sera nécessaire de déposer des demandes distinctes pour la chirurgie adulte, pédiatrique et bariatrique. Concernant la chirurgie adulte, les PTS devront être précisées dans le dossier de demande d'autorisation.

Implantations Chirurgie adulte

ZONES D'IMPLANTATION	Chirurgie adultes Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)			
	HC / HDJ		AMBULATOIRE	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
Cher (18)	3	4	0	1
Eure-et-Loir (28)	3	3	2	2
Indre (36)	2	3	0	1
Indre-et-Loire (37)	6	7	0	1
Loir-et-Cher (41)	3	4	0	1
Loiret (45)	5	6	0	1
TOTAL	22	27	2	7

Chirurgie pédiatrique

ZONES D'IMPLANTATION	Chirurgie pédiatrique Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)			
	HC / HDJ		AMBULATOIRE	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
Cher (18)	1	2	1	2
Eure-et-Loir (28)	2	2	1	1
Indre (36)	1	1	1	1
Indre-et-Loire (37)	1	2	1	2
Loir-et-Cher (41)	1	2	1	2
Loiret (45)	3	3	1	2
TOTAL	9	12	6	10

Chirurgie bariatrique :

ZONES D'IMPLANTATION	Chirurgie bariatrique Nombre d'implantations géographiques HC (SRS 2023-2028)	
	Minimum	Maximum
Cher	1	1



Eure et Loir	1	1
Indre	1	1
Indre et Loire	2	2
Loir et Cher	1	1
Loiret	2	2
TOTAL	8	8

6. Indicateurs

- Taux de chirurgie ambulatoire.
- Taux de rotation des places en chirurgie ambulatoire.
- Nombre de déclaration d'événements indésirables graves (E.I.G)
- Le taux de suivi des indicateurs de qualité et de vigilance des ES.
- Taux de fuite par mention.

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic – Situation des implantations

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins ont été atteints.

SRS-OQOS-IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE				
	Graduations	Cible		Bilan au 24/01/23
		Mini	Maxi	
Région Centre-Val de Loire	Unité obstétrique	5	11	8
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	4	4	4
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	4	4	4
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	2	2	2
	TOTAL	15	21	18
	TOTAL Centres Périnataux de Proximité (CPP) ⁵⁴ *	4	9	7

Malgré des objectifs atteints, l'année 2022 a connu des fermetures temporaires auprès de certaines maternités dans la région. Cela a eu un fort impact sur l'organisation qui s'est vue dégrader et les établissements contraints de limiter une partie de leurs activités.

La fragilité de l'offre reste liée à la démographie des professionnels de santé suite à des départs à la retraite, mais aussi le recours à l'intérim.

Deux maternités se sont vues contraintes de fermer, mais ont été remplacées par des CPP pour maintenir l'offre de proximité, dont un en lien étroit avec une maternité.

L'un des enjeux sera de consolider l'offre existante.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales

Les orientations nationales vont vers la consolidation de parcours de soins adaptés, le dépistage et la prise en charge des vulnérabilités, la mise en œuvre d'un milieu propice au développement des compétences psychosociales. A l'échelon national, compte tenu de la baisse du nombre de maternités, il y a un engagement des maternités permettant d'offrir une solution d'hébergement temporaire pour les patientes résidant à plus de 45 minutes.

⁵⁴ Les CPP sont notés pour information mais ne relèvent pas d'OQOS.



En région Centre-Val de Loire, la **priorité reste de proposer des parcours de soins de qualité et sécurisés**, en permettant une orientation correcte des patients et parents tenant compte de leurs spécificités et de leurs souhaits.

4. Objectifs qualitatifs :

Axe 1 : Améliorer les conditions de la grossesse et de la naissance :

Cette priorité est en lien notamment avec le *parcours Santé maternelle et infantile* du PRS 3.

Objectif 1 : Orientation, transfert, sécurité, parcours adaptés pour chaque patiente et son(es) enfant(s)

- Evaluer les risques afin de suivre, conseiller et orienter au mieux la femme tout au long de la grossesse ainsi que lors de son accouchement :
 - Renforcer l'accès aux entretiens pré et postnataux
 - Améliorer la capacité à accompagner les patients vulnérables en favorisant la pluridisciplinarité au sein des parcours
- Gradation de l'offre permettant à chaque patiente d'être prise en charge dans une maternité adaptée à son niveau de risque.
 - Consolidation de l'offre de soin notamment en unité de soin intensif de néonatalogie
 - Organisation et suivi des transferts in utero accompagnés par le réseau Périnatal.
 - Conforter les services qui sécurisent la prise en charge pédiatrique
 - Assurer la qualité et la sécurité des prises en charge en maternité
- Développement d'une culture de la sécurité et qualité des soins pour les professionnels de santé :
 - Formation continue par le réseau périnatal
 - Organisation de Revue de Morbi -Mortalité (RMM) et revue des Evènements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS)
- Accompagner la création d'au moins une maison de naissance sur le territoire
- Réduire les délais d'accès à la PMA
- Dépister précocement et mieux accompagner les nouveaux- nés et jeunes enfants le nécessitant :
 - Poursuivre les actions de dépistage :
 - Dépistage néonatal
 - Poursuite du dépistage des troubles de l'audition
 - Poursuivre le suivi adapté des enfants vulnérables par le réseau Grandir Ensemble en Région Centre.
- Anticiper les situations de tension et de crise :
 - Anticiper les tensions hospitalières et les pics épidémiques
 - Anticiper l'évolution démographique des professionnels de santé en favorisant les délégations de pratique, les protocoles de coopération et les nouvelles pratiques.

Objectif 2 : Consolidation/diversification de l'offre de proximité

- Permettre à chaque maternité d'adapter leur offre au besoin du bassin de population :
 - En diversifiant l'offre des maternités réalisant moins de 1000 accouchements par an



- En recentrant l'activité sur leur cœur de métier pour les maternités réalisant plus de 1000 accouchements par an ou qui ont une mission de recours
- Confirmer le rôle du CPP dans le suivi de grossesse : l'offre de soin propose une prise en charge des consultations tout au long de la grossesse, mais aussi dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité. Leur rôle pourra s'élargir à la prévention et au dépistage.
- Permettre à chaque acteur d'enrichir son rôle
 - Conforter le rôle des sages-femmes, leur permettant de diversifier leur exercice
 - Renforcer le rôle des infirmières puéricultrices
- Permettre une sortie de maternité adaptée au souhait des parents et au contexte familial :
 - Sortie précoce
 - HAD (mention ante et post-partum et mention Enfants de moins de 3 ans)
 - Développement des entretiens postnataux

Axe 2 : Améliorer la santé des femmes

- Garantir la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées :
 - Garantir l'accès à l'IVG en maintenant l'offre et permettant son élargissement aux termes entre 14 et 16 SA
 - Améliorer l'accès à la contraception
- Améliorer la prise en charge de l'endométriose
 - Mettre en place un dispositif régional de coordination pour mieux organiser les filières de soin
- Ouvrir la possibilité aux femmes victimes de violence d'être mieux prises en charge et dépistées en sensibilisant les professionnels et proposant des unités d'accueil offrant un point d'entrée dans un dispositif transversal de prise en charge

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Les implantations tiennent compte de la démographie des professionnels de santé, de son évolution afin de garantir la sécurité des prises en charge dans chaque structure maintenue tout en permettant de poursuivre les suivis de grossesse et du post partum non immédiats en proximité.



ZONES D'IMPLANTATION	Gynécologie-Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)			
	Graduations	Bilan au 24/01/23	Minimum	Maximum
Cher (18)	Unité obstétrique	3	2	3
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	TOTAL	4	3	4
	CPP*	0	0	1
Eure-et-Loir (28)	Unité obstétrique	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	TOTAL	2	2	2
	CPP*	2	2	2
Indre (36)	Unité obstétrique	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	TOTAL	1	1	1
	CPP*	2	2	2
Indre-et-Loire (37)	Unité obstétrique	1	0	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	1	1	1



	TOTAL	3	2	3
	CPP*	2	2	3
Loir-et-Cher	Unité obstétrique	3	2	3
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	0	0	0
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	0	0	0
	TOTAL	4	3	4
	CPP*	0	0	1
Loiret (45)	Unité obstétrique	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unité obstétrique et unité Néonatalogie avec soins intensifs et unité de réanimation	1	1	1
	TOTAL	4	4	4
	CPP ⁵⁵	1	1	1
TOTAL	Unités d'obstétrique	18	15	18
	CPP	7	6	10

*

6. Indicateurs

- Taux d'Entretiens prénataux précoces (EPP) réalisés à 54% en 2022 pour une cible à 70%.
- Taux de grands prématurés nés en dehors des maternités de niveau 3.

⁵⁵ CPP : les Centres Périnataux de Proximité ne relèvent pas des OQOS.



PSYCHIATRIE

1. Zones de référence

- La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic - Situation des implantations

Au 1^{er} janvier 2023, 25 établissements de santé sont autorisés en psychiatrie dont 23 en psychiatrie de l'adulte et 14 en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (2 exclusivement).

Le bilan au 31 mars 2023 des objectifs quantifiés de l'offre de soins de psychiatrie est le suivant :

	Modalités de soins	OQOS autorisé
Psychiatrie adultes	Hospitalisation à temps plein	30
	Hospitalisation à temps partiel de jour	46
	Hospitalisation à temps partiel de nuit	13
	Placement familial thérapeutique ⁵⁶	272
	Appartements thérapeutiques ⁵⁷	60
	Centres de crise	4
	Centres de postcure psychiatrique	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation à temps plein	10
	Hospitalisation à temps partiel de jour	26
	Hospitalisation à temps partiel de nuit	1
	Placement familial thérapeutique (1)	27
	Appartements thérapeutiques (1)	0
	Centres de crise	0
	Centres de postcure psychiatrique	0

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales

Depuis juin 2018, le domaine de la santé mentale et la psychiatrie fait l'objet d'une feuille de route transversale s'articulant autour de 3 axes :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Cette stratégie a été enrichie de nouvelles mesures issues des Assises de la psychiatrie et de la santé mentale et consolidée au 1^{er} mars 2023. Les différents axes sont déclinés au sein du parcours spécifique « santé mentale » du projet régional de santé et ont vocation à trouver leur traduction au plus près des territoires, notamment dans le cadre de la dynamique des projets territoriaux de santé mentale.

La réforme nationale des autorisations s'est traduite, par ailleurs, par la parution de deux décrets en date du 28 septembre 2022 et d'un arrêté en date du 2 mars 2023 définissant désormais les conditions d'implantation et de fonctionnement de l'activité de soins de psychiatrie et fixant les modalités de prise en charge pouvant être déployées en dehors du site autorisé.

⁵⁶ En nombre de places

⁵⁷ En nombre de places



L'activité de soins de psychiatrie est désormais organisée en 4 mentions :

- psychiatrie de l'adulte
- psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- psychiatrie périnatale
- soins sans consentement

4. Objectifs qualitatifs :

Les différentes évolutions attendues dans le secteur de psychiatrie vont être guidées par la nouvelle réglementation qui encadre désormais l'activité.

L'objectif général est de renforcer la qualité et la sécurité des soins et des pratiques en psychiatrie, d'améliorer l'accessibilité aux soins et les parcours de soins et de renforcer les coopérations entre acteurs sur un même territoire.

L'activité de psychiatrie doit comprendre les actions à visée préventive, diagnostique, thérapeutique et de réadaptation et s'inscrire dans une logique d'organisation territoriale, intégrant l'ensemble des établissements autorisés afin de proposer des parcours de soins répondant aux besoins identifiés sur le territoire.

Au sein de cette organisation territoriale, chaque établissement devra mettre en œuvre un certain nombre d'objectifs :

- **Organiser la continuité des soins et l'accès aux soins non programmés**
- **Prévenir et structurer la prise en charge des crises et des urgences psychiques**
- **Organiser un parcours de soins personnalisé des patients, incluant la prise en compte de ses comorbidités somatiques et addictives et l'accès à des soins de réhabilitation psycho-sociale afin de contribuer à sa réinsertion et son inclusion sociale.**
- **Développer « l'aller-vers » des équipes de psychiatrie sur les lieux de vie et apporter un appui aux professionnels dans la construction du parcours de santé et l'orientation des usagers** (professionnels de premier recours, établissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux), y compris via une activité de télésanté.
- **Mettre en place une organisation spécifique et adaptée notamment** au passage à l'âge adulte afin d'assurer la continuité de la prise en charge et concernant les personnes âgées pour lesquelles la mobilisation de compétences de psychiatrie de la personne âgée, de gériatrie et de neurologie devra être organisée.

Au-delà de ces aspects désormais réglementés, 6 enjeux prioritaires sont été identifiés en région Centre Val-de-Loire pour le secteur de psychiatrie:

- **Réduire les hospitalisations inadéquates notamment les hospitalisations au long cours**
Un certain nombre de patients sont maintenus dans les services d'hospitalisation en temps plein sur une longue durée (437 patients adultes sont hospitalisés depuis plus d'un an en 2021 en région CDVL), notamment par défaut ou insuffisance de réponses sociales ou médico-sociales adaptées. Le mouvement de transformation de l'offre de soins de psychiatrie vers une offre médico-sociale devra être poursuivie (en fonction du profil des usagers, vers des établissements pour personnes âgées ou en situation de handicap).
- **Développer les alternatives à l'hospitalisation temps plein** et notamment renforcer les prises en charge en hôpital de jour et en ambulatoire, y compris sous forme intensive et à domicile, faire évoluer les organisations afin de réduire les délais d'attente pour un premier rendez-vous en ambulatoire (centre médico-psychologique notamment).
- **Recentrer l'activité de psychiatrie sur la réponse aux besoins de la population du Centre-Val de Loire** au regard du recrutement extra-régional pouvant être important dans certains établissements.



- **Conforter l'offre de soins de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** (un effort est attendu notamment sur la prise en charge des publics suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance et la Protection Judiciaire de la Jeunesse) **et poursuivre le développement des offres spécialisées** (personnes âgées, publics précaires, prise en charge des psychotraumatismes et des troubles du comportement alimentaire, soins de réhabilitation psychosociale).
- **Promouvoir les droits des patients par la réduction des soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention et le développement de leur « empowerment »**
Les soins psychiatriques « libres » sont la règle (consentement du patient aux soins) et les soins « sans consentement », l'exception. En cas de prise en charge en soins sans consentement, l'isolement et la contention des patients doivent être des pratiques de dernier recours (mise en oeuvre d'un plan de prévention et de réduction). Par ailleurs, il s'agira de déployer les directives anticipées en psychiatrie. Le développement de l'éducation thérapeutique des patients, l'accès à des soins de réhabilitation psychosociale ainsi que les interventions de médiateurs santé pairs dans les services de psychiatrie représenteront par ailleurs d'importants leviers d'empowerment.
- **Moderniser le secteur de psychiatrie** par la promotion de l'innovation et de la recherche, le développement de la formation des professionnels et des pratiques avancées, une meilleure accessibilité à certains actes techniques (Électro-convulso-thérapie notamment) ainsi que le développement de l'usage du numérique.
- **Grader les soins sur chacun des territoires**, en tenant compte des grands principes suivants :

Niveau I (soins primaires) : offre de premier recours, porte d'entrée dans le système de soins, il se structure autour d'une offre ville-hôpital englobant les acteurs de soins primaires (médecins généralistes, psychiatres libéraux, psychologues) et les prises en charge de première intention réalisées par les acteurs hospitaliers (centres médico-psychologiques) ou certaines structures pluridisciplinaires (ex : maisons des adolescents). Une attention particulière sera portée à l'accessibilité de la population à ce niveau I en termes de délais de rendez-vous et de prise en charge.

Niveau II ou secondaire : regroupe des services spécialisés portés par la psychiatrie hospitalière privée ou publique dont une partie des structures de soins est déconcentrée dans la cité (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques...). Ce niveau assure la prévention, le diagnostic, les soins et la réadaptation et réhabilitation psychosociale pour l'ensemble des pathologies mentales.

Niveau III ou tertiaire : constitué de centres de référence et d'expertise, il comprend les services de soins les plus spécialisés dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une vocation régionale ou interdépartementale, voire inter-régionale. Ces centres ont également une vocation d'enseignement et de recherche.

- **Conforter et développer l'offre de référence et d'expertise**, développée au sein du chapitre « offre de recours et de référence » qui a pour objectif de cartographier les centres experts existants et à venir.

Sont particulièrement identifiés :

- Un centre de référence régional en matière de troubles de la conduite alimentaire
- Un centre de référence régional de psychiatrie de la personne âgée
- Une unité de soins intensifs psychiatriques à vocation régionale

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Pour chacune des 4 mentions, les titulaires d'autorisation d'activité de soins de psychiatrie proposent des prises en charge sous forme de séjours à temps complet, à temps partiel et de soins ambulatoires, y compris des soins à domicile, sur site ou par convention avec un autre titulaire.



Mention « Psychiatrie de l'adulte » :

ZONES D'IMPLANTATION	Mention	Psychiatrie de l'adulte Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
		Minimum	Maximum
Cher	Psychiatrie de l'adulte	3	4
Eure et Loir	Psychiatrie de l'adulte	3	4
Indre	Psychiatrie de l'adulte	2	3
Indre et Loire	Psychiatrie de l'adulte	8	10
Loir et Cher	Psychiatrie de l'adulte	6	6
Loiret	Psychiatrie de l'adulte	5	6
TOTAL	Psychiatrie de l'adulte	27	33

6. Evolutions attendues :

- Réduction attendue du nombre de lits d'hospitalisation au long cours par redéploiement le cas échéant vers une offre médico-sociale adaptée.
- Possibilité de réduction de sites hospitaliers en temps plein, par regroupement.
- Renforcement de l'offre dédiée à la prise en charge des troubles psychiatriques de la personne âgée, en lien avec la filière gériatrique (cible d'une unité dédiée d'hospitalisation temps plein et d'une équipe mobile ayant des compétences en psychiatrie de la personne âgée par territoire).
- Augmentation attendue des capacités d'hospitalisation en hôpital de jour, notamment pour les territoires les moins équipés. La mise en place d'un nouveau site d'hôpital de jour ou l'augmentation des capacités d'un site d'hôpital de jour existant se réalisera de façon privilégiée par un redéploiement des lits d'hospitalisation en temps plein (création d'1 place par transformation de 2 lits temps plein).

Mention « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » :

ZONES D'IMPLANTATION	Mention	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
		Minimum	Maximum
Cher	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1	1
Eure et Loir	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	3	3
Indre	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1	1
Indre et Loire	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	4	4
Loir et Cher	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	3	3
Loiret	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2	3
TOTAL	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	14	15



Evolutions attendues :

- Renforcement de l'offre de psychiatrie des enfants et des adolescents, notamment en termes de capacités d'hospitalisation temps plein⁵⁸ et en hôpital de jour.
- Possibilité d'identification d' « unités de transition » permettant la prise en charge des grands adolescents et jeunes adultes (unité dite « mixte »), par réorganisation interne des établissements.

Mention « Psychiatrie périnatale » :

ZONES D'IMPLANTATION	Mention	Psychiatrie périnatale Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
		Minimum	Maximum
Cher	Psychiatrie périnatale	1	1
Eure et Loir	Psychiatrie périnatale	1	2
Indre	Psychiatrie périnatale	1	1
Indre et Loire	Psychiatrie périnatale	1	2
Loir et Cher	Psychiatrie périnatale	1	1
Loiret	Psychiatrie périnatale	1	2
TOTAL	Psychiatrie périnatale	6	9

Organisation cible de l'offre de psychiatrie périnatale

- Pour cette nouvelle mention, il est attendu a minima la mise en œuvre d'une autorisation intégrant une activité ambulatoire et à temps partiel par département.
Deux implantations sont souhaitables sur les trois départements enregistrant plus de 4000 naissances par an.
- Concernant l'hospitalisation à temps plein, il est souhaitable, afin de répondre au mieux aux besoins de la région, que deux sites puissent, parmi les OQOS ci-dessus, assurer la prise en charge des patientes et de leurs bébés. Au regard des données populationnelles et de natalité, ces deux implantations sont attendues en Indre et Loire et dans le Loiret.

⁵⁸ y compris au titre de la pédopsychiatrie de liaison afin d'intervenir au sein des services hospitaliers accueillant des enfants : pédiatrie et services d'urgences notamment



« Soins sans consentement » :

ZONES D'IMPLANTATION	Mention	Soins sans consentement Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
		Minimum	Maximum
Cher	Soins sans consentement adultes	1	1
	Soins sans consentement mineurs	1	1
Eure et Loir	Soins sans consentement adultes	3	3
	Soins sans consentement mineurs	3	3
Indre	Soins sans consentement adultes	1	1
	Soins sans consentement mineurs	1	1
Indre et Loire	Soins sans consentement adultes	3	5
	Soins sans consentement mineurs	3	3
Loir et Cher	Soins sans consentement adultes	3	3
	Soins sans consentement mineurs	2	2
Loiret	Soins sans consentement adultes	3	3
	Soins sans consentement mineurs	2	2
TOTAL	Soins sans consentement adultes	14	16
	Soins sans consentement mineurs	12	12

Organisation cible des soins sans consentement :

Adultes :

- Les établissements proposent a minima une prise en charge des soins sans consentement sous forme ambulatoire et en temps partiel.
- Un site a minima par territoire propose des prises en charge en soins sans consentement en temps plein (possibilité de regroupement des prises en charge en temps plein sur 1 site).

Mineurs :

- Les établissements proposent a minima une prise en charge des soins sans consentement sous forme ambulatoire et en temps partiel.
- Un site par territoire propose des prises en charge en soins sans consentement en temps plein.

7. Indicateurs

- **Nombre de mesures de soins sans consentement et part des patients en SSC sur la file active totale:**
Baisse attendue
(2021 : 3450 mesures, 5.7% de la file active en SSC)
- **Nombre de mesures d'isolement et de contention et part des patients concernés sur file active des patients hospitalisés en temps plein en SSC :** Baisse attendue
(2021 : respectivement 3482 et 288 mesures, et 48.9% et 8.4% des patients suivis en SSC)
- **Nombre de passages aux urgences pour motif psychiatrique :** Baisse attendue
(2022 : 15 900, soit 1.9% des résumés de passage aux urgences)
- **Taux d'évolution de l'activité de psychiatrie réalisée en extra-hospitalier (domicile, ESMS, somatique, autres) :** Hausse attendue
(2021 : 101 710 actes, soins et intervention en externe)



SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

Introduction

Les Soins médicaux et de réadaptation (SMR) représentent pour notre système de santé un acteur majeur de sa transformation, de son évolution. Ils ont pour objectif premier d'optimiser l'activité fonctionnelle et de préserver l'autonomie des personnes. Les bénéfices attendus d'un séjour en SMR sont l'amélioration de la qualité de vie du patient, la réduction des facteurs de risques, la réduction du nombre de ré hospitalisations, la réduction de morbi-mortalité et la réduction des coûts de santé. L'évolution de certains profils patients orientés en SMR ces dernières années imposent aux SMR de répondre désormais à trois enjeux majeurs : prendre en charge des patients avec des déficiences chroniques du fait du vieillissement de la population et des progrès thérapeutiques ; prendre en charge des patients plus précocement en aval du Médecine chirurgie obstétrique (MCO) et donc plus à risque ; prendre en charge des patients poly pathologiques ou complexes. Les SMR succèdent aux Soins de suite et réadaptation (SSR).

Les textes réglementaires encadrant les activités de soins SMR ont été publiés le 11 janvier 2022 par décret, puis le 28 septembre 2022 par une instruction. Ces nouveaux décrets règlementant l'activité de SMR confortent ces établissements comme des effecteurs de soins très diversifiés, capables de proposer des actes diagnostiques, des actes thérapeutiques en situation subaiguë et chronique, de prévention, d'éducation thérapeutique et de réinsertion. La réforme de l'autorisation des activités de SMR en précise les conditions d'implantation (CI) et les conditions techniques de fonctionnement (CTF), avec des ajouts, modifications ou précisions pour certaines mentions et modalités. Un cadre réglementaire est désormais donné à la mention « Polyvalent », les CTF de la mention « Gériatrie » évoluent, les modalités « Cancers » et « Pédiatrie » sont créées. Il convient donc d'en tenir compte pour la planification de l'offre.

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Éléments de diagnostic et de contexte

La réalisation d'un diagnostic a permis plusieurs constats sur l'offre actuelle en région Centre-Val de Loire. Si le taux d'équipement global de la région est sensiblement équivalent à celui de la France métropolitaine, il existe toutefois d'importantes inégalités par mention et/ou par territoire.

Le diagnostic réalisé a ainsi mis en exergue :

- ✓ Un maillage géographique correct par les SSR Polyvalents et les SSR Personnes âgées poly pathologiques ;
- ✓ Des activités spécialisées en Affections du système digestif, Affections cardio-vasculaires et Addictologie avec un taux d'équipement largement supérieur à la moyenne France métropolitaine et un sur recours à ces offres.

Il a été constaté des faiblesses telles que :

- ✓ D'importantes disparités territoriales de l'offre (capacitaires, implantations, spécialisations) ;
- ✓ Un déséquilibre des offres entre SSR Polyvalent et SSR Personnes âgées poly pathologiques, selon les territoires (offre insuffisante en Polyvalent mais sur recours en Personnes âgées poly pathologiques) ;
- ✓ Une absence de mise en œuvre d'une offre SSR Onco-hématologie en région CVL ;
- ✓ Un taux de fuite important hors région CVL pour ce qui concerne l'offre de réadaptation destinée aux enfants (ex : en 2019, 17 000 journées consommées hors région) ;
- ✓ Un certain nombre de SSR Polyvalents offrant des plateaux techniques faiblement équipés ;
- ✓ Certaines filières patients encore fragiles, insuffisamment structurées, peu identifiées (patients traités



pour cancers, patients neurolésés très dépendants dont trachéo-ventilés, patients avec troubles cognitivo-comportementaux associés, patients handicapés vieillissants sans solution)

- ✓ Des activités d'expertise à consolider, d'autres à structurer au bénéfice des patients de la région ;
- ✓ Des organisations encore trop conventionnelles, là où l'innovation et la transformation sont désormais de rigueur ;
- ✓ Une faible dynamique vers le virage ambulatoire ;
- ✓ Une offre de soins qui n'a pas retrouvé son niveau d'activité antérieur à la crise sanitaire ;
- ✓ Une démographie des professionnels de santé inquiétante dans ce secteur d'activité

Depuis ce diagnostic et pendant la période du PRS 2, le paysage de l'offre SMR a évolué. Toutefois, des inégalités territoriales persistent encore, se traduisant par des inégalités d'accès aux soins, tant pour l'offre de proximité, de recours que d'expertise.

Au 31 mars 2023, la Région compte 14 implantations en locomoteur, 14 en neurologie, 7 en cardiologie, 7 en respiratoire, 7 en digestif, 1 pour les brûlés, 5 en conduites addictives, 1 en onco-hémato, 36 pour les personnes âgées, 4 pour les enfants-adolescents.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales

Au niveau national, trois orientations stratégiques servent une même ambition : celle d'améliorer l'accès à une offre de soins médicaux et de réadaptation pertinente dans le cadre d'une organisation territoriale, adaptée aux besoins et au milieu écologique des patients. Pour répondre à cette ambition il s'agit d'améliorer l'accès à l'offre de SMR de proximité comme spécialisée en tenant compte de l'évolution des besoins ; d'intégrer la prise en charge en SMR dans des parcours territorialisés, gradués et coopératifs et d'engager la transformation des pratiques et des organisations au service de la qualité et de l'innovation thérapeutique. En région CVL nous proposons de décliner cette ambition en 3 axes stratégiques prioritaires, avec pour chacun un certain nombre de leviers d'action. La finalité de cette stratégie régionale est bien de réduire les inégalités territoriales, tant pour l'offre de proximité, de recours que d'expertise.

4. Objectifs qualitatifs :

AXE 1 – FAIRE CONNAITRE L'OFFRE

L'offre SMR souffre d'une méconnaissance des prescripteurs, produisant parfois des orientations inadéquates et des parcours patients peu cohérents. Afin d'améliorer cet état de fait, au profit des parcours patients, plusieurs leviers peuvent être activés tels que :

- ❖ La mise en place d'espaces de collaboration réunissant les acteurs des soins Ville – Hôpital – Médico-social car l'offre SMR ne se conçoit que dans un continuum de prise en charge

Inscription des filières patients prioritaires dans les PMP des GHT en y intégrant toute l'offre SMR (publique comme privée), mais également l'HAD mention Réadaptation et le médico-social

Echanges réguliers entre équipes soignantes amont/aval/mobiles, voire création de cellules de régulation territoriales qu'il convient de renforcer pendant les périodes de tension sanitaire.

Partenariats opérationnels entre les SMR et les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC), le Programme de retour à domicile (PRADO), les CPTS, les futurs Services Autonomie à domicile, les centres ressources territoriaux, les appuis territoriaux gériatriques, les Maisons départementales de l'autonomie.

- ❖ L'augmentation du nombre d'étudiants en santé formés dans les SMR
- ❖ L'utilisation d'outils facilitant l'orientation tels que ViaTrajectoire, le Répertoire opérationnel des ressources (ROR).

Lors des situations de crise ou de tension hospitalière le ROR permet une visibilité en continu des lits et places disponibles en SMR.



AXE 2 – ADAPTER L’OFFRE AUX BESOINS

Les soins médicaux et de réadaptation sont inscrits dans les parcours patients de nombreuses filières de soins. Il convient de mieux ancrer ce secteur dans les parcours, d’améliorer les prises en charge dans tous les territoires et de tendre vers la pertinence de l’offre existante. Différents travaux pour adapter l’offre sont à conduire, à savoir :

- ❖ La gradation et la modularité de l’offre pour couvrir tous les besoins des personnes tout au long de leurs parcours

En termes de recommandations générales :

- La gradation et la responsabilité populationnelle :

Chaque SMR propose un ou plusieurs niveaux de prises en charge, selon sa ou ses mentions et les profils patients pris en charge. Son niveau de responsabilité populationnelle en découle.

→ Niveau de proximité : le SMR répond aux besoins de santé des patients d’un infra-territoire. Les profils de déficiences sont à haute prévalence, notamment chez les personnes âgées. Si les déficiences sont moins complexes, le niveau de dépendance peut être important. Les SMR mention Polyvalent sont de ce niveau de gradation et ont une responsabilité vis-à-vis de la population domiciliée en proximité. Les prises en charge en HDJ sont également une offre de proximité. L’accès à cette offre par la population domiciliée dans un rayon de 50 km est recherché.

→ Niveau de recours : le SMR prend en charge des patients avec des déficiences et conséquences fonctionnelles avérées, complexes et/ou sévères, à haute prévalence. Les SMR spécialisés sont des SMR de recours. Ils ont une responsabilité territoriale et pour les départements limitrophes le cas échéant. Ces SMR spécialisés exercent leur mission de recours auprès des SMR mention Polyvalent ou SMR d’autres spécialités.

→ Niveau d’expertise : le SMR prend en charge des patients avec des déficiences complexes, sévères, à faible prévalence, impliquant une connaissance, des techniques spécialisées et une infrastructure particulière. Les SMR avec un niveau d’expertise ont une responsabilité de niveau régional pour l’activité réalisée dans le cadre de cette expertise. Le reste de leur activité est de type « recours ».

- La modularité de l’offre :

Les patients éligibles à une prise en charge en SMR bénéficient d’une offre modulaire dans un continuum de prise en charge (parcours). La fluidité de ces parcours est recherchée, alternant autant que de besoin des prises en soins en ambulatoire, MCO, SMR, HAD mention Réadaptation et structures médico-sociales.

En termes de recommandations spécifiques pour les spécialités suivantes :

- Mention Polyvalent et Mention Gériatrie : optimisation des ratios d’équipement dans chaque département.
- Mention Locomoteur : les lits sont à réserver en priorité aux patients les plus complexes tels que les polytraumatisés, les amputés, etc.
- Mention Système nerveux : structuration régionale de l’offre d’expertise en neurologie.
- Mentions Cardio-vasculaire et Pneumologie : renforcement de la part de l’activité en HDJ pour mailler les départements.
- Mention Système digestif, endocrinologie, diabétologie et nutrition (DEDN) : maillage de la région avec une offre en proximité sous la forme d’HDJ d’une part et structuration de l’offre d’expertise pour les patients en obésité complexe d’autre part.
- Modalité Cancers : la mention Onco-Hématologie est portée par un Centre hospitalier universitaire (CHU).
- Mention Conduites addictives : un SMR en région proposant une expertise dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive.
- Mention Brûlés : la zone de recrutement est régionale, voire inter régionale.



❖ La restructuration de l'offre existante pour une meilleure adéquation aux besoins

La région doit veiller à maintenir à minima son offre actuelle existante tout en optimisant les ratios d'équipements par territoire.

Une taille critique de 30 lits est recherchée pour garantir un équilibre entre proximité, efficacité des soins et attractivité pour les professionnels de santé.

Si cela est pertinent, la restructuration de l'offre peut s'envisager par la création d'offres de type médico-social.

❖ La diversification des pratiques avec le développement de l'offre ambulatoire

Le virage ambulatoire doit s'opérer par renforcement de l'offre d'HDJ, particulièrement pour les spécialités qui s'y prêtent.

Les SMR de recours externalisent leurs compétences au moyen d'une activité « hors les murs », de la réalisation de consultations avancées (en ES et en ESMS). Pour les SMR MPR, cette externalisation s'opère aussi via les équipes mobiles MPR et les conventions avec les HAD de Réadaptation.

Les synergies avec tous les dispositifs "Aller vers" et les complémentarités avec les dispositifs Handiconsult existants sont recherchées.

❖ La réponse aux besoins spécifiques de certains publics

Tous les SMR prennent leur part de la charge liée aux situations sociales complexes qui bloquent des lits.

Les patients obèses avec comorbidités sont admis dans certains SMR avec des mentions autres que DEDN, SMR qui auront été équipés spécifiquement.

Pour prendre en charge des patients avec handicaps multiples, les SMR de différentes mentions se coordonnent entre eux.

Les SMR labellisés Covid long poursuivent cette activité de consultations externes et d'HDJ, et la rendent plus visible auprès des partenaires.

AXE 3 – DEVELOPPER L'INNOVATION

L'activité de soins SMR a vocation à s'engager dans une démarche d'innovation. L'innovation représente un réel facteur d'attractivité pour les professionnels de santé et un levier pour favoriser la qualité des soins au sein d'un établissement. Pour viser cette ambition, il est opportun d'agir sur :

❖ Le développement de l'innovation organisationnelle et de l'évolution des pratiques

Admissions directes en aval des Urgences (UHCD) ou admissions précoces en SMR

Possibilité d'accueil séquentiel, d'accueil de nuit (SMR-A)

Possibilité de prises en charge partagées SMR - Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour les patients complexes avec un handicap résiduel, selon des parcours modulaires.

Inscription de l'offre SMR dans des expérimentations au parcours de soins (Article 51)

Intégration de nouveaux profils de professionnels dans les SMR : médecins généralistes pour la prise en charge des soins médicaux dans certains types de SMR spécialisés, IPA, IDE de réadaptation, case ou care managers, éducateurs spécialisés, etc.

❖ Le déploiement du numérique

Usage de la e.santé pour la coordination à distance et faciliter le parcours de soins (DMP, accès au DPI des services d'amont, MSS, MIRC, logiciel de e.parcours)

Usage des outils de télé-médecine applicables au SMR, à fortiori pour faciliter le virage ambulatoire : téléstaff, téléconsultation, téléexpertise, télésoin, télésurveillance, télésuivi, e.HDJ (télé-réadaptation)

❖ L'utilisation de technologies innovantes

Les SMR de recours, et à plus forte raison les SMR experts, prennent le virage technologique en s'équipant de technologies innovantes : rééducation robotisée dont exosquelettes, objets connectés, imprimantes 3D, réalité virtuelle, IA, etc.



5. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Mention et/ou modalité de prise en charge	SMR Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
		Min	Max
Cher (18)	Mention « enfants et adolescents »	0	0
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0
	Mention « polyvalent »	5	5
	Mention « locomoteur »	2	2
	Mention « système nerveux »	2	2
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1
	Mention « pneumologie »	1	1
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0
	Mention « brûlés »	0	0
	Mention « conduites addictives »	0	0
	Mention « gériatrie »	3	3
Eure et Loir (28)	Mention « enfants et adolescents »	0	0
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0
	Mention « polyvalent »	6	6
	Mention « locomoteur »	2	2
	Mention « système nerveux »	2	2
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1
	Mention « pneumologie »	1	1
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0
	Mention « brûlés »	0	0
	Mention « conduites addictives »	1	1
	Mention « gériatrie »	5	5
Indre (36)	Mention « enfants et adolescents »	0	0
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0
	Mention « polyvalent »	7	7
	Mention « locomoteur »	1	1
	Mention « système nerveux »	1	1
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1
	Mention « pneumologie »	1	1
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0
	Mention « brûlés »	0	0
	Mention « conduites addictives »	1	1
	Mention « gériatrie »	5	5



ZONES D'IMPLANTATIO N	Mention et/ou modalité de prise en charge	SMR Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
		Min	Max
Indre et Loire (37)	Mention « enfants et adolescents »	0	0
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	3	3
	Mention « polyvalent »	5	5
	Mention « locomoteur »	3	3
	Mention « système nerveux »	2	2
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1
	Mention « pneumologie »	1	1
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	1	1
	Mention « brûlés »	1	1
	Mention « conduites addictives »	2	3
Mention « gériatrie »	6	6	
Loir et Cher (41)	Mention « enfants et adolescents »	1	1
	Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	0	0
	Mention « polyvalent »	7	7
	Mention « locomoteur »	2	2
	Mention « système nerveux »	3	3
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1
	Mention « pneumologie »	1	1
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	2	2
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	0	0
	Mention « brûlés »	0	0
	Mention « conduites addictives »	0	0
Mention « gériatrie »	4	4	
Loiret (45)	Mention « enfants et adolescents »	0	0
	Mention « ieunes enfants. enfants et adolescents »	1	1
	Mention « polyvalent »	8	8
	Mention « locomoteur »	2	2
	Mention « système nerveux »	3	3
	Mention « cardio-vasculaire »	1	1
	Mention « pneumologie »	0	0
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	1	1
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	0	0
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	1	1
	Mention « brûlés »	0	0
	Mention « conduites addictives »	0	0
Mention « gériatrie »	5	5	
TOTAL	Mention « enfants et adolescents »	1	1
	Mention « ieunes enfants. enfants et adolescents »	4	4
	Mention « polyvalent »	40	41
	Mention « locomoteur »	14	14
	Mention « système nerveux »	14	14
	Mention « cardio-vasculaire »	9	9
	Mention « pneumologie »	8	8
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	7	7
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie »	4	4
	Modalité « cancers » avec la mention « oncologie et hématologie »	2	2
	Mention « brûlés »	1	1
	Mention « conduites addictives »	4	5
Mention « gériatrie »	30	30	



Les titulaires de l'autorisation « mention enfants et adolescents » sont autorisés à la prise en charge des mineurs de 4 ans et plus. Les titulaires de l'autorisation « mention jeunes enfants, enfants et adolescents » sont autorisés à la prise en charge des mineurs de moins de 4 ans et de 4 ans et plus.

Les fourchettes de ces OQOS permettront aux établissements de santé d'adapter leurs capacités et leurs transformations aux évolutions de l'offre de soins.

6. Indicateurs

- Taux de recours par mention par département.
- Taux de fuite par mention par département.



MÉDECINE NUCLÉAIRE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic + contexte/constats à l'issue du SRS 2018 – 2022 – Situation des implantations au 31/03/2023

A ce jour, onze sites sont équipés du matériel pour la médecine nucléaire, parmi lesquels, un seul en Indre-et-Loire pratique les soins correspondant au niveau B (en grande majorité des thérapies innovantes).

En dehors de l'Indre-et-Loire, la réponse au besoin territorial semble satisfaisante, mais, au prix d'une implication importante des équipes et une prise en charge des surcoûts pour les médicaments innovants dans l'établissement public. Les demandes urgentes sont traitées dans les délais recommandés, mais ceux-ci sont très allongés pour les examens non urgents.

ZONES D'IMPLANTATION	Médecine nucléaire
	Implantations existantes
Cher (18)	1
Eure-et-Loir (28)	1
Indre (36)	1
Indre-et-Loire (37)	4
Loir-et-Cher (41)	1
Loiret (45)	3
TOTAL	11

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

La réforme des autorisations fait de la médecine nucléaire une activité de soins, visant à renforcer la sécurité et la qualité des soins et à l'insérer pleinement dans une logique de parcours. Elle introduit également une gradation proportionnée au niveau de risque des médicaments radio-pharmaceutiques à utiliser. Elle introduit une souplesse dans l'acquisition d'équipements matériels lourds, mais impose également une mixité d'équipements aux titulaires d'autorisation.

La transformation en activité de soins nécessitera le changement de statut juridique des structures actuellement titulaires d'une autorisation de matériel lourd dans le cas où ce statut ne permet pas de détenir une autorisation de soins.

L'offre dans la région suivra cette orientation.

4. Objectifs qualitatifs :

Les enjeux sont :

- maintenir une offre et raccourcir les délais d'accès en médecine nucléaire diagnostique et thérapeutique socle ;
- développer progressivement les compétences régionales pour les pratiques relevant de la mention B.



Les points forts en région Centre sont la présence de centres solides et d'une équipe régionale de médecine nucléaire communiquant de façon globalement satisfaisante.

Les difficultés rencontrées sont les suivantes :

- difficultés pour estimer le besoin régional en mention B, compte-tenu de l'évolution rapide des indications et techniques de traitement pour les patients atteints de cancer, pouvant potentiellement bénéficier de radiothérapie interne vectorisée ;
- les besoins importants en compétences médicales, paramédicales (physicien, radiopharmacien, manipulateur en radiologie) et en plateau technique pour assurer la qualité des soins en médecine nucléaire, rendant la dispersion de l'activité difficile, ce d'autant plus que la démographie des professionnels de santé n'est pas favorable en région Centre-Val de Loire.

L'objectif reste de consolider le centre expert mention B, afin de lui permettre de couvrir les besoins régionaux, d'augmenter son expertise avant de la partager avec un second centre quand l'activité le nécessitera.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Dans l'attente de textes complémentaires du ministère, il est considéré que chaque titulaire existant sera en mesure de demander une autorisation correspondant à ce site géographique, sous réserve d'avoir le statut juridique le permettant. Il est prévu de maintenir le maillage territorial actuel.

ZONES D'IMPLANTATION	Médecine nucléaire Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)			
	Mention A		Mention B	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
Cher (18)	2	2	0	0
Eure-et-Loir (28)	2	2	0	0
Indre (36)	1	1	0	0
Indre-et-Loire (37)	2	2	2	2
Loir-et-Cher (41)	1	1	0	0
Loiret (45)	4	5	0	0
TOTAL	12	13	2	2

6. Indicateurs

En fonction de l'objectif qualitatif et quantitatif retenu, seront suivis :

- le nombre de patients bénéficiant d'un traitement du cancer par radiothérapie interne vectorisée à l'échelle régionale, en intra région et en dehors ;
- le taux de transformations et d'améliorations des prises en charge par département.



SOINS LONGUE DURÉE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic à l'issue SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023

23 Unités de Soins Longue Durée (USLD) sont en fonctionnement, pour un total de 1 361 lits installés.

Département	Population 60 ans et +	Part des 60 ans et +/pop générale (arrondis à l'unité)	Nb lits installés	Nb d'USLD actuelles	Tx d'équipement - 10 000 hbts de plus de 60 ans
Cher (18)	98 099	32%	277	6	28
Eure-et-Loir (28)	113 255	26%	218	4	19
Indre (36)	77 196	35%	172	4	22
Indre-et-Loire (37)	166 201	27%	204	2	12
Loir-et-Cher (41)	102 855	31%	160	2	16
Loiret (45)	173 141	26%	330	5	19
TOTAL	730 747	28%	1 361	23	19

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Le rapport Jeandel et Guérin montre que les actuelles USLD ne permettent pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins de prise en charge médicale et complexe, lourde et prolongée de tout âge. Les conclusions du rapport interrogent sur le devenir des USLD, dans sa forme actuelle, ainsi que sur les évolutions à venir de l'offre médico-sociale en EHPAD ;

Ainsi, le rapport prône une évolution de l'offre passant,

- d'une part, par un accompagnement des personnes âgées présentant des besoins de soins et d'autonomie similaires relevant aujourd'hui des EHPAD au sein d'une offre médico-sociale et notamment d'EHPAD reconfigurée (*cf. Objectif opérationnel n°52 : Accompagner la transformation et l'adaptation des EHPAD du Parcours « Personnes âgées »*),
- d'autre part, par la création d'unités de soins prolongés complexes (USPC) pour les patients de tout âge hospitalisés au long court de manière inadéquate, reposant sur des indications claires en termes de profils de soins lourds et complexes nécessitant une surveillance constante mais sans besoin de soins aigus ou réadaptatifs actifs ;

Un certain nombre de patients actuellement hébergés en USLD pourraient être accueillis en EHPAD dès lors que ces derniers ont fait l'objet d'un renforcement de la fonction médico-soignante et des adaptations nécessaires.

A l'occasion de la reconstruction des EHPAD (Ségur investissement), qui pour la majorité jouxtent des USLD, cette réflexion commune s'est engagée.

Dans l'attente des textes à venir, les autorisations d'USLD demeurent.

4. Objectifs qualitatifs :

L'enjeu est de mieux répondre aux besoins de prise en charge de patients de tout âge, aujourd'hui en USLD ou dans une structure avec hébergement, présentant des pathologies instables à risque de décompensation,



relevant d'une charge en soins importante, tout en organisant un accompagnement dans le temps sur un lieu de vie.

Pour répondre à cet enjeu, les objectifs seront les suivants :

1-Pour les USLD :

- déterminer le profil de patients pris en charge (besoin de soins requis) en USLD par le biais d'évaluation PATHOS et en fonction adaptée l'offre aux besoins via des transferts et/ou des transformations du sanitaire vers le médico-social.

2- Dans la perspective de répondre aux besoins des patients sans solutions adaptées (EHPAD ou hors EHPAD), définir des prises en charge adaptées et expérimenter au moins deux USPC, en partant des 4 profils présentés dans le rapport Jeandel et Guérin :

- o type 1 : patients adultes relevant d'indications PR/neurologie
- o type 2 : patients adultes relevant d'autres pathologies chroniques lourdes (cardiologie, pneumologie, oncologie...)
- o type 3 : patients adultes relevant de la géronto-psychiatrie
- o type 4 : patients adultes en situation de handicap

Ces objectifs auront vocation à être revus au regard des textes à venir. En tout état de cause, ils doivent être reliés à l'évolution des EHPAD vers plus de médicalisation, permettant ainsi de calibrer leur capacité à prendre en charge les patients jusqu'ici pris en charge en USLD mais ne relevant plus de ce mode de prise en charge. Le rééquilibrage des USLD en région, au regard des indicateurs populationnels et de taux d'équipement, afin de mieux répondre aux besoins est porté via les OQOS ci-dessous. Cette nouvelle répartition est le résultat d'une concertation avec les établissements concernés, qui pour certains sont multi-sites.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	USLD Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)
Cher	4
Eure-et-Loir	3
Indre	3
Indre-et-Loire	3
Loir-et-Cher	3
Loiret	4
TOTAL	20

6. Indicateurs

- Diminution du nombre de lits bloqués au long court.
- Adéquation profil patient et de la charge en soins (à travers les évaluations PATHOS).
- Nombre d'USPC mises en place à titre expérimental.



GREFFES D'ORGANES ET GREFFES DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES, À L'EXCEPTION DES GREFFES EXCEPTIONNELLES SOUMISES AU RÉGIME D'AUTORISATION COMPLÉMENTAIRE PRÉVU À L'ARTICLE L. 162-30-5 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Éléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023

Dans le cadre du PRS 2, la région Centre-Val de Loire bénéficie de quatre implantations d'activité en greffe dans le département d'Indre-et-Loire : quatre implantations adultes (greffe de cœur, de foie, de rein, de cellules hématopoïétiques-allo-greffe) et un site pédiatrique (greffe de rein).

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Un cadre réglementaire rénové s'applique pour cette activité de soins du fait de la suppression des schémas inter-régionaux de l'offre sanitaire (SIOS) qui intégraient cette activité auparavant. Elle est dorénavant dans les OQOS de la région.

4. Objectifs qualitatifs :

Les objectifs qualitatifs sont élaborés en lien étroit avec l'agence de biomédecine, le GCS Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO) et le plan ministériel national Greffes et dons d'organes 2022-2026 :

- Augmenter le recensement et le prélèvement d'organes sur donneurs décédés
- Améliorer l'accès à la liste nationale d'attente et développer la transplantation d'organes
- Développer le prélèvement et la greffe à partir de donneurs vivants
- Développer le prélèvement et la greffe de tissus
- Renforcer l'évaluation des activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus et la gouvernance des données y afférentes
- Améliorer la qualité des pratiques et la sécurité des soins
- Soutenir la formation, la recherche et le rayonnement européen en matière de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus
- Communiquer pour mobiliser le grand public et les professionnels
- Mettre en place un Dossier Médical Partagé Régional des patients greffés
- Promouvoir les IPA dans le cadre de la coordination greffe

Le rayonnement de recrutement est régional et inter-régional.



5. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Greffes
	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)
Cher (18)	0
Eure-et-Loir (28)	0
Indre (36)	0
Indre-et-Loire (37)	5
Adulte	
Greffe de Cœur	1
Greffe de rein	1
Greffe de cellules hématopoïétiques - allogreffe	1
Greffe de foie	1
Pédiatrique	
Greffe de rein	1
Loir-et-Cher (41)	0
Loiret (45)	0
TOTAL	5

Les départements et modalités et/ ou mentions non listés n'ont pas d'implantation.

6. Indicateurs

- Indicateur de performance et de qualité type CUSUM de la prise en charge des patients transplantés par les équipes de greffe.
- Nombre de prélèvements sur donneur en état de mort encéphalique.
- Nombre de greffes/an.
- Nombre d'établissements de santé ayant conclu une convention pour le prélèvement d'organe sur donneur décédé après arrêt circulatoire (protocole de Maastricht III).
- Proportion du nombre de greffes réalisées à partir de greffons prélevés dans le cadre du protocole Maastricht II.
- Proportion de greffes rénales réalisées à partir d'un donneur vivant.
- Durée d'ischémie froide moyenne pour la greffe rénale.



TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLÉS

1. Zones de référence

La zone de référence est le département

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2– Situation des implantations au 31/03/2023

Dans le cadre du PRS 2, la région Centre-Val de Loire bénéficie d'une implantation relative au traitement des grands- brûlés – Adulte.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Un cadre règlementaire rénové s'applique pour cette activité de soins du fait de la suppression des schémas inter-régionaux de l'offre sanitaire (SIOS) qui intégraient cette activité auparavant. Elle est dorénavant dans les OQOS de la région.

4. Objectifs qualitatifs :

Cette activité de soins a un rayonnement de recrutement de patients régional voire inter-régional. Une attention particulière sera accordée à ce critère afin de répondre aux besoins de la population.

Les objectifs qualitatifs s'inscrivent dans la poursuite des actions menées dans le cadre du GCS HUGO et visent à :

- Identifier et cartographier les soins critiques et le besoin capacitaire du fait de la réforme des autorisations,
- Fluidifier les sorties hospitalières en poursuivant le travail d'aval avec les Soins médicaux et de réadaptation (SMR) experts de la région,
- Poursuivre les travaux dans le cadre de HUGO d'un SI partagé pour les avis depuis les SAU

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Traitement des grands brûlés
	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)
Cher (18)	0
Eure-et-Loir (28)	0
Indre (36)	0
Indre-et-Loire (37)	1
Adulte	1
Loir-et-Cher (41)	0
Loiret (45)	0
TOTAL	1

Les départements et modalités et/ ou mentions non listés n'ont pas d'implantation.

6. Indicateurs

- Evolution de la DMS dans le Centre des grands brûlés.



CHIRURGIE CARDIAQUE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023

Dans le cadre du PRS 2, la région Centre-Val de Loire bénéficie de trois implantations d'activité en chirurgie cardiaque dans le département d'Indre-et-Loire : deux implantations en chirurgie cardiaque adultes et un site chirurgie cardiaque pédiatrique.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Un cadre réglementaire rénové s'applique pour cette activité de soins du fait de la suppression des schémas inter-régionaux de l'offre sanitaire (SIOS) qui intégraient cette activité auparavant et par la parution de deux décrets relatifs à la chirurgie, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie fixant de nouvelles conditions techniques de fonctionnement et d'implantation.

4. Objectifs qualitatifs :

Cette activité de soins a un rayonnement de recrutement de patients régional voire inter-régional. Une attention particulière sera accordée à ce critère afin de répondre aux besoins de la population.

Les objectifs qualitatifs concernant la chirurgie cardiaque sont de maintenir et de développer l'offre actuelle en adulte au regard du taux de fuite qui s'est établi à près de 60 % en 2021 en région CVL avec un taux de 32 % en Eure- et- Loir et 45 % pour le Loiret. Ce développement devra se faire en coopération avec les structures autorisées en chirurgie cardiaque afin de rendre lisible les filières de prise en charge tant pour les établissements de santé (ES) que les usagers. Cette filière devra s'inscrire dans les travaux du GCS Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO).

En effet, HUGO est en charge d'animer la coordination entre les établissements membres pour assurer la réponse aux besoins de la population en tout point du territoire notamment pour les activités dites de référence. Il est un acteur majeur pour travailler sur les organisations médicales, la recherche et l'innovation et la formation de ces activités d'expertise notamment.

Cette coopération devra également s'entendre en terme de permanence des soins afin de pérenniser cette dernière pour l'ensemble des structures autorisées (en attente de circulaire).

Concernant la chirurgie pédiatrique, l'objectif étant de préserver son maintien en région, toute coopération intra-régionale et extra-régionale devra être recherchée et formalisée.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Modalités et/ou mentions de prise en charge	Chirurgie cardiaque
		Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)
Chirurgie cardiaque		
Indre-et-Loire - 37	Adulte	2
	Pédiatrique	1
Loiret - 45	Adulte	1
Total	Adulte	3
	Pédiatrique	1

Les départements et modalités et/ ou mentions non listés n'ont pas d'implantation.



6. Indicateurs

- Diminution des taux de fuite sur le Nord-Est de la région.
- Identification de la filière de prise en charge adulte.
- Formalisation de la collaboration entre les deux centres de chirurgie pédiatrique de HUGO.



ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE, PAR VOIE ENDOVASCULAIRE, EN CARDIOLOGIE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Éléments de diagnostic + contexte/constats à l'issue du SRS 2018 – 2022

La région (66 habitants/km²) est la 11^{ème} région la moins densément peuplée en France métropolitaine avec des disparités importantes au sein même du territoire. La part des plus de 65 ans est légèrement supérieure à la moyenne nationale. L'Indre et le Cher sont les départements où la moyenne d'âge est la plus importante. Les personnes âgées sont plus à risque de complications lors de la réalisation d'actes invasifs. Les maladies de l'appareil circulatoire sont la deuxième cause de mortalité dans la région après les cancers, mais la première chez la femme et les personnes âgées.

Les lits de cardiologie en région sont répartis de la façon suivante : 60 % ES public hors CHU, 9 % CHU de Tours, et 31 % ES privé. La région est faiblement dotée en équipements d'imagerie lourde (densité de scanner par lit de cardiologie = 0.62 en région vs 0.72 en France métropolitaine, densité d'IRM par lit de cardiologie = 0.75 vs 0.82). Les plateaux de cardiologie interventionnelle sont déployés sur les départements du 28, 45, 37, et 18 dans une approche coordonnée régionale. 29 % des PH de médecine cardiovasculaire ont plus de 60 ans. Cette moyenne d'âge est légèrement supérieure à la moyenne nationale. Le taux de postes vacants de PH à Temps Plein de médecine cardiovasculaire PH en région est de 12.3 %.

A titre d'exemple, le délai d'accès à un cardiologue en Indre-et-Loire est de 176 jours. 53 841 séjours sont référencés en région : 27 467 pour de l'activité de cardiologie médicale, 5 881 pour de l'activité de rythmologie interventionnelle, et 20 493 pour de l'activité de cardiologie interventionnelle.

En RCVL, deux ES sont parmi les 12 premiers CH publics nationaux hors CHU en terme de nombre de séjours de cardiologie (Chartres et Orléans). Le CHU Tours représente 9 581 séjours. Il est le premier centre en terme de séjours de cardiologie de la région. Les actes de coronarographies et d'angioplasties représentent 19 510 actes. Le développement des implantations de valve aortique par voie percutanée dites TAVI et le développement de l'imagerie cardiologie non invasive (IRM cardiaque, coroscanner) devraient permettre de faire baisser le nombre d'actes de coronarographies iatrogéniques. 8 428 séjours ambulatoires sont réalisés annuellement en région Centre-Val-de-Loire.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Un cadre réglementaire rénové s'applique pour cette autorisation d'activité de soins par décrets du 16 mars 2022 qui confortent la notion de gradation de l'activité avec 3 modalités dont la rythmologie avec 4 mentions et la cardiopathie congénitale hors rythmologie qui se décline en 2 mentions. Cette gradation des actes et des soins implique de disposer de plateaux techniques spécifiques en fonction (USIC, chirurgie cardiaque...) ainsi qu'un seuil d'activité minimale.

Le SRS 3 identifie le parcours neuro-cardio-vasculaire comme étant un enjeu des 5 prochaines années (**cf. parcours Neuro-Cardio-Vasculaire, Personne Agée et obésité-Diabète-HTA**).

4. Objectifs qualitatifs

- Recourir davantage aux postes partagés entre les CHU et les centres périphériques, notamment pour les assistants et docteurs juniors pour développer des passerelles de coopération.
- Dédier des vacations d'imagerie cardiaque en coupe sous la responsabilité médicale des cardiologues dans des centres experts dans une approche de coopération avec centres disposant d'un plateau de cardiologie interventionnelle.



- Accélérer le virage ambulatoire dans un objectif de 70 % d'actes interventionnels en ambulatoire sur les prises en charge programmées.
- Maintenir l'implantation d'un service de cardiologie dans au moins chaque département en travaillant à la complémentarité régionale des compétences et des plateaux techniques.
- Définir une gradation des soins de cardiologie dans le cadre de filières pensées à l'échelle de chaque bassin de santé, travailler à la complémentarité d'expertise entre les centres de cardiologie et orienter les patients vers le niveau de recours le plus adapté à leur pathologie.
- Encourager la constitution de fédérations médicales inter-hospitalières organisant l'accès, la gradation et le recours au sein du GHT par la mise en place de temps partagés, de consultations avancées et d'équipes de territoire

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Zones d'implantation	ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE, PAR VOIE ENDOVASCULAIRE, EN CARDIOLOGIE					
	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)					
	Cardiopathies congénitales de hors rythmologie	Implantation cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	Implantation de rythmologie interventionnelle mention A	Implantation de rythmologie interventionnelle mention B	Implantation de rythmologie interventionnelle mention C	Implantation de rythmologie interventionnelle mention D
Cher (18)	0	1	0	1	0	0
Eure-et-Loir (28)	0	1	0	0	1	0
Indre (36)	0	0	1	0	0	0
Indre-et-Loire (37)	2 mention B	2	0	0	0	2
Loir-et-Cher (41)	0	0	1	0	0	0
Loiret (45)	0	2	1	0	2	0
Total	2 mention B	6	3	1	3	2

Les départements et modalités et/ ou mentions non listés n'ont pas d'implantation.

6- Indicateurs

- Nombre d'actes PMSI en cardiologie interventionnelle en ambulatoire sur les prises en charge programmées par site autorisé.
- Nombre d'actes de coroscanner et d'IRM cardiaques par centre ayant un service de cardiologie.



NEUROCHIRURGIE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023

Dans le cadre du SRS 2, les implantations étaient au nombre de 5 : 4 concernant en Indre-et-Loire et 1 dans le Loiret.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Un cadre réglementaire rénové par décrets du 29 décembre 2022 s'applique pour cette activité de soins du fait de la suppression des schémas inter-régionaux de l'offre sanitaire (SIOS) qui intégraient cette activité auparavant et par la parution de deux décrets relatifs à la chirurgie, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie fixant de nouvelles conditions techniques de fonctionnement et d'implantation.

Le titulaire de l'autorisation ne peut mettre en œuvre les ou l'une des pratiques thérapeutiques suivantes :

1° Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale ;

2° Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques ;

3° Neurochirurgie pédiatrique,

que si l'autorisation de pratiquer l'activité de soins en neurochirurgie l'a mentionné expressément.

4. Objectifs qualitatifs :

Cette activité de soins a un rayonnement de recrutement de patients régional voire inter-régional. Une attention particulière sera accordée à ce critère afin de répondre aux besoins de la population.

Les objectifs qualitatifs concernant la neurochirurgie sont de développer l'activité des structures afin de diminuer le taux de fuite qui s'établit à 35 % dont 66% à destination de l'IDF.

Ce développement devra se faire en coopération avec les structures autorisées en neurochirurgie afin de rendre lisible les filières de prise en charge tant pour les établissements de santé (ES) que les usagers. Cette filière devra s'inscrire dans les travaux du GCS Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO).

Le GCS Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO) est en charge d'animer la coordination entre les établissements membres pour assurer la réponse aux besoins de la population en tout point du territoire notamment pour les activités dites de référence (*cf. Chapitre 8 : Offre de soins de référence et de recours*). Il est un acteur majeur pour travailler sur les organisations médicales, la recherche et l'innovation et la formation de ces activités d'expertise notamment.

Cette coopération devra également s'entendre en terme de permanence des soins afin de pérenniser cette dernière pour l'ensemble des structures autorisées.



5. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Modalités et/ou mentions de prise en charge	Neurochirurgie Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)
Neurochirurgie		
Indre-et-Loire - 37	Fonctionnelle cérébrale	1
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	1
	Pédiatrique	1
	Socle	1
Loiret - 45	Socle	1
TOTAL		5

Les départements et modalités et/ou mentions non listés n'ont pas d'implantation.

6. Indicateurs

- Diminution du taux de fuite.



ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN NEURORADIOLOGIE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Éléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023

La région Centre-Val de Loire bénéficie de deux autorisations d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie (NRI), l'une en Indre-et-Loire, qui est effective, et l'autre qui a fait l'objet d'un besoin exceptionnel en 2022 dans le Loiret. La mise en œuvre de l'autorisation dans le Loiret au 01/01/23 n'est pas effective.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Un cadre réglementaire rénové par décrets du 10 janvier 2022.

À l'échelle nationale, les autorités ont pris conscience de la problématique engendrée par l'innovation en santé que représente l'avènement depuis 2015 de la thrombectomie mécanique dans l'AVC ischémique par obstruction de gros troncs artériels.

Les principaux enjeux de la réforme sont les suivants :

- La prise en compte de l'innovation et de l'amélioration de l'organisation territoriale des soins : continuer à développer la thrombectomie mécanique et en améliorer l'accessibilité.
- Le renforcement de la pertinence des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins.

La réforme introduit également la notion d'une gradation de l'activité avec deux mentions dont une dédiée à la prise en charge de l'AVC ischémique en phase aiguë, et l'autre à l'ensemble des pathologies relevant de la NRI, ainsi que des critères d'implantation, de fonctionnement et des seuils d'activité minimale fixés par arrêté.

4. Objectifs qualitatifs :

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie présente un double enjeu :

- Un premier enjeu concerne l'accessibilité à la thrombectomie mécanique pour les patients victimes d'AVC. Cette pathologie est une cause majeure de mortalité et de perte d'autonomie dont la précocité de prise en charge, notamment en thrombectomie mécanique, (et donc un maillage permettant de réduire les délais d'accès aux centres effecteurs) en améliore le pronostic. Ce geste a concerné 280 patients en 2020, et pourrait en concerner au moins le double.
- Un 2^{ème} enjeu est de préserver l'efficacité, la qualité et la sécurité des soins pour les autres actes de NRI. Ces filières de soins hautement pluridisciplinaires imposent une expertise élevée et pérenne. L'ensemble de ces gestes peuvent être réalisés dans des délais d'urgence compatibles avec les délais de transferts usuels en région centre Val de Loire.

L'objectif est donc une gradation de l'activité de NRI en CVL permettant le recours à la thrombectomie mécanique au plus grand nombre de patients victimes d'AVC dans la région, tout en proposant une offre d'expertise de niveau régional en NRI pour l'ensemble des autres gestes.

Selon le nouveau décret concernant l'implantation et les conditions techniques de fonctionnement pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie, il est nécessaire que les 2 centres de thrombectomie mécanique collaborent par convention. Cette implantation nécessite une collaboration avec l'USINV locale qui devra prévoir une permanence de soins 24/7, elle nécessite également une unité de réanimation sur place ainsi qu'une équipe de neurochirurgie, le cas échéant par convention. Une imagerie 24/7 par scanner et IRM doit être possible sur l'établissement.



5. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Modalités / mentions	Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)
Indre-et-Loire 37	Mention B- Ensemble des activités diagnostiques et thérapeutiques de NRI	1
Loiret - 45	Mention A- Thrombectomie mécanique et actes diagnostiques associés à l'AVC ischémique aigu	1
TOTAL		2

Les départements et modalités/ mentions non listés n'ont pas d'implantation.

6. Indicateurs

- Nombre de patients de la région bénéficiaires de la thrombectomie mécanique
- Nombre d'actes de NRI autres
- Taux de fuite des actes de NRI autres



MÉDECINE D'URGENCE

Cet OQOS sera révisé suite à l'évolution de la réglementation nationale applicable, à venir.

1. Zones de références :

La zone de référence est le département.

2. Éléments de diagnostic à l'issue SRS 2018 – 2022

La région compte 6 SAMU référents, 27 services d'urgence (3 dans le Cher, 5 dans l'Eure-et-Loir, 3 dans l'Indre, 6 dans l'Indre-et-Loire, 3 dans le Loir-et-Cher et 5 dans le Loiret, 2 services d'urgences pédiatriques) et 24 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), dont 3 antennes, le tout appuyé par 5 hélicoptères. Pour 90,5% de la population, un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) est accessible en moins de 30 minutes.

Dans un système de santé où l'accès aux soins doit fournir une réponse appropriée, les urgences sont devenues un repère absolu voire parfois, pour certains patients, un point de passage systématique de tout parcours de soin, même non urgent. Ces dernières années, l'activité des urgences a connu une augmentation continue. Ainsi, le nombre de passages annuels dans la Région était monté à **836 930 passages en 2022 (+26% en deux an)**. Celle-ci provoque des tensions croissantes, soumettant les patients à des situations d'attente excessive ou des conditions d'accueil parfois difficiles.

Les appels au SAMU-Centre 15 (régulation) ont également connu une croissance record depuis 2020, début de la crise sanitaire.

Le lien ville-hôpital au travers des deux premiers SAS créés sous le PRS2 a permis, en s'appuyant sur une organisation transverse et commune de la permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé, de limiter le recours aux urgences quand cela était non adapté.

3. Objectifs qualitatifs :

➔ **AXE 1 : Assurer le bon accès aux urgences via une coordination des acteurs**

- **Renforcer le rôle des SAMU/SAS** : en lien avec les prises en soins faites dans le cadre des Soins Non Programmés (SNP). L'objectif étant de limiter les recours inappropriés aux urgences et d'apporter la réponse la plus adaptée aux patients. Le développement des SAS et le renforcement des ARM permettront ces orientations. Les ES autorisés doivent s'engager vers un choix SI permettant une organisation déportée en régulation pour le SAS et les SAMU.
- **Organiser l'accueil physique des personnes se présentant spontanément aux urgences** : les soins qui ne dépendent pas de la médecine d'urgence **doivent pouvoir être réorientés vers une organisation coordonnée** aussi bien aux heures ouvrables des cabinets médicaux (plages de SNP dans les CPTS/MSP, SOS médecins, , ...) que pendant la PDSA (M.M.G, SOS médecin...) depuis les urgences afin de limiter les flux entrants. Les dispositifs SAS/SAMU restent en appui de toute orientation.
- **Par l'organisation des hospitalisations en entrée directe** : en facilitant les admissions directes en service hospitalier par une organisation permettant au Médecin Généraliste Libéral ou coordonnateur **de joindre directement un spécialiste de l'établissement**. Mais également en améliorant le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD).



→ **AXE 2 : Assurer l'accueil en SAU**

Dès lors qu'il y a eu régulation par le centre 15, le titulaire d'une autorisation de S.U s'engage à prendre en charge les patients se présentant dans le service. L'ES **doit mettre en œuvre tous les moyens** dont il dispose pour **assurer la continuité de prise en charge**, de l'accueil et à l'orientation jusqu'à l'hospitalisation, sur site ou dans un autre ES.

→ **AXE 3 : Fluidifier l'aval des urgences**

- Les hospitalisations doivent être **potentialisées et réfléchies**. Elles doivent être anticipées au mieux. Aussi, une **cellule de gestion des lits** permettra de mesurer le **Besoin Journalier Moyen en Lits (BJML)**. Cette organisation se doit d'être envisagée tant à l'échelle de l'ES que du territoire. Cet outil permettra de collaborer avec les services d'aval des urgences et prévoir un nombre de lits suffisant quotidiennement. En cas de saturation des services d'hospitalisation de l'établissement, les coopérations et conventions inter établissement doivent permettre de prendre en charge l'ensemble des patients accueillis aux urgences qui le nécessitent.

→ **AXE 4 : Renforcer et développer une organisation médicale et paramédicale des urgences au niveau de chaque territoire**

Un ensemble de leviers organisationnels innovants doit être développé afin de maintenir une attractivité du métier et garantir le maillage territorial de réponse aux urgences :

- **Dans le cadre d'une politique d'attractivité, développer les postes mixtes SAU/SAMU/SMUR au sein d'un ES ou d'un territoire**
- **L'Equipe Paramédicale de Médecine d'Urgence (EPMU)** constitue un modèle efficace pour la prise en charge des urgences vitales pré-hospitalières en territoire isolé. Elle est composée d'un infirmier et d'un ambulancier expérimentés, et agit selon des protocoles bien établis. Cette équipe **à visée territoriale**, doit pouvoir **subvenir à des difficultés temporaires** sur certains secteurs et ainsi éviter « les zones blanches ». Une coordination des centres 15 est nécessaire.
- **Organisation SMUR** : pour assurer une réponse aux urgences, **un SMUR pourra être redéployé au sein d'un territoire** pour s'adapter aux besoins **après concertation entre l'ensemble des ES**.



4. Objectifs quantitatifs – Implantations :

DECLINAISON TERRITORIALE	Modalités	Bilan de l'existant	Médecine d'urgence Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)	
			Minimum	Maximum
Cher (18)	SAMU	1	1*	1
	SMUR	3	3	3
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	3	3	3
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0
Eure-et-Loir (28)	SAMU	1	1*	1
	SMUR	4	4	4
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	5	5	5
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0
Indre (36)	SAMU	1	1*	1
	SMUR	1	1	1
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	2	2	2
	Structures d'urgences	3	3	3
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0
Indre-et-Loire (37)	SAMU	1	1*	1
	SMUR	3	3	3
	SMUR pédiatrique	1	1	1
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	2	2	2
	Structures d'urgences	6	6	6
	Structures d'urgences pédiatriques	1	1	1
Loir-et-Cher (41)	SAMU	1	1*	1
	SMUR	3	3	3
	SMUR pédiatrique	0	0	0
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	3	3	3
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0



Loiret (45)	SAMU	1	1 ^{*59}	1
	SMUR	4	4	4
	SMUR pédiatrique	1	1	1
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	0	0	0
	Structures d'urgences	5	5	5
	Structures d'urgences pédiatriques	1	1	1
TOTAL	SAMU	6	6 ^{60*}	6
	SMUR	18	18	18
	SMUR pédiatrique	2	2	2
	Antenne SMUR (temporaire ou permanente)	4	4	4
	Structures d'urgences	25	25	25
	Structures d'urgences pédiatriques	2	2	2

5. Indicateurs

- Nombre de CCMU 1 et 2 traités dans les SU.
- Nombre de SAS mis en place et taux de couverture des plages horaires.
- Nombre d'EPMU dans la région CVL (cible 1 / département).
- Nombre de patients restant + de 24h aux urgences avant hospitalisation.
- Nombre de gestionnaire de lits dans les GHT.

⁵⁹ Possibilité de mutualiser les régulations des SAMU en nuit profonde, sous réserve d'un logiciel métier SAMU identique et interconnecté type SI-SAMU

⁶⁰ NB : offre complétée par 5 SMUR hélicoptés

SOINS CRITIQUES

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023.

Les implantations de réanimation tant adultes que pédiatriques ont été maintenues sur la période 2018-2022 ce qui correspond à l'objectif fixé dans le SRS. Toutefois, la crise sanitaire liée à la Covid 19 a nécessité d'autoriser temporairement (6 mois) des établissements afin de réduire les tensions sur les services de réanimation de la région.

SRS-OQOS - IMPLANTATIONS PAR ZONE ET MODE DE PRISE EN CHARGE			
TERRITOIRES DE DEMOCRATIE SANITAIRE	Modalité	Nombre d'implantations géographiques	
		A l'issue du SRS 2	Temporaires Covid 19
Cher (18)	Réanimation adultes	1	+1
	Réanimation pédiatrique	0	
Eure et Loir (28)	Réanimation adultes	2	
	Réanimation pédiatrique	0	
Indre (36)	Réanimation adultes	1	+1
	Réanimation pédiatrique	0	
Indre et Loire (37)	Réanimation adultes	3	+1
	Réanimation pédiatrique	1	
Loir et Cher (41)	Réanimation adultes	1	
	Réanimation pédiatrique	0	
Loiret (45)	Réanimation adultes	2	+2
	Réanimation pédiatrique	1	
TOTAL	Réanimation adultes	10	+ 5
	Réanimation pédiatrique	2	

La capacité totale des lits de réanimation est passée de 180 à 301 au plus fort de la crise (1^{er} avril 2020). Ces capacités d'accueil renforcées ont été rendues possibles grâce à la grande adaptabilité dont les établissements ont su faire preuve pour répondre aux besoins spécifiques des territoires en réorganisant les services, en upgradant les lits de soins critiques et en élaborant des plans de mobilisation.

Cet aménagement des organisations a montré la flexibilité possible entre lits de réanimation, lits de soins intensifs et lits de surveillance continue et l'utilité d'une régulation des prises en charge avec un recours accru aux transferts entre les établissements de la région.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Si les besoins en soins critiques durant la pandémie liée à la Covid 19 ne sauraient servir de référence pour le dimensionnement de l'offre de soins critiques, la crise sanitaire a toutefois mis à jour un certain nombre de difficultés structurelles : une insuffisante modularité, une mise en réseau très insuffisante et de fortes tensions sur les ressources humaines. Ces constats ont nourri les réflexions engagées autour de la réforme des soins critiques.

Les textes réglementaires encadrant les activités de soins critiques ont été publiés le 26 avril 2022 par décret.



La réforme élargit le périmètre des autorisations de la réanimation au champ des soins critiques dans son ensemble. Cette nouvelle définition réinterroge de fait les unités de surveillance continue (USC) et les unités de soins intensifs (USI) qui jusqu'à lors faisaient l'objet de reconnaissance du DGARS.

Les grandes orientations de la réforme sont la transformation des ex-USC contiguës à la réanimation en unités de soins intensifs polyvalents (USIP) et la requalification des ex USC isolées ou à distance d'une réanimation en USIP dérogatoires (si les besoins identifiés sur le territoire le justifient) ou requalifiées en unité de soins dites renforcés (USR). Dans l'attente des dispositions relatives aux USR, les USC actuelles pourront, en se conformant à un cahier des charges à paraître, être maintenues de manière transitoire hors champ des soins critiques.

Sur les sites avec ou sans réanimation, la réforme encadre certaines activités en intégrant trois mentions spécifiques de « soins intensifs adultes » : les soins intensifs de cardiologie (USIC), les soins intensifs de neurologie vasculaire (USINV) et les soins intensifs d'hématologie (USIH) et une mention d'USI PED d'hématologie pour la modalité « soins intensifs pédiatriques ».

Enfin, il est laissé une certaine souplesse aux établissements disposant de réanimation et d'USIP contiguë pour identifier d'autres unités de soins intensifs de spécialité : USI de néphrologie, USI respiratoires et USI d'hépto-gastro-entérologie pour la modalité « soins critiques adultes » ou USI de spécialité cardiologique pour la modalité « soins critiques pédiatriques ».

Focus sur les USINV :

Au 01/01/2023, la région Centre-Val de Loire a reconnu 5 unités de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire sur son territoire mais les départements du Loir- et- Cher et de l'Indre n'en sont pas pourvus.

A l'échelle nationale, le constat est que la France reste insuffisamment dotée en lits d'USINV en regard des besoins actuels, et de façon encore plus critique sur les besoins attendus dans les prochaines années (vieillesse de la population, augmentation de l'incidence des AVC dans la population plus jeune).

Avec environ 10 lits d'USINV par million d'habitants, ce défaut de lits d'USINV est particulièrement marqué en région Centre-Val de Loire, qui se situe selon ce même rapport dans le tiers des régions les moins dotées de France.

Il est donc nécessaire d'augmenter le nombre de lits d'USINV sur l'ensemble de la région, mais aussi dans la mesure du possible d'implanter de nouvelles UNV pour couvrir le territoire de façon plus homogène.

4. Objectifs qualitatifs

Les objectifs qualitatifs de l'activité de soins critiques se déclinent autour des quatre axes suivants :

- **Structurer une filière graduée des soins critiques au travers d'un dispositif spécifique régional**
 - S'assurer de l'engagement de tous les établissements de santé dans la construction de l'offre territoriale et avoir une cartographie de ces filières territoriales dans une logique de réseau régional,
 - Garantir la lisibilité de la filière auprès tous les acteurs
 - Assurer la régulation en intra établissement grâce à un plan de flexibilité et en inter établissement en s'appuyant sur une gestion quotidienne et interconnectée des lits
 - Veiller à l'adaptabilité des organisations (lits et moyens RH) en cas de situation sanitaire exceptionnelle ou d'épidémies saisonnières notamment pédiatriques (bronchiolite)
 - Identifier des filières spécifiques de soins critiques (grands accidentés, ...)



➤ **Fluidifier le parcours des soins critiques**

- Tenir compte du vieillissement de la population dans le dimensionnement des unités
- Assurer une meilleure gestion des flux en amont (chirurgies lourdes) et en aval (identification de lits post réa)
- Sécuriser les transferts inter établissement au travers de conventions
- Faciliter l'automatisation du recueil de la disponibilité des lits sur le territoire

➤ **Lever les tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales**

- Augmenter le nombre de médecins formés à la réanimation en renforçant l'attractivité de l'exercice
- Constituer et maintenir sur chaque site autorisé voire à l'échelle territoriale une réserve de professionnels de santé formés aux soins critiques pour venir en renfort des équipes le cas échéant

➤ **Améliorer l'accès à l'USINV**

- Améliorer les délais d'accès pour augmenter la proportion de patients susceptibles de bénéficier d'un traitement d'urgence
- Augmenter la proportion de patients pris en charge dans ces unités spécialisées ayant prouvé leur efficacité sur le pronostic vital et fonctionnel des patients, même en dehors de la phase hyper-aigue sans restriction d'âge ou de type de pathologie

L'objectif est que chaque département possède une USINV afin de proposer une prise en charge de proximité de qualité aux patients victimes d'AVC, avec une gradation dans la prise en charge au sein de la région. Néanmoins le contexte actuel de défaut de professionnels de santé, à fortiori qualifiés pour ce type de prise en charge, et les difficultés actuelles rencontrées au sein des UNV existantes nécessitent d'être prudent sur les implantations qui ne doivent pas fragiliser les organisations existantes.

- Chaque évolution d'implantation nécessite d'être menée avec une réflexion impliquant largement les professionnels de terrain.
- Les unités de recours, notamment dans les centres effectuant la thrombectomie mécanique, nécessiteront d'étoffer leur nombre de lits de soins intensifs pour absorber le surcroît d'activité inhérent à cette activité de recours.
- Enfin chaque augmentation ou implantation de lits de soins critiques neuro vasculaires nécessite la création de lits d'hospitalisation complète post-USINV (en proportion d'environ 2 à 3 lits pour un lit d'USINV). Cette proportion est à moduler dans les USINV de recours puisqu'une partie des patients occuperont le lit d'aval dans l'UNV de proximité.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

La présentation ci-dessous des OQOS est une transcription de la réforme des autorisations des soins critiques. Aussi, il n'y a pas de suppression d'implantation pour l'activité de réanimation et soins intensifs polyvalents contigus par rapport au précédent schéma. La création d'implantations est liée à la réforme des soins critiques qui fait entrer dans le champ des autorisations et donc des OQOS les unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires et les unités de soins intensifs de spécialités suivantes :

- USIH PED
- USIC
- USIH
- USINV



Spécialités et/ou modalités de prise en charge	Soins critiques adultes					
	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) par zones d'implantation					
	18	28	36	37	41	45
Réanimation et soins intensifs polyvalents	1	2	1	3	1	2
Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0	0	0	0	0	1
Soins intensifs de cardiologie	1	2	1	2	1	3
Soins intensifs de neuro vasculaire	1	1	2	1	1	1
Soins intensifs d'hématologie	0	0	0	1	0	1
Spécialités et/ou modalités de prise en charge	Soins critiques pédiatriques					
	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) par zones d'implantation					
	18	28	36	37	41	45
Réanimation de recours et soins intensifs polyvalents	0	0	0	1	0	0
Réanimation et soins intensifs polyvalents	0	0	0	0	0	1
Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1	1	1	0	1	1
Soins intensifs d'hématologie	0	0	0	1	0	0

6. Indicateurs

- Augmentation annuelle du nombre de professionnels formés aux soins critiques
- Nombre d'implantation d'USINV
- Nombre de lits d'USINV par millions d'habitants
- Nombre de lits d'USINV et de lit post USINV sur la région / par département.
- Mise en œuvre du dispositif régional de soins critiques
- Réalisation d'une cartographie de l'offre régionale en soins critiques mise à disposition des professionnels de santé



PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Éléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/23 Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

La maladie rénale chronique est une maladie fréquente et grave, à forts enjeux de santé publique. On estime que 7 à 10 % de la population française présenterait une atteinte rénale.

Le dépistage reste insuffisant, la découverte se faisant parfois aux stades évolués de la maladie. Le risque d'évolution vers le stade de suppléance nécessitant la dialyse ou une greffe rénale est faible dans l'absolu, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) étant de l'ordre de 1 pour 1 000. Toutefois, l'existence d'une maladie rénale chronique augmente le risque d'évènements cardiovasculaires et de mortalité cardiovasculaire. Le nombre de patients en traitement de suppléance augmente de manière régulière, environ + 4 % chaque année.

L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux (cf parcours HTA-diabète-obésité). Le coût de prise en charge des patients en traitement de suppléance pour l'Assurance Maladie est élevé. 82 % de ce montant est consacré à la dialyse. Concernant l'accès à la liste nationale d'attente de greffe, celui-ci reste encore difficile pour certains malades (sujets âgés, diabétiques, disparité selon le lieu de résidence) et tardif pour ceux qui y accèdent. Une augmentation du taux de patients âgés de moins de 60 ans, déjà en liste d'attente au démarrage de la dialyse, a cependant été observée, témoignant de l'amélioration de la prise en charge précoce par les néphrologues.

Concernant la dialyse, en dépit d'une discrète diminution observée, le démarrage en urgence de la dialyse reste fréquent (30 %), associé à l'absence de suivi néphrologique préalable et à une première dialyse sur cathéter. Concernant l'activité de transplantation, selon le rapport d'activité annuel de 2019 de l'Agence de la biomédecine, alors que l'activité de transplantation avait augmenté (3 643 transplantations rénales ont été réalisées en 2019), la pénurie de greffons s'est aggravée. Le nombre de candidats en attente sur liste active a ainsi augmenté pour atteindre 8 642 au 1er janvier 2020 avec un allongement de la durée médiane d'attente. 14 % des transplantations ont été réalisées à partir d'un donneur vivant ; 4 % des transplantations ont été réalisées avant le début de dialyse (transplantations préemptives) (cf OQOS greffe).

A noter que nous ne disposons pas de données précises sur les stades 4 et 5 de la Maladie rénale chronique (MRC).

3. Objectifs qualitatifs :

- Mettre en place un observatoire régional de la MRC, qui aura pour objectif d'obtenir un panorama régional des patients atteints de MRC stade 4&5
- **Mailler le territoire en lits dédiés à la néphrologie** (une structure par département, notamment dans l'Indre) en fonction des besoins **et identifier le nombre de lits de repli en région**
- **Développer la logique de parcours MRC** auprès des établissements de santé autorisés
- Connaître l'état des lieux et **améliorer l'accès au traitement conservateur**
- La greffe rénale est traitée dans la fiche OQOS *Greffe*
- Développer la dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale. Il s'agira de mieux informer/conseiller/accompagner le patient, mieux former les professionnels de santé et améliorer la collaboration entre les différents soignants intervenants (la dialyse à domicile demande du personnel compétent et du temps pour le suivi à distance, mais aussi pour la formation des patients et de leurs proches).

4. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)		
	Modalités	Minimum	Maximum
Cher	Hémodialyse en centre adulte	1	1
	Hémodialyse en centre enfant	-	-
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	3
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	5
	Dialyse à domicile par hémodialyse	1	2
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	1	2
Eure-et-Loir	Hémodialyse en centre adulte	1	2
	Hémodialyse en centre enfant	-	-
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	4	5
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse	2	3
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	1	3
Indre	Hémodialyse en centre adulte	1	1
	Hémodialyse en centre enfant	-	-
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	2	2
	Dialyse à domicile par hémodialyse	1	1
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	1	1
Indre-et-Loire	Hémodialyse en centre adulte	2	2
	Hémodialyse en centre enfant	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	5	6
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	7	7
	Dialyse à domicile par hémodialyse	3	3
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	2	3
Loir-et-Cher	Hémodialyse en centre adulte	1	1
	Hémodialyse en centre enfant	-	-
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	3	3
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	3	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse	1	2
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	1	2
Loiret	Hémodialyse en centre adulte	2	4
	Hémodialyse en centre enfant	-	-
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	5	5
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse	3	5
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	5	6



	Modalités	Bilan au 31/03/23	Nombre d'implantations géographiques SRS 2023-2028	
			Minimum	Maximum
TOTAL	Hémodialyse en centre adulte	11	8	11
	Hémodialyse en centre enfant	1	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	22	21	24
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	25	24	26
	Dialyse à domicile par hémodialyse	10	11	17
	Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	10	10	17

5. Indicateurs

- Nombre d'établissements éligibles au forfait MRC.
- Evolution du taux de dialyse à domicile, ratio patient dialysé/greffé au sein de la région.
- Remontées des données REIN.



ACTIVITÉS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)

1. Zone référence

La zone de référence est le département.

2. Éléments de diagnostic et de contexte à l'issue du SRS 2018 – 2022 – Situation des implantations au 31/03/2023

Propos liminaires

- Le contexte de la nouvelle loi relative à la bioéthique :

Le décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021, fixant les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique et portant diverses adaptations de la partie réglementaire du même code au regard des dispositions de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, entraîne des modifications dans la réalisation des activités d'AMP :

- d'une part, en permettant, de façon transitoire du 31 décembre 2021 au 31 mai 2023, la mise en œuvre immédiate d'activités relatives à l'autoconservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 par les établissements remplissant les conditions de statut et de savoir-faire fixés par le décret (cf. tableau ci-dessous),
- d'autre part, à compter du 1^{er} juin 2023, cette disposition transitoire sera remplacée par l'ajout de deux nouvelles activités dans l'article R. 2142-1 du CSP, activités qui pourront ainsi être autorisées par l'ARS.

- La région dispose d'une offre AMP diversifiée : l'ensemble des activités d'AMP est disponible au sein de la région.

En détail, la région compte cinq centres clinico-biologiques d'AMP dans lesquels sont réalisés les activités permettant la réalisation de la Fécondation In Vitro (FIV), de l'insémination artificielle (IA). Certains centres mettent également en œuvre les activités de préservation de la fertilité pour raisons médicales ainsi que les activités relatives aux dons de gamètes et à l'accueil d'embryons.

- Chaque activité fait l'objet d'une autorisation et les praticiens qui la réalisent doivent être en mesure de prouver leur compétence (diplômes et stage de formation pratique).
- L'offre de soins d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est concentrée dans les trois départements du nord : Eure- et- Loir, Indre- et- Loire et Loiret. Les implantations sont ainsi réparties : un centre en Eure-et-Loir, deux en Indre- et- Loire et deux dans le Loiret. Trois des cinq centres sont situés dans des établissements publics de santé. Les deux autres centres sont des structures privées à but lucratif. Grâce aux voies autoroutières de la région, les structures d'Indre- et- Loire et du Loiret sont relativement accessibles aux populations du Loir- et- Cher, du Cher et de l'Indre. Cependant, le choix d'un centre d'AMP par les couples ou les femmes non mariées ne se fait pas toujours en fonction de la proximité géographique. En effet, outre les habitudes d'adressage des gynécologues et la renommée de certains centres, aujourd'hui le classement des centres sans indicateur pertinent et les avis postés sur les réseaux sociaux participent au choix d'un centre. En revanche, pour les personnes souhaitant réaliser un don de gamètes, la notion de proximité est importante.
- Le rapport médical et scientifique 2021 de l'Agence de la Biomédecine montre, pour la région CVL en 2020, que le ratio nombre de centres FIV/nombre de femmes de 18 à 45 ans est supérieur à celui des régions ayant approximativement le même nombre de femmes de 18 à 45 ans.



Lors du PRS2 2018-2022, il est à noter :

- Autorisation et mise en œuvre d'activités supplémentaires pour deux centres (dons de gamètes pour l'un en 2021, préservation de la fertilité et prélèvement de spermatozoïdes pour l'autre en 2022) conformément aux OQOS.
- Arrêt définitif d'activité des deux laboratoires de biologie de la région réalisant uniquement l'activité de « Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle » en raison du non-remplacement du biologiste compétent pour l'un en 2019 et en raison de la baisse importante d'activité pour l'autre en 2020. Les deux implantations sont supprimées, cette activité étant également réalisée par un centre d'AMP dans leur département et les activités des laboratoires s'étant reportées sur des centres en proximité (cf. Tableau ci-dessous).

SRS 2018-2022 - OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE		
ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION		
ZONES D'IMPLANTATION	Modalités et/ ou mentions de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques au 31/03/2023
Cher		0
Eure-et-Loir	AMP BIO - Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	1
	AMP BIO - Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	1
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1
	AMP BIO - Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1
	AMP BIO - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0
	AMP BIO - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0
	<i>Activité transitoire du 31 décembre 2021 au 31 mai 2023</i> AMP BIO - Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	1
	AMP CLI - Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0
	AMP CLI - Prélèvement de spermatozoïdes	1
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1
	AMP CLI - Transfert des embryons en vue de leur implantation	1
Indre		0
Indre-et-Loire	AMP BIO - Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	2
	AMP BIO - Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	2
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue d'un projet parental	2
	AMP BIO - Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2



	AMP BIO - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1
	AMP BIO - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1
	<i>Activité transitoire du 31 décembre 2021 au 31 mai 2023</i> AMP BIO - Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	*1
	AMP CLI - Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1
	AMP CLI - Prélèvement de spermatozoïdes	1
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2
	AMP CLI - Transfert des embryons en vue de leur implantation	2
Loir-et-Cher		0
Loiret	AMP BIO - Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	2
	AMP BIO - Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	1
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue d'un projet parental	2
	AMP BIO - Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2
	AMP BIO - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1
	AMP BIO - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1
	<i>Activité transitoire du 31 décembre 2021 au 31 mai 2023</i> AMP BIO - Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	1
	AMP CLI - Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0
	AMP CLI - Prélèvement de spermatozoïdes	1
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2
	AMP CLI - Transfert des embryons en vue de leur implantation	2

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Les deux nouvelles activités, créées par le décret 2021-1933 du 30/12/2021, fixant les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique et portant diverses adaptations de la partie réglementaire du même code au regard des dispositions de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, sont prises en compte dans cette fiche. Dans la région, seuls les centres d'AMP publics pourront être autorisés pour ces nouvelles activités à compter du 1^{er} juin 2023, conformément à la réglementation.

4. Objectifs qualitatifs

Ces activités de soins ont un rayonnement de recrutement de patients régional voire inter-régional. Une attention particulière sera accordée à ce critère afin de répondre aux besoins de la population.

Les objectifs qualitatifs sont :

- Installer, dans le cadre de la démocratie en santé, un échange annuel avec les associations de patients ;



- Dynamiser le réseau entre les établissements autorisés pour les activités d'AMP (indicateurs de délai de prise en charge pour l'AMP, outils d'évaluation des compétences des nouveaux praticiens...);
- Mieux faire connaître au grand public l'offre régionale d'AMP et veiller à un accès aux centres d'AMP pour la population de l'ensemble de la population de la région;
- Relayer les campagnes nationales de communication de l'Agence de la Biomédecine.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Afin de répondre aux demandes d'AMP suite à l'extension de l'AMP, aux couples de femmes et aux femmes non mariées ainsi qu'à l'autoconservation des gamètes, définie par la loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique, il est proposé de compléter l'offre des prises en charge par la création d'implantations pour les activités manquantes :

- pour chaque centre d'AMP des centres hospitaliers, création d'implantations pour les activités manquantes et les deux nouvelles activités;
- pour les deux centres d'AMP privés à but lucratif, création d'implantation pour l'activité manquante, à savoir le prélèvement de spermatozoïdes.

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (SRS 2023-2028)		
ZONES D'IMPLANTATION	Modalités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques
Cher		0
Eure-et-Loir	AMP BIO - Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	1
	AMP BIO - Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	1
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1
	AMP BIO - Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1
	AMP BIO - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1
	AMP BIO - Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1
	<i>Nouvelle activité à compter du 1^{er} juin 2023</i> AMP BIO - Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12, comprenant notamment : - le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; - la préparation et la conservation des ovocytes	1
	AMP CLI - Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1
	AMP CLI - Prélèvement de spermatozoïdes	1
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1
	<i>Nouvelle activité à compter du 1^{er} juin 2023</i> AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	1
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1
AMP CLI - Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	



Indre		0
Indre-et-Loire	AMP BIO - Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	2
	AMP BIO - Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	2
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue d'un projet parental	2
	AMP BIO - Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2
	AMP BIO - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1
	AMP BIO - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1
	<i>Nouvelle activité à compter du 1^{er} juin 2023</i> AMP BIO - Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12, comprenant notamment : - le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; - la préparation et la conservation des ovocytes	1
	AMP CLI - Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1
	AMP CLI - Prélèvement de spermatozoïdes	2
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1
	<i>Nouvelle activité à compter du 1^{er} juin 2023</i> AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	1
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2
	AMP CLI - Transfert des embryons en vue de leur implantation	2
Loir-et-Cher		0
Loiret	AMP BIO - Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation	2
	AMP BIO - Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	1
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1
	AMP BIO - Conservation des embryons en vue d'un projet parental	2
	AMP BIO - Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2
	AMP BIO - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1
	AMP BIO - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1
	<i>Nouvelle activité à compter du 1^{er} juin 2023</i> AMP BIO - Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12, comprenant notamment : - le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; - la préparation et la conservation des ovocytes.	1
	AMP CLI - Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1
	AMP CLI - Prélèvement de spermatozoïdes	2
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1
	<i>Nouvelle activité à compter du 1^{er} juin 2023</i>	1



	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	
	AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2
	AMP CLI - transfert des embryons en vue de leur implantation	2

Les départements et modalités et/ ou mentions non listés n'ont pas d'implantation.

6. Indicateurs

- Nombre d'échanges avec les associations de patients
- Nombre de réunions animées par l'ARS avec les équipes AMP
- Nombre de campagnes nationales de communication de l'Agence de la Biomédecine relayées par l'ARS.



ACTIVITÉS BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL (DPN)

1. Zone référence

- La zone référence est départementale pour l'activité de DPN.

2. Eléments de diagnostic et de contexte à l'issu SRS 2018 – 2022 – Situation des implantations au 31/03/2023

- Trois laboratoires de la région réalisent les examens de Diagnostic Prénatal (DPN). Ils sont situés en Indre-et-Loire et dans le Loiret. Ici, la question de l'accès des patients ne se pose pas : le patient se présente au laboratoire de biologie médicale le plus proche de son lieu de vie pour le prélèvement et le laboratoire de DPN réalisant l'examen organise des circuits réguliers de collecte.

Tous les examens de DPN, exceptés les examens de biochimie foetale à visée diagnostique, sont réalisés dans la région. Trois laboratoires, deux hospitaliers et un privé, réalisant les examens de DPN sont situés en Indre et Loire (2) et dans le Loiret (1). Un laboratoire réalise tous les types d'examens.

Lors du PRS2 2018-2022, il est à noter :

- Arrêt définitif de l'activité portant sur les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels d'un laboratoire en 2022, en raison du non remplacement du biologiste compétent suite à son départ;
- Autorisation en 2021 des examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels dans un établissement conformément aux OQOS ;
- Création en 2021 et 2022 de deux d'implantations pour les examens de génétique portant sur ADN foetal libre circulant dans le sang maternel dans le cadre d'un besoin exceptionnel.

SRS 2018-2022 - OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE DIANOSTIC PRENATAL		
ZONES D'IMPLANTATION	Modalités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques au 31/03/2023
Cher	/	0
Eure-et-Loir	/	0
Indre	/	0
Indre-et-Loire	DPN - Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	2
	DPN - Examens de génétique moléculaire	2
	DPN - Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1
	DPN - Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2
	DPN - Examens de génétique portant sur ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	2
	DPN – Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0
Loir-et-Cher	/	0
Loiret	DPN - Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0
	DPN - Examens de génétique moléculaire	0
	DPN - Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0
	DPN - Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1
	DPN - Examens de génétique portant sur ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0
	DPN – Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0



3. Objectifs qualitatifs

Ces activités de soins ont un rayonnement de recrutement de patients régional voire inter-régional. Une attention particulière sera accordée à ce critère afin de répondre aux besoins de la population.

Les objectifs qualitatifs sont :

- Installer, dans le cadre de la démocratie en santé, un échange annuel avec les associations de patients ;
- Dynamiser le réseau entre les établissements autorisés pour les activités de DPN (indicateurs de délai de rendu de résultats pour les examens de DPN, outils d'évaluation des compétences des nouveaux praticiens, ...)
- Relayer les campagnes nationales de communication de l'Agence de la Biomédecine.

4. Objectifs quantitatifs – Implantations

Aucune implantation supplémentaire n'est proposée pour les cinq années à venir dans la mesure où les besoins sont pourvus par l'offre actuelle.

SRS 2023-2028 - OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE		
DIANOSTIC PRENATAL		
ZONES D'IMPLANTATION	Spécialités et/ou modalités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques
Cher	/	0
Eure-et-Loir	/	0
Indre	/	0
Indre-et-Loire	DPN - Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	2
	DPN - Examens de génétique moléculaire	2
	DPN - Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1
	DPN - Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2
	DPN - Examens de génétique portant sur ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	2
	DPN - Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0
Loir-et-Cher	/	0
Loiret	DPN - Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0
	DPN - Examens de génétique moléculaire	0
	DPN - Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0
	DPN - Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1
	DPN - Examens de génétique portant sur ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0
	DPN - Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0
Total	DPN - Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	2
	DPN - Examens de génétique moléculaire	2
	DPN - Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1
	DPN - Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	3
	DPN - Examens de génétique portant sur ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	2
	DPN - Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0



5. Indicateurs

- Nombre d'échanges avec les associations de patients
- Nombre de réunions animées par l'ARS avec les équipes DPN
- Nombre de campagnes nationales de communication de l'Agence de la Biomédecine relayées par l'ARS.



TRAITEMENT DU CANCER

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations au 31/03/2023.

L'adéquation aux besoins de la population et la pérennité de l'offre en cancérologie varient selon la modalité de traitement. L'offre paraît adéquate en chimiothérapie, a été modérément enrichie en radiothérapie mais reste très fragile en chirurgie oncologique.

Le bilan montre des implantations inférieures à la cible :

Nombre d'implantations géographiques	Chirurgie digestive	Chirurgie mammaire	Chirurgie gynécologique	Chirurgie urologique	Chirurgie ORL	Chirurgie du Thorax	Chimiothérapie	Radiothérapie	Curie-thérapie
Existant autorisé au 30/06/17	23	20	17	18	15	7	16	8	3
Prévu SRS (2018-2022)	22	20	17	19	15	7	17	8	6
Existant autorisé au 30/09/22	22	18	15	18	13	7	16	9	3

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Les décrets réformant les autorisations en date du 26 avril 2022 introduisent :

- La réduction du périmètre de l'activité autorisée à la prise en charge curative
- Une graduation des prises en charge, avec la nécessité de reconnaître différents niveaux d'expertise
- Une concentration de l'activité curative, du fait de l'augmentation de certains seuils d'activité, dans un objectif de qualité et de sécurité des soins
- Des parcours s'appuyant sur plusieurs acteurs.

La réforme induit la nécessité de créer de **véritables équipes territoriales** de traitement du cancer à travers une collaboration étroite entre établissements non autorisés au traitement du cancer participant à la prise en charge des patients et établissements autorisés au traitement du cancer. Cela nécessite un changement culturel important dans l'organisation des prises en charge.

Dans ce contexte de réforme très structurant, l'enjeu régional est de trouver le meilleur équilibre possible entre le renforcement de centres experts, la concentration de l'activité, la capacité à faire des centres autorisés et la non fragilisation des activités connexes au traitement du cancer comme la permanence des soins.

La nécessité pour des médecins d'exercer leur activité en dehors de leur site alors que la démographie médicale est très défavorable ne permet toutefois pas d'optimiser le temps médical.

4. Objectifs qualitatifs :

L'enjeu est de consolider une offre répondant aux besoins du territoire tout en la sécurisant, notamment dans les départements de l'Indre et du Cher. L'offre doit permettre de répondre aux délais de prise en charge conformément aux bonnes pratiques de traitement du cancer.

Les objectifs suivants sont présentés dans le **Parcours « Cancer »** du PRS3 :



- Réduire le taux de fuite concernant le traitement du cancer de 50%
- Maintenir un maillage territorial en fonction des seuils d'activité,
- Atteindre des cibles d'Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) de prise en charge des cancers qui existent pour 100 % des établissements autorisés.

Les titulaires d'autorisation devront démontrer :

- L'intérêt de leur implantation dans le maillage territorial,
- Leur capacité à inscrire leur activité dans une filière de soins et un parcours coordonné avec d'autres établissements, autorisés ou non au traitement du cancer pour la même modalité ou une autre,
- Une organisation interne et le développement d'une culture à même de proposer une prise en charge du cancer en accord avec les critères de qualité réglementaires et de l'Institut national du cancer (INCa).

L'approche territoriale et les coopérations sont les meilleures façons d'assurer aux patients de la région Centre- Val de Loire une prise en charge de qualité sur le territoire.

Les titulaires d'autorisation devront démontrer leur intelligence populationnelle en établissant les coopérations nécessaires à une prise en charge de qualité du patient tout au long de son parcours de soins, y compris hors établissement.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Le SRS ne prévoit pas de nouveaux sites autorisés pour l'activité de traitement du cancer, en dehors des nouvelles modalités introduites par la réforme (chirurgie oncologique A7).

La fragilisation de l'offre par des fuites importantes et la difficulté à atteindre les seuils pour certaines activités conduisent à concentrer l'activité de chirurgie oncologique gynécologique pour préserver à minima une offre départementale.

La gradation pour chaque modalité devient la suivante⁶¹ :

En chirurgie oncologique :

- Mention A assurant la chirurgie oncologique chez l'adulte hors chirurgie complexe citée en mention B
- Mention B assurant, en sus de la chirurgie oncologique chez l'adulte autorisée en mention A, une mission de recours ainsi que la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée
- Mention C assurant la chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans

En radiothérapie externe, curiethérapie :

- Mention A assurant les traitements de radiothérapie externe chez l'adulte
- Mention B assurant les traitements de curiethérapie chez l'adulte
- Mention C assurant en sus des traitements de radiothérapie externe ou de curiethérapie chez l'adulte, les mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans

En traitement médicamenteux systémique du cancer :

- Mention A assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B

⁶¹ Décret no 2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer



- Mention B assurant, en sus des traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible
- Mention C assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible, la mission de coordination de l'intégralité du parcours de soins du patient mineur pris en charge ainsi que celle d'expertise et de recours en cancérologie pédiatrique pour les autres établissements de santé et la médecine de ville contribuant à ce parcours de soins.

Certaines pratiques thérapeutiques spécifiques sont conditionnées à une autorisation mention B et ne font pas l'objet d'objectifs quantifiés de l'offre de soins.

ZONES D'IMPLANTATION	Modalités et/ou mentions de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention A (Possibilité de mettre une fourchette)		Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention B (Possibilité de mettre une fourchette)		Nombre d'implantation géographiques mention C
		Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	
Cher	Chirurgie digestive	0	0	2	2	
Eure-et Loir		0	1	2	2	
Indre		0	0	1	1	
Indre et Loire		0	1	3	3	
Loir-et-Cher		0	0	3	3	
Loiret		0	0	4	5	
TOTAL		0	2	15	16	
Cher	Chirurgie thoracique	0	1	0	0	
Eure-et Loir		0	0	0	0	
Indre		0	0	0	0	
Indre et Loire		0	0	2	2	
Loir-et-Cher		0	1	0	0	
Loiret		0	0	2	2	
TOTAL		0	2	4	4	
Cher	Chirurgie ORL	1	2	0	0	
Eure-et Loir		0	0	1	1	
Indre		0	0	1	1	
Indre et Loire		1	1	3	3	
Loir-et-Cher		0	0	1	1	
Loiret		0	1	1	1	
TOTAL		2	4	7	7	
Cher	Chirurgie urologique	0	1	1	1	
Eure-et Loir		0	1	2	2	
Indre		1	1	0	0	
Indre et Loire		0	0	3	3	
Loir-et-Cher		0	1	1	1	
LOIRET		0	2	2	2	
TOTAL		1	6	9	9	
Cher	Chirurgie gynécologique	1	1	0	0	
Eure-et Loir		0	0	1	1	
Indre		1	1	0	0	



ZONES D'IMPLANTATION	Modalités et/ou mentions de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention A (Possibilité de mettre une fourchette)		Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028) mention B (Possibilité de mettre une fourchette)		Nombre d'implantation géographiques mention C	
		Minimum	Maximum	Minimum	Maximum		
Indre et Loire		1	2	2	2		
Loir-et-Cher		1	1	0	0		
Loiret		1	2	1	1		
TOTAL		5	7	4	4		
Cher	Chirurgie mammaire	1	2				
Eure-et Loir		2	2				
Indre		1	1				
Indre et Loire		4	5				
Loir-et-Cher		2	2				
Loiret		4	4				
TOTAL		14	16				
Cher		Chirurgie oncologique non spécifique	2	2			
Eure-et Loir	1		3				
Indre	1		1				
Indre et Loire	4		4				
Loir-et-Cher	2		2				
Loiret	4		4				
TOTAL	14	16					
Cher	Chirurgie oncologique mention C	0	0				
Eure-et Loir		0	0				
Indre		0	0				
Indre et Loire		1	1				
Loir-et-Cher		0	0				
Loiret		0	0				
TOTAL		1	1				
Cher	Traitement médicamenteux systémique du cancer	2	2	0	0	0	
Eure-et Loir		3	3	0	0	0	
Indre		1	1	0	0	0	
Indre et Loire		3	3	1	1	1	
Loir-et-Cher		2	2	0	0	0	
Loiret		2	2	1	1	0	
TOTAL		13	13	2	2	1	
	Radiothérapie					C RTE	C Curie
Cher		1	1	0	0	0	0
Eure-et Loir		1	1	0	0	0	0
Indre		1	1	0	0	0	0
Indre et Loire		2	2	2	2	1	0
Loir-et-Cher		1	1	0	0	0	0
Loiret		3	3	1	1	0	0
TOTAL		9	9	3	3	1	0



6. Indicateurs

- Amélioration de la qualité de la prise en charge : Atteinte des cibles d'IQSS de prise en charge des cancers qui existent pour 100 % des établissements autorisés.
- Une consolidation de l'offre : réduction des fuites de 50%



EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

1. Zone référence

La zone de référence est le département.

2. Éléments de diagnostic et de contexte à l'issu SRS 2018 – 2022 – Situation des implantations au 31/03/2023

- Cinq laboratoires de la région réalisent les examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification par empreintes génétiques à des fins médicales. Trois sont situés en Indre- et- Loire et deux dans le Loiret. Il s'agit de trois établissements publics de santé et deux laboratoires privés.
- Ces examens consistent en des examens de génétique post-natale. Deux établissements réalisent également des analyses de génétique moléculaire et de cytogénétique dans la cadre du diagnostic prénatal. Les analyses pré et post natales sont effectuées sur le même plateau technique spécifique.

SRS 2018-2022 - OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE		
EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES		
ZONES D'IMPLANTATION	Modalités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques au 31/03/2023
Cher		0
Eure et Loir		0
Indre		0
Indre et Loire	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses cytogénétique moléculaire	2
	Analyses de génétique moléculaire	2
	Analyses de génétique moléculaire limitées aux analyses de niveau 1	2
Indre		0
Loiret	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses cytogénétique moléculaire	1
	Analyses de génétique moléculaire	1
	Analyses de génétique moléculaire limitées aux analyses de niveau 1	1

3. Objectifs qualitatifs

Cette activité de soins a un rayonnement de recrutement de patients régional voire inter-régional. Une attention particulière sera accordée à ce critère afin de répondre aux besoins de la population.

4. Objectifs quantitatifs – Implantations

Aucune implantation supplémentaire n'est proposée pour les cinq années à venir dans la mesure où les besoins sont pourvus par l'offre actuelle.

**SRS 2023-2028 - OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE****EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES**

ZONES D'IMPLANTATION	Modalités de prise en charge	Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)
Cher		0
Eure et Loir		0
Indre		0
Indre et Loire	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses cytogénétique moléculaire	2
	Analyses de génétique moléculaire (Autorisation non limitée)	2
	Analyses de génétique moléculaire limitée aux analyses de niveau 1	2
Indre		0
Loiret	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses cytogénétique moléculaire	1
	Analyses de génétique moléculaire (Autorisation non limitée)	1
	Analyses de génétique moléculaire limitée aux analyses de niveau 1	1
Total	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses cytogénétique moléculaire	3
	Analyses de génétique moléculaire (Autorisation non limitée)	3
	Analyses de génétique moléculaire limitée aux analyses de niveau 1	3



HOSPITALISATION À DOMICILE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic à l'issue du SRS 2 – Situation des implantations

L'HAD permet d'éviter le recours non pertinent à l'hospitalisation avec hébergement, se positionne sur des prises en charge complexes et/ou spécialisées et s'intègre pleinement dans les parcours de soins territoriaux.

Elle peut intervenir dans tous les types de domicile dont les établissements sociaux et médico sociaux et ainsi éviter des hospitalisations conventionnelles.

En région Centre Val-de-Loire, malgré une couverture régionale totale, une réelle dynamique d'activité et une capacité de mobilisation importante, notamment dans le cadre de la crise sanitaire, le recours à l'HAD reste néanmoins hétérogène.

L'offre en HAD actuelle est répartie comme telle :

SRS 2018-2022 -OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE		
MEDECINE - HOSPITALISATION A DOMICILE		
ZONE D'IMPLANTATION	Modalité	Nombre d'implantation géographique
Cher	Médecine – modalité HAD	2
Eure-et-Loir	Médecine – modalité HAD	1
Indre	Médecine – modalité HAD	1
Indre-et-Loire	Médecine – modalité HAD	2
Loir-et-Cher	Médecine – modalité HAD	1
Loiret	Médecine – modalité HAD	2
Total	Médecine – modalité HAD	9

L'HAD est encore insuffisamment identifiée et prescrite au regard de ses capacités. Le recours à l'HAD ne peut s'envisager sans une relation de confiance entre les acteurs :

- Avec les établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, qui doivent intégrer davantage l'HAD de façon plus systématique dans les parcours patients ;
- Avec les médecins généralistes qui peuvent prescrire l'HAD lorsqu'il n'y a pas besoin d'un recours à l'hospitalisation conventionnelle ou à un plateau technique ;
- Avec les autres professionnels de santé qui peuvent orienter des patients vers l'HAD.

Afin de répondre au plus près des besoins des patients de son territoire d'intervention, l'HAD :

- Se structure pour constituer une offre de soins accessible à tous en proximité sur son lieu de vie, complémentaire de la ville et de l'hôpital ;
- Poursuit son engagement dans les évolutions indispensables en termes de qualité et de sécurité des soins, de réactivité, de professionnalisation ;
- S'appuie sur les usages de la e-santé et le numérique comme levier d'efficacité des prises en charge.



L'objectif général est de poursuivre l'évolution du recours à l'offre HAD, dans la même dynamique que celle observée depuis 2017.

3. Orientations nationales

La réforme des autorisations fait de l'hospitalisation à domicile (HAD) une activité de soins à part entière, encadrée par décrets du 31 décembre 2021. L'offre HAD se décline en 4 mentions : mention socle, mention réadaptation, mention ante et post-partum, mention enfants de moins de 3 ans.

4. Objectifs qualitatifs :

Pour soutenir le déploiement, la diversification et la spécialisation de l'activité de soins d'HAD, 4 enjeux prioritaires ont été identifiés en région Centre Val-de-Loire, conformes aux recommandations nationales :

1. Améliorer la connaissance de l'HAD et l'attractivité de cette activité

- Communication auprès de tous les prescripteurs (hospitaliers, libéraux et médico-sociaux) par le biais des HAD elles-mêmes, des CPAM et de l'ARS
- Intégration de l'HAD dans les parcours de formation des professionnels de santé comme terrain de formation/stage (internes, externes, soignants, rééducateurs, sages-femmes, cadres de santé)

2. Renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale de l'offre de soins

- Responsabilité territoriale des HAD mention Socle dans le périmètre de leur zone d'intervention. Elles représentent une des offres de proximité dans le panel d'offres souhaitées.
- Activité diversifiée des HAD mention socle. Elles sont en capacité d'assurer tous les Modes de Prise en Charge (MPP)
- Renforcement de l'articulation entre les missions de coordination de l'HAD et :
 - le secteur sanitaire avec hébergement et ambulatoire (dont les équipes mobiles (soins palliatifs, gériatriques, MPR))
 - le secteur libéral, en s'appuyant sur l'exercice coordonné (en particulier les CPTS) et les missions des DAC
 - le secteur social et médico-social (avec les services Autonomie à domicile, les ESMS (EHPAD, handicap, précarité...) les centres ressources territoriaux).

3. Diversifier les modes de prise en charge et élargir le public bénéficiaire de l'offre d'HAD

- Renforcement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre des 3 mentions spécialisées (réadaptation, ante et post-partum et enfants de moins de 3 ans)
- Renforcement du rôle de l'HAD dans les parcours des personnes âgées, notamment poly pathologiques, des personnes en situation de handicap et/ou de précarité
- Développement des soins spécialisés en HAD (chimiothérapie, transfusion sanguine)
- Mise en valeur de l'expertise de l'HAD dans les soins palliatifs et les maladies neurodégénératives
- Usage de la e-santé et du numérique comme levier d'efficience des prises en charge



Renforcer la pertinence et l'efficacité des parcours patients et des orientations en HAD

- Afin d'éviter autant que possible les hospitalisations conventionnelles :
 - ✓ renforcement des évaluations anticipées en EHPAD et autres ESMS (handicap et précarité)
 - ✓ prescription de l'HAD, par les professionnels de ville ou les DAC, pour les patients chroniques dont l'état de santé se dégrade et qui nécessitent une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire
- Anticipation des sorties en HAD, au plus tôt et dès l'entrée du patient, en développant les évaluations précoces au sein des établissements de santé
- Renforcement du lien de l'HAD avec les services d'urgence :
 - ✓ en amont, pour un moindre recours aux urgences pour les patients déjà pris en charge en HAD
 - ✓ en aval, pour une orientation directe par les services d'urgence

4. Objectifs quantitatifs – Implantations

Afin d'apporter davantage de lisibilité sur l'offre proposée aux prescripteurs, les zones d'intervention seront départementales ce qui doit correspondre à une mobilisation des professionnels et des prises en charge à l'échelle du département.

Pour chaque mention spécialisée, la zone de référence est départementale.

SRS 2023-2028 - OQOS - IMPLANTATIONS PAR TERRITOIRE			
HOSPITALISATION A DOMICILE			
ZONE D'IMPLANTATION	Mentions	Nombre d'implantation géographique	
Cher	Socle	1	2
	Réadaptation	1	
	Ante et post-partum	1	
	Enfants de moins de 3 ans	1	
Eure-et-Loir	Socle	2	
	Réadaptation	1	
	Ante et post-partum	1	
	Enfants de moins de 3 ans	1	
Indre	Socle	1	2
	Réadaptation	1	
	Ante et post-partum	1	
	Enfants de moins de 3 ans	1	
Indre-et-Loire	Socle	2	
	Réadaptation	1	
	Ante et post-partum	1	
	Enfants de moins de 3 ans	1	
Loir-et-Cher	Socle	1	
	Réadaptation	1	
	Ante et post-partum	1	
	Enfants de moins de 3 ans	1	
Loiret	Socle	2	
	Réadaptation	1	
	Ante et post-partum	1	
	Enfants de moins de 3 ans	1	



TOTAL	Socle	9
	Réadaptation	6
	Ante et post-partum	6
	Enfants de moins de 3 ans	6

5. Indicateurs

- Nombre de patients pris en charge pour chacune des 4 mentions
- Part des départements ayant mis en œuvre une HAD mention Réadaptation
- Part des départements ayant mis en œuvre HAD mention ante et post-partum
- Part des départements ayant mis en œuvre HAD mention enfants de moins de 3 ans



RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

1. Zones de référence

La zone référence est le département.

2. Eléments de diagnostic + contexte/constats à l'issue du SRS 2018 – 2022 – Situation des implantations au 31/03/2023

Près de 80 000 actes par an en région Centre-Val de Loire pourraient relever d'une activité de radiologie interventionnelle. Cette discipline, jusqu'à présent, n'était pas soumise à autorisation. De plus, ces actes, dont la liste n'est pas établie, pouvaient être réalisés par d'autres spécialistes que des radiologues interventionnels (chirurgiens vasculaires notamment), sans nécessiter l'obtention d'une autorisation.

On peut estimer que l'offre actuelle de l'activité de radiologie interventionnelle est insuffisante dans la région, entraînant :

- des délais de diagnostics pour certaines pathologies ;
- un transfert éventuel vers des solutions chirurgicales, plus invasives, avec plus de risques de morbidité ;

Les éléments d'activités et de consommation reflètent des pratiques différentes en fonction des filières de soins.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

La réforme des autorisations fait de la radiologie interventionnelle une activité de soins à part entière encadrée par décrets en date du 16 septembre 2022, avec des objectifs de gradation. Ainsi, la réforme promeut une offre différenciée en fonction du risque lié au geste, de sa complexité et des besoins en plateaux techniques.

Elle nécessite de définir un besoin territorial pour chacune des mentions. Dans la région, compte-tenu de la centralisation de l'activité, l'objectif premier sera de consolider les centres réalisant l'activité avant d'envisager une diffusion de l'offre et sa gradation sur le territoire.

4. Objectifs qualitatifs :

A ce jour, la radiologie interventionnelle est une activité à développer en région Centre-Val de Loire, tant en développant l'attractivité de cette activité pour les radiologues et les internes qu'en favorisant l'installation de structures autorisées dans chacun des départements.

Le choix est fait de proposer un nombre d'implantation par département permettant aux structures de passer d'une mention A à une mention B en cours de PRS, si cela leur est possible.

L'activité mention D, couvrant également la mention C, nécessite une expertise renforcée. Il paraît important que les centres titulaires de l'autorisation proposent une offre de recours régionale et participent à l'enseignement de la discipline.

Il sera attendu des titulaires que leur activité s'inscrive dans des filières de soins identifiées, en collaboration avec les acteurs de ville et les services de chirurgie.



5. Objectifs quantitatifs – Implantations

ZONES D'IMPLANTATION	Radiologie interventionnelle (SRS 2023-2028)						
	Mention A		Mention B		Mention C	Mention D	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum		Minimum	Maximum
Cher (18)	1	2	1	2	0	0	0
Eure-et-Loir (28)	2	3	1	1	0	0	0
Indre (36)	1	1	1	1	0	0	0
Indre-et-Loire (37)	1	2	1	2	0	1	1
Loir-et-Cher (41)	1	2	1	2	0	0	0
Loiret (45)	1	3	1	3	0	0	1
TOTAL	7	13	6	11	0	1	2

6. Indicateurs

- File active suivie en RI ;
- Part d'activité de radiologie interventionnelle dans chaque structure titulaire d'une autorisation en imagerie ;
- Taux de transformation d'actes chirurgicaux fléchés en actes de radiologie interventionnelle ;
- Attractivité des professionnels de santé médecins radiologues, mais aussi, manipulateurs en électroradiologie médicale.



RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

1. Zones de référence

La zone de référence est le département.

2. Eléments de diagnostic + contexte/constats à l'issue du SRS 2018 – 2022 – Situation des implantations au 31/03/2023

L'ensemble des implantations géographiques et des appareils prévus au PRS 2 n'a pas été pourvu malgré une volonté d'augmenter la couverture territoriale. Le nombre d'implantations en IRM est de 30 et de 35 en scanner et le nombre d'appareils s'établit à 48 IRM et 55 en scanner autorisés pour la région.

Le taux d'équipement par millier d'habitants en RCVDL reste globalement inférieur au taux national, lui-même l'un des plus bas en Europe. La couverture territoriale révèle des délais d'accès majoritairement inférieur à 45 minutes pour les scanners, et à 60 minutes pour les IRM (en deçà des recommandations de bonnes pratiques).

Le parc actuel d'IRM ne permet pas de répondre aux recommandations de bonnes pratiques cliniques, il existe de fait une conversion des indications vers le scanner et/ou l'échographie, diminuant la pertinence de chaque examen et augmentant, in fine, les délais d'accès à l'ensemble des modalités. Cette situation majeure les inégalités territoriales et se répercute sur l'attractivité pour les professionnels de santé (radiologues, manipulateurs en radiologie, ...).

Dans le cadre du PRS 2, deux plateaux d'imagerie médicale mutualisée (PIMM) ont été créés, un régional dédié à la PDES et un territorial en Indre et Loire, afin de sécuriser les prises charge et favoriser l'attractivité.

3. Orientations nationales et leurs déclinaisons régionales en fonction des spécificités

Le cadre règlementaire est rénové par décrets du 16 septembre 2022. Cette réforme distingue dorénavant la radiologie diagnostique, relevant du régime des Equipements Matériels Lourds, et la radiologie interventionnelle. Cette dernière devient une activité de soins tout comme la médecine nucléaire.

La réforme de la radiologie diagnostique pose le principe d'une autorisation d'implantation avec un nombre d'appareils pouvant aller de 3 et plus si dérogation du DGARS, avec l'obligation de mixer les équipements d'IRM et de scanner. Elle encourage également les titulaires d'autorisation à participer à la permanence des soins.

A l'échelle régionale, il est nécessaire de développer l'imagerie, dont une imagerie hospitalière de pointe pour rester attractif.

4. Objectifs qualitatifs :

Le but est de répondre aux besoins des patients en réduisant les délais :

a) En répondant au besoin territorial par le biais de la coopération et en permettant la mutualisation des équipes et des plateaux techniques.

La coopération et la coordination avec les prescripteurs en imagerie et les acteurs de l'imagerie sont indispensables pour mieux répondre au besoin de la population de la RCVL, tant sur un aspect quantitatif que qualitatif.

Le titulaire d'autorisation devra inscrire son projet dans un projet territorial pour répondre lui-même ou par convention à des besoins locaux.

b) En développant le parc régional d'appareils.



Au vu des délais d'accès aux différents examens, tant concernant le temps entre prise de rendez-vous et tenue de celui-ci, qu'en temps de transport, et au vu de la démographie médicale et des manipulateurs en électroradiologie, de la difficulté à couvrir la permanence des soins en imagerie, un juste équilibre dans les futures implantations doit être trouvé, permettant :

- **de consolider les sites d'implantation actuels** dans leur fonctionnement, notamment à travers l'amélioration de l'attractivité pour les professionnels de santé ;
- **d'accroître le nombre d'appareils**, en augmentant les implantations dans les territoires où le besoin existe (délais de rendez-vous importants, équipements saturés, ...).

Les titulaires des nouvelles autorisations d'implantation ou demandant l'accord pour installer un appareil supplémentaire devront prouver :

- l'amélioration du service rendu : soit réduction des délais de rendez-vous, soit réduction des temps de transport ;
- la qualité du projet médical et territorial, l'inscription de l'activité dans les filières de soins et l'écosystème concerné ;
- le réalisme du projet : équilibre médico-économique, niveau d'activité, capacité à constituer une équipe pour faire vivre les équipements.

Afin d'assurer une cohérence territoriale des installations, le G4 départemental pourra être consulté sur les nouvelles demandes d'implantation ou d'appareils.

c) En consolidant la permanence des soins et la continuité des soins.

La démographie déclinante des radiologues dans la région, la répartition entre secteur privé et secteur libéral, les nouveaux modes de pratiques, rendent de plus en plus difficile et pénible la couverture d'une permanence des soins en imagerie, dont pourtant le besoin augmente.

Cette pénibilité peut diminuer par l'augmentation du nombre de praticiens impliqués dans la permanence des soins.

Il sera attendu de la structure titulaire d'une autorisation de participer à la continuité et à la permanence des soins en imagerie (PIMM, plages de soins non programmés, SAS/SAU). Ainsi, des conventions avec les établissements dotés d'un service d'accueil des urgences, procurant des soins non programmés et les CPTS, et/ou la mise à disposition de créneau sur le SAS (Service d'Accès aux Soins) devront être établis, permettant de faciliter l'accès aux examens semi-urgents, dont les bonnes pratiques recommandent la réalisation entre 48h et 15j après leur prescription.

d) En développant la pratique de l'échographie et les usages transversaux en imagerie.

L'échographie devra être développée pour répondre aux recommandations de bonnes pratiques, notamment en favorisant la délégation de tâches, encadrée avec les protocoles de coopération.

L'accès au coroscanner, qui présente une alternative intéressante à la coronarographie pour certains patients, devra être développé via une coopération entre radiologues et cardiologues.

e) En améliorant la pertinence des actes d'imagerie et leur qualité.

L'amélioration de la pertinence des soins en imagerie sera encouragée à travers :

- l'amélioration de la prescription dans le fond et la forme ;
- l'appui sur les outils d'aide à la prescription ;
- la diffusion des guides de bonnes pratiques de l'imagerie en urgence ;
- le développement des demandes structurées ;
- l'amélioration de l'accès à l'échographie et la diminution des reports d'une modalité à l'autre.



Le développement large de la mutualisation des examens d'imagerie, via le projet MIRC, auquel adhèrent déjà la majorité des services d'imagerie publics participe à améliorer la pertinence des actes et celle de leur interprétation. Un objectif de 100% d'adhésion à MIRC est recherché.

Le développement d'un outil régional de téléradiologie a permis la création de lignes d'expertises (neuroradiologie) qui seront confortées et dont le fonctionnement pourra être répliqué sur d'autres filières (radiopédiatrie par exemple) permettant de faciliter l'accès à la téléexpertise en radiologie.

5. Objectifs quantitatifs – Implantations

Il est prévu de doter chaque département d'une implantation géographique supplémentaire, sauf pour le Loir-et-Cher, particulièrement dépourvu en équipements de matériels lourds d'imagerie, où une augmentation de 2 sites géographiques est proposée.

ZONES D'IMPLANTATION	Radiologie diagnostique Nombre d'implantations géographiques (SRS 2023-2028)
	Objectif 2028
Cher (18)	6
Eure-et-Loir (28)	10
Indre (36)	6
Indre-et-Loire (37)	11
Loir-et-Cher (41)	6
Loiret (45)	12
TOTAL	51

6. Indicateurs

- Délais d'accès aux actes d'imagerie.
- Délais d'accès d'obtention d'un diagnostic via l'imagerie médicale.
- Nombre de vacations de PDS par médecins radiologues de la région.
- Nombre de plages de SNP par titulaire d'autorisation.



PERMANENCE DES
SOINS EN
ÉTABLISSEMENT DE
SANTÉ





1. Le périmètre de la PDES

La permanence des soins en établissement de santé (PDES) 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 18h30 ou 20h du soir le plus souvent, et jusqu'à 8h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La continuité des soins est une notion différente, il s'agit de l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci, dont le financement est lié à l'activité par la rémunération des séjours d'hospitalisation.

Seule la PDES fait l'objet du présent volet du SRS en application de l'article R.6111-41 du code de la santé publique. La PDES concerne le seul champ MCO compte-tenu de la nature de ses activités.

Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie ne peuvent pas relever du dispositif de PDES. Les structures de médecine d'urgence des établissements publics de santé, les structures autorisées à l'activité de greffe (forfait) et les structures d'hospitalisation à domicile (activité) font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDES.

Pour les spécialités qui ne relèvent pas des PTHS, notamment les spécialités de médecine ou encore d'autres plateaux techniques moins spécialisés, l'ARS a identifié dans le cadre de ses concertations les lignes de gardes et d'astreintes des structures qui devront s'engager dans un partenariat renforcé avec le réseau des urgences pour les prises en charge la nuit, les week-ends et jours fériés (cf chapitre 4 ci-après).

L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de PDES visera ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences.

Une réflexion sur le modèle médico-économique de la PDES est souhaitée en lien avec les fédérations afin de prendre en compte l'évolution de la démographie médicale, des pratiques professionnelles et des nouvelles technologies.

Un lien fort est à développer entre la PDES et la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), pour entourer et soutenir l'exercice de la PDSA (où le praticien a parfois le sentiment d'être isolé), avec des avis spécialisés rendus par téléexpertise (moyen le plus sécurisé) et ainsi éviter aux patients des passages par les services d'urgence.

Les praticiens libéraux en ville pourront également être impliqués dans le dispositif de PDES et indemnisés à ce titre.

*

La permanence des soins inclut des activités médicales réglementées, non réglementées et médicotéchniques.

- Les activités réglementées : certaines activités de soins autorisées sont assorties d'obligation de permanence des soins. Ce sont principalement :
 - les activités de périnatalité, de gynécologie obstétrique ;
 - les réanimations adulte et pédiatrique, unités de surveillance continue et soins intensifs cardiologiques ;

- les unités neurovasculaires ;
- la cardiologie interventionnelle ;
- la chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle sont des activités qui relèvent dorénavant du SRS de la région CVL suite à la suppression du schéma inter-régional d'organisation des soins. Elles sont donc intégrées dans le présent schéma.
- Les activités non réglementées : il s'agit de spécialités médicales et chirurgicales nécessitant potentiellement une prise en charge aiguë spécialisée au sein des urgences ou directement dans un service de spécialité :
 - Spécialités médicales : neurologie, gastroentérologie, cardiologie, pneumologie ;
 - Spécialités chirurgicales : chirurgie vasculaire et thoracique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie de la main, chirurgie infantile, ophtalmologie, urologie.
- Dans le domaine médicotechnique, pour l'imagerie médicale, une organisation attractive et régionalisée sera mise en place à fin 2023 via le PIMM Centre (plateau d'imagerie médicale mutualisée du Centre) et regroupant à ce jour 11 établissements de santé publics de la région. Le PIMM Centre pourra intégrer tout établissement de santé, public, privé, et praticiens libéraux, pour bénéficier d'une mutualisation de la permanence commune en imagerie. Avec les deux autres activités médicotechniques, biologie et pharmacie, les permanences en imagerie sont nécessaires à la continuité des soins mais participent aussi à la permanence des soins.

Les autres spécialités ne sont pas concernées par le schéma de permanence des soins.

Ce schéma reprend en grande partie les lignes de PDSES actuelles. Il pourra être revu en regard de la réforme des autorisations en cours.

2. Les enjeux de la PDSES

- Améliorer l'accès aux soins :
 - Optimiser l'organisation de la PDSES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent, permettant de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins) en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés ;
 - Garantir l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées. En effet, les tarifs opposables pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux du secteur 1.

Dans le cadre du SRS 2023 2028, il est demandé à tout titulaire d'autorisation de participer à la permanence des soins, pour ses activités en relevant, en cohérence avec l'ensemble des acteurs concernés par la discipline sur le département, voire la région (coopération inter départementale).

S'agissant des nouvelles autorisations, l'ARS pourra conditionner leur délivrance à la participation effective des titulaires à la PDSES. Des engagements précis pris en ce sens par les candidats devront figurer dans leurs dossiers de demande.

- Améliorer la qualité de prise en charge :
 - Réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences ;
 - Sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation ;
 - Développer l'utilisation de la téléexpertise pour rapprocher les professionnels de santé dans un espace numérique sécurisé et partagé.



- Améliorer l'efficacité :
 - Optimiser l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements, indépendamment de leurs statuts ou de leurs départements de localisation, en inter-GHT, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux exerçant en établissements de santé privés dans le dispositif ;
 - Éliminer les doublons entre établissements sur une même activité, pour éviter les dépenses inutiles et rémunérer uniquement les établissements assurant la mission de service public de PDES ;
 - Répartir de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.

3. Les orientations de la PDES en région Centre-Val de Loire

- Une permanence territoriale des soins, au juste niveau, conciliant efficacité des ressources humaines et des coûts, et satisfaction du besoin :
 - Il s'agit de faire évoluer l'organisation d'une « approche établissement » vers une « approche territoriale ». Sur le territoire départemental, les établissements doivent trouver une organisation partagée pour répondre aux besoins de permanence des soins ;
 - la permanence des soins concerne tous les praticiens des établissements, aussi bien publics que privés, ainsi que les libéraux, qui, via des conventions, doivent prendre part à la permanence des soins ;
 - ensemble, les établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre nécessaire et suffisante par spécialité. Ces engagements sont inscrits dans les CPOM des établissements concernés ;
 - il convient d'éviter le maintien de permanences si elles ne sont pas nécessaires à la couverture des besoins de la population en soins spécialisés inopinés ;
 - la PDES doit être lisible entre acteurs de santé et pour la population ;
 - l'organisation retenue doit éviter la dispersion des ressources médicales ;
 - elle doit être conforme à la logique des GHT qui doivent intégrer dans leur projet médical partagé les principes d'organisation des activités portant notamment sur la permanence des soins et la continuité des soins.
- Une organisation évolutive en fonction de la fréquence des recours :
 - les lignes d'anesthésie suivront les reconnaissances des lignes de chirurgie avec un principe de mutualisation, y compris des lignes d'anesthésie en lien avec l'activité de gynécologie obstétrique qui relève d'un dispositif réglementaire ;
 - les lignes de PDES seront reconnues préférentiellement en astreinte, mais, cette reconnaissance pourra être requalifiée en garde selon le niveau d'activité objectif. La requalification d'une garde en astreinte sera déterminée en fonction de l'activité réalisée et selon une procédure définie avec les fédérations des établissements de santé ;
 - une expression en fourchette du nombre de lignes de PDES pour certaines spécialités qui pourra être revue, notamment en fonction de l'activité réellement réalisée.
- Une organisation intégrant l'usage de la télémedecine (téléconsultation, télé expertise, télésurveillance ou téléassistance), notamment en radiologie.

Zone de référence

Les critères d'efficacité tenant à l'examen du service rendu et à l'optimisation de la ressource publique (article R1434-5 du code de la santé publique) sont complétés par les critères suivants :

- un besoin clairement identifié prenant en compte l'éloignement et un bassin de population à desservir suffisant ;
- l'existence d'un service d'urgence ;
- l'existence d'un service de réanimation ;
- une organisation pérenne et fiable : un dossier de candidature ne pourra être retenu que sur la base d'une équipe de praticiens complète, stable et permettant de couvrir les plannings opérationnels de la PDSSES ;
- une activité tracée et significative, contrôlée, et transmise à l'ARS pour ajuster si besoin le dispositif en place (astreinte en garde, ou garde en astreinte).

4. Les principes adoptés :

- une organisation régionale, pour les plateaux techniques hautement spécialisés et établissements de recours régionaux en :
 - cardiologie interventionnelle ;
 - chirurgie cardiaque adulte/pédiatrique ;
 - chirurgie de la main ;
 - chirurgie pédiatrique viscérale et orthopédique ;
 - grands brûlés ;
 - neurochirurgie ;
 - neuroradiologie interventionnelle ;
 - chirurgie thoracique ;
 - hématologie ;
 - réanimation néonatale.
- Sur chaque territoire, les principes affichés pour les lignes de permanence sont les suivants :
 - pour les spécialités de médecine : une ligne de médecine polyvalente par site autorisé à la médecine d'urgence, une ligne pour la pédiatrie (selon le niveau d'activité, potentiellement mutualisable avec l'activité d'obstétrique et de néonatalogie), une ligne pour la gastro-entérologie, une ligne pour la pneumologie ;
 - pour les spécialités chirurgicales : une ligne pour l'ORL, l'ophtalmologie, l'urologie, le vasculaire ;
 - pour la chirurgie orthopédique, a minima une ligne d'astreinte est requise en privilégiant les mutualisations entre établissements ;
 - pour la chirurgie viscérale : définition d'une fourchette conciliant l'objectif de territorialisation et la reconnaissance de lignes sur tous les sites d'urgence disposant d'une réanimation ou, par exception et sur la base des critères d'efficacité mentionnés ci-après, possibilité de reconnaissance aux sites d'urgence, disposant, en propre ou par coopération avec un établissement autorisé à proximité.
 - Biologie, pharmacie et imagerie, une astreinte pour chaque discipline. Pour l'imagerie, le déploiement du PIMM organisera la PDS à l'échelle régionale.

Lignes d'astreintes et de gardes

Disciplines (par département)	Astreintes 2023	Astreintes PRS3 minimum	Astreintes PRS3 maximum	Gardes 2023	Gardes PRS3 minimum	Gardes PRS3 maximum
Cher (18)	33	30	31	3	3	3
anesthésie	3	2	3			
biologie	1	1	1			
cardiologie interventionnelle	1	1	1			
chirurgie ORL	1	1	1			
chirurgie orthopédique et traumatologie	3	1	1			
chirurgie urologique	1	1	1			
chirurgie vasculaire	1	1	1			
chirurgie viscérale et digestive	3	3	3			
hépato-gastro-entérologie (dont endoscopies)	1	1	1			
maternité anesthésie	3	3	3	1	1	1
maternité gynéco-obstétrique	4	4	4			
médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	3	3	3			
ophtalmologie	1	1	1			
pédiatrie	4	4	4			
pharmacie	1	1	1			
pneumologie (y compris endoscopies)	1	1	1			
réanimation				1	1	1
Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)				1	1	1
unité neurovasculaire (UNV)-neurologie	1	1	1			
Eure-et-Loir (28)	23	22	22	13	13	13
anesthésie	1	1	1	2	2	2
biologie	1	1	1			
cardiologie interventionnelle	1	1	1			
chirurgie ORL	1	1	1			
chirurgie orthopédique et traumatologie	2	1	1			
chirurgie urologique	1	1	1			
chirurgie vasculaire	1	1	1			
chirurgie viscérale et digestive	3	3	3			
hépato-gastro-entérologie (dont endoscopies)	1	1	1			
maternité anesthésie				2	2	2
maternité gynéco-obstétrique				2	2	2
Médecine d'urgence (établissements privés autorisés)				1	1	1



Disciplines (par département)	Astreintes 2023	Astreintes PRS3 minimum	Astreintes PRS3 maximum	Gardes 2023	Gardes PRS3 minimum	Gardes PRS3 maximum
médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	5	5	5			
pédiatrie	2	2	2	2	2	2
pharmacie	1	1	1			
pneumologie (y compris endoscopies)	1	1	1			
réanimation				2	2	2
Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)				2	2	2
unité neurovasculaire (UNV)-neurologie	2	2	2			
Indre (36)	18	17	18	4	4	4
anesthésie	3	2	3			
biologie	1	1	1			
chirurgie ORL	1	1	1			
chirurgie orthopédique et traumatologie	1	1	1			
chirurgie urologique	1	1	1			
chirurgie vasculaire	1	1	1			
chirurgie viscérale et digestive	2	2	2			
hépato-gastro-entérologie (dont endoscopies)	1	1	1			
maternité anesthésie				1	1	1
maternité gynéco-obstétrique				1	1	1
médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	3	3	3			
ophtalmologie	1	1	1			
pédiatrie	1	1	1			
pharmacie	1	1	1			
pneumologie (y compris endoscopies)	1	1	1			
réanimation				1	1	1
Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)				1	1	1
Indre-et-Loire (37)	61	59	60	25	25	25
anesthésie	3	3	3	1	1	1
anesthésie chirurgie cardiaque pédiatrique	1	1	1			
anesthésie chirurgie cardiologique	2	2	2			
anesthésie mains				1	1	1
anesthésie pédiatrique				1	1	1
anesthésie réanimation neurochirurgie				1	1	1
anesthésie réanimation neuro-traumato grands brûlés				1	1	1
anesthésie-circulation extra-corporelle (CEC)	2	2	2			



Disciplines (par département)	Astreintes 2023	Astreintes PRS3 minimum	Astreintes PRS3 maximum	Gardes 2023	Gardes PRS3 minimum	Gardes PRS3 maximum
biologie	1	1	1			
biologie biochimie	1	1	1			
biologie hématologie	1	1	1			
biologie microbiologie bactériologie	1	1	1			
cardiologie interventionnelle	2	2	2			
chirurgie cardiaque	2	2	2			
chirurgie de la main	1	1	1			
chirurgie maxillo faciale	1	1	1			
chirurgie ORL	1	1	1			
chirurgie orthopédique et traumatologie	3	1	2	1	1	1
chirurgie plastique brûlés	1	1	1			
chirurgie thoracique	1	1	1			
chirurgie urologique	1	1	1			
chirurgie vasculaire	1	1	1			
chirurgie viscérale et digestive	4	4	4			
hématologie clinique	1	1	1			
hémodialyse adulte - unité de soins intensifs (USI)				1	1	1
hépato-gastro-entérologie (dont endoscopies)	1	1	1			
maladies infectieuses	1	1	1			
maternité anesthésie	1	1	1	2	2	2
maternité gynéco-obstétrique	2	2	2	2	2	2
Médecine d'urgence (établissements privés autorisés)				2	2	2
médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	7	7	7			
neurochirurgie				1	1	1
neuroradiologie diagnostique	1	1	1			
neuroradiologie interventionnelle	1	1	1			
ophtalmologie	1	1	1			
pédiatrie	3	3	3	1	1	1
pédiatrie - cardiologie	1	1	1			
pédiatrie - chirurgie orthopédique	1	1	1			
pédiatrie - chirurgie thoracique et cardiaque	1	1	1			
pédiatrie - chirurgie viscérale et digestive	1	1	1			
pédiatrie - hémodialyse	1	1	1			
pédiatrie - radiologie	1	1	1			
pharmacie	1	1	1			
pharmacologie toxicologie	1	1	1			
pneumologie (y compris endoscopies)	1	1	1			



Disciplines (par département)	Astreintes 2023	Astreintes PRS3 minimum	Astreintes PRS3 maximum	Gardes 2023	Gardes PRS3 minimum	Gardes PRS3 maximum
radiologie interventionnelle	1	1	1			
réanimation	1	1	1	3	3	3
réanimation chirurgie thoracique et cardiaque				2	2	2
réanimation néonatale				1	1	1
réanimation pédiatrique	1	1	1	1	1	1
sans objet						
Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)				2	2	2
unité neurovasculaire (UNV)-neurologie				1	1	1
Loir-et-Cher (41)	29	25	27	6	6	6
anesthésie	3	3	3	1	1	1
biologie	1	1	1			
chirurgie ORL	1	1	1			
chirurgie orthopédique et traumatologie	3	1	1			
chirurgie urologique	1	1	1			
chirurgie vasculaire	1	1	1			
chirurgie viscérale et digestive	3	3	3			
hépato-gastro-entérologie (dont endoscopies)	1	1	1			
maternité anesthésie	2	0	2	1	1	1
maternité gynéco-obstétrique	3	3	3	1	1	1
médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	3	3	3			
ophtalmologie	1	1	1			
pédiatrie	4	4	4	1	1	1
pharmacie	1	1	1			
pneumologie (y compris endoscopies)	1	1	1			
réanimation				1	1	1
Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)				1	1	1
Loiret (45)	44	43	44	15	15	15
anesthésie				2	2	2
anesthésie mains				1	1	1
anesthésie pédiatrique	1	1	1			
biologie	1	1	1			
biologie biochimie	1	1	1			
biologie microbiologie bactériologie	1	1	1			
cardiologie interventionnelle	2	2	2			
chirurgie de la main	1	1	1			
chirurgie maxillo faciale	1	1	1			
chirurgie ORL	1	1	1			



Disciplines (par département)	Astreintes 2023	Astreintes PRS3 minimum	Astreintes PRS3 maximum	Gardes 2023	Gardes PRS3 minimum	Gardes PRS3 maximum
chirurgie orthopédique et traumatologie	2	1	2			
chirurgie thoracique	1	1	1			
chirurgie urologique	1	1	1			
chirurgie vasculaire	1	1	1			
chirurgie viscérale et digestive	4	4	4			
hématologie clinique	1	1	1			
hémodialyse adulte USI	1	1	1			
hépato-gastro-entérologie (dont endoscopies)	1	1	1			
maladies infectieuses	1	1	1			
maternité anesthésie	2	2	2	1	1	1
maternité gynéco-obstétrique	3	3	3	2	2	2
médecine polyvalente- médecine interne - gériatrie	5	5	5			
neurochirurgie	1	1	1			
neuroradiologie diagnostique	1	1	1			
ophtalmologie	1	1	1			
pédiatrie	2	2	2	3	3	3
pédiatrie - chirurgie	1	1	1			
pédiatrie - radiologie	1	1	1			
pharmacie	1	1	1			
pneumologie (y compris endoscopies)	1	1	1			
radiologie interventionnelle	1	1	1			
réanimation				2	2	2
réanimation néonatale				1	1	1
réanimation pédiatrique	1	1	1			
Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)				3	3	3
unité neurovasculaire (UNV)-neurologie	1	1	1			
Total général	208	196	202	66	66	66

Lignes d'astreinte en imagerie médicale

Disciplines (par département)	Astreintes EML 2023	Astreintes EML PRS3
Cher (18)	2	2
EML et radiologie conventionnelle	2	2
Eure-et-Loir (28)	4	4
EML et radiologie conventionnelle	4	4
Indre (36)	3	3
EML et radiologie conventionnelle	3	3
Indre-et-Loire (37)	7	7
EML et radiologie conventionnelle	7	7



Loir-et-Cher (41)	2	2
EML et radiologie conventionnelle	2	2
Loiret (45)	5	5
EML et radiologie conventionnelle	5	5
Total général	23	23

6. Les modalités de suivi

Une commission régionale d'évaluation de la PDSES se réunit 2 fois par an pour évaluer la pertinence des lignes PDSES en place. Cette commission est composée : des représentants de la FHF, FHP, FEHAP et URPS.

Les indicateurs de suivi d'activité d'une ligne de PDSES sont :

- Ressources humaines affectées : nombre d'ETP, nombre de praticiens concernés, statuts des praticiens intervenants ;
- Journées non couvertes par la PDSES (absence inopinée de praticien, indisponibilité du plateau technique nécessaire) ;
- Activités réalisées : nombre d'avis rendus, nombre de déplacements induits (astreinte), nombre de sollicitations d'équipements médico-techniques (imagerie, laboratoire, bloc opératoire) ;

Les plannings prévisionnels et réalisés de chaque ligne de PDSES sont susceptibles d'être demandés à tout moment par l'ARS et/ou la commission régionale d'évaluation de la PDSES.



MODALITÉS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI DU PRS3



CHAPITRE : « MODALITÉS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI DU PRS3 »

Définir et conduire une évaluation du PRS3 qui cible les enjeux de santé prioritaires de la région pour les années 2023- 2028

1. Situation actuelle

Le PRS 2 a fait l'objet d'un bilan et d'une évaluation selon les modalités suivantes :

- Un bilan objectif par objectif du SRS 2 en s'appuyant sur les indicateurs définis pour chaque objectif et réalisé par l'ARS
- Une évaluation externe conduite sur 4 thèmes prioritaires : l'accès aux soins, le parcours PA, le parcours PH et le parcours en cancérologie, en concertation avec la CRSA (définition des questions évaluatives et appréciation de l'atteinte des objectifs)

En complément, deux états des lieux ont été réalisés :

- Etat des lieux de la santé en région Centre-Val de Loire : état de santé de la population comparé entre territoires de la région et avec les autres régions de France métropolitaine.
- Etat des lieux de la démographie des professionnels de santé actuelle et à venir par profession de santé (médicales et paramédicales).

Ces 4 documents ont permis de disposer d'une matière riche en entrée des travaux de définition des objectifs du SRS 3. Pour autant, plusieurs enseignements ont été identifiés à cette occasion :

- Ne retenir que des indicateurs de suivi s'appuyant sur des données existantes, notamment dans les bases de données de santé et proscrire les indicateurs de suivi à construire,
- Définir, en début de PRS, les questions évaluatives afin de cibler les dispositifs prioritaires à évaluer ainsi que les méthodes à mobiliser pour identifier les données disponibles et les éventuelles études qualitatives à planifier pendant la durée du SRS.

Au total, cette première expérience d'évaluation a permis de partager avec les acteurs de la région les conditions d'une évaluation réussie.

2. Enjeux

Le suivi annuel du PRS 3 (SRS et PRAPS) s'appuie sur les indicateurs définis pour chacun des objectifs et calculés sur des données disponibles et suivies annuellement, ainsi que sur les actions ou dispositifs mis en œuvre.

La démarche d'évaluation à échéance du PRS 3 devra, quant à elle, répondre notamment aux exigences suivantes :

- Définir en début de PRS les questions évaluatives sur quelques domaines prioritaires,
- Disposer des données permettant d'objectiver les situations et de mesurer des évolutions (cf. T0 et T+5 ou 10),
- Enrichir les données quantitatives d'éléments d'analyse plus qualitatifs pour éclairer la compréhension des évolutions en cours et l'impact des dispositifs mis en place,
- Anticiper les travaux à conduire de façon à les planifier sur la durée du PRS.

Ainsi, l'évaluation du PRS 3 comprendra :

- Une évaluation à 5 ans du SRS focalisée sur quelques questions évaluatives ; il s'agit d'apprécier l'impact et l'efficacité des dispositifs en place en réponse aux dites questions évaluatives
- Une évaluation à 10 ans du COS comprenant notamment l'analyse des tendances de long terme relatives à l'état de santé de la population de la région Centre Val de Loire, aux inégalités sociales,



territoriales et environnementales de santé et à l'autonomie et l'inclusion des personnes malades, en situation de handicap et de perte d'autonomie, en s'appuyant sur les indicateurs définis dans le COS et sur d'éventuels travaux complémentaires.

3. Description de l'objectif

L'évaluation du SRS 3 vise à apporter des réponses documentées aux questions évaluatives qui seront formulées pour appréhender l'impact et l'efficacité des dispositifs mis en place.

S'agissant de l'évaluation à 10 ans du COS, l'objectif consiste à faire le bilan des évolutions de long terme observées en les mettant en perspective des évolutions structurelles opérées sur l'offre.

4. Modalités de mise en œuvre

Le travail d'évaluation se déroulera en 5 phases :

<i>Phase - période</i>	<i>Actions à réaliser</i>
<u>Phase 1 :</u> Sem1 et Sem 2 2023	Définir les grands thèmes du SRS3 devant à terme bénéficier d'une évaluation et formuler les questions évaluatives auxquelles l'évaluation doit pouvoir répondre. Les thèmes pré-identifiés sont : Accès aux soins, Cancers, Personnes Agées, Personnes en situation de handicap, Petite enfance, Santé et environnement.
sem2 2023	Concertation pour préciser les questions évaluatives
<u>Phase 2</u> Sem2 2023	Réaliser en 2023 une cartographie des dispositifs clés mobilisés pour répondre aux objectifs de l'évaluation dans le SRS3 en distinguant les anciens, les nouveaux dispositifs, leur finalité. Travail ARS avec les chefs de projet en même temps que la définition des thèmes.
<u>Phase 3 :</u> Sem1-2024	Définir en début d'année 2024 les méthodes données et outils à mobiliser pour réaliser les évaluations en liens avec les acteurs de l'évaluation (EPIDECCLIC, INSEE, SPF, ORS, CREAL, EHSP, ISPED, INSERM, EHESS..) et préciser les grands chantiers d'évaluation et leurs périmètres
<u>Phase 4 :</u> Sem2 2024	A partir de juin 2024 il s'agira ensuite d'élaborer les éventuels cahiers des charges, de conduire les opérations de marché et l'évaluation au regard de ce qui en est attendu dans le SRS3.
<u>Phase 5</u> 2025- 2028	Assurer un pilotage interne et externe des différents chantiers d'évaluation pour disposer de l'évaluation du PRS 3 en 2027 en entrée du PRS 4



GLOSSAIRE

GLOSSAIRE

AAP	Appel à projet
AECP	Activités éducatives ciblées personnalisées en ETP
AGPPS	Département attractivité gestion prévisionnelle des professions de santé
ALD	Affection de longue durée
AMAVI	Accueil massif de victimes non contaminées
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des ES/ESMS
ANS	Agence du numérique en santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ARS CVL	Agence régionale de Santé Centre-Val de Loire
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
ASG	Assistant de soin gériatrique
BPCO	Bronchite pulmonaire chronique obstructive
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAQES	Contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
CAUT	Centre d'accueil d'urgence et de transition
CD	Conseil départemental
CEGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CEIP-A	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance – addictovigilance
CFPPA	Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
CH	Centre hospitalier
CHRO	Centre hospitalier régional d'Orléans
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM	Classification internationale des maladies
CLACT	Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Contrat local de santé mentale
CM2R	Centre mémoire de ressources et de recherche



CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COREVIH	Comité de coordination régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'immunodéficience humaine
COS	Cadre d'orientation stratégique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPIAS	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
COFIL	Comité de pilotage
CPP	Centres périnataux de proximité
CPS	Compétences psychosociales
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CRPV	Centre régional de pharmacovigilance
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRT	Centres de ressources territoriaux
CTES	Conseillers en transition énergétique et écologique en santé
CTR	<i>Cardio-Thoracic Ratio</i>
CTS	Conseils territoriaux de santé
CV	Couverture vaccinale
CVL	Région Centre-Val de Loire
DAC	Dispositifs d'appui à la coordination
DAME	Dispositifs d'accompagnement médico-éducatifs
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DCGDR	Direction de la coordination de la gestion du risque
DES	Diplôme d'études spécialisées
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DITEP	Dispositifs instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques
DMP	Dossier médical partagé
DOMS	Direction de l'offre médico-social



DOS	Direction de l'offre sanitaire
DP	Dossier pharmaceutique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Directeur des ressources humaines
DST	Disposition spécifique transversale
DUI	Dossier usager informatisé
ECN	Epreuves classantes nationales
EGS	Evaluations gériatriques standardisées
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Evènements indésirables
EIG	Evènements indésirables graves
EIGAS	Evènements indésirables graves associés aux soins
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
EPMU	Equipe paramédicale de médecine d'urgence
EPP	Entretiens prénataux précoces
EPR	Evènements porteurs de risque
ERVMA	Equipe Régionale « Vieillesse et maintien de l'autonomie »
ES	Etablissements de santé
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESI	Etudiant en soins infirmiers
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
ESPO	Etablissements et services de préorientation
ESRP	Etablissements et services de réadaptation
e-ETP	Education thérapeutique numérique
ETP	Education thérapeutique du patient
FLCA	Fonds de lutte contre les addictions
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico- sociale
GEM	Groupement d'entraide mutuelle
GES	Gaz à effet de serre
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIP	Groupement d'intérêt public
GPEEC	Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences



GRADeS	Groupement régional d'appui au développement de la e-santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HPP	Hémorragie du post partum
HPV	Human Papillomavirus
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes
IC	Insuffisant cardiaque/Insuffisance cardiaque
ICOPE	<i>Integrated Care for Older People</i>
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IDEL	Infirmier diplômé d'Etat libéral
IFAQ	Incitation financière à la qualité
IME	Institut médio-éducatif
INCa	Institut national du cancer
IPA	Infirmier de pratique avancée
IQSS	Indicateurs de qualité et sécurité des soins développés par la HAS
IRAPS	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
JADE	Programme ambulatoire pour Jeunes adultes avec troubles psychiques débutants
LABM	Laboratoire d'analyse et de biologie médicale
LSST	Lieu de santé sans tabac
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDA	Maison des adolescents
MES	Mon Espace santé
MNA	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
MND	Maladie neurodégénérative
MODD	Mon Observatoire du développement durable
MPI	Médicaments potentiellement inappropriés
MRT	Majoration régulation médecin traitant
MS	Médico-Social
MSAP	Maisons des services au public
MSS	Messagerie sécurisée en santé



MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
NCT+	Nouvelle Clinique tourangelle
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OAG	Oral Assesment Guide
OHAT	<i>Oral Health Assessment Tool</i>
OMÉDIT	Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONU	Organisation des Nations unies
OPERAT	Observatoire de la performance énergétique, de la rénovation et des actions du tertiaire
OQOS	Objectifs quantifiés de l'offre de soins
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
ORVEP	Outils de repérage des vulnérabilités en périnatalité
OSCARS	Outil d'observation et suivi cartographique des actions régionales de santé
PASA	Unités d'hébergement renforcées – UHR, Pôles d'activités et de soins adaptés
PDS	Permanence des soins
PDSA	Permanence des soins en ambulatoire
PDSES	Permanence des soins en établissement de santé
PFR	Plateforme d'accompagnement et de répit
PHV	Personne handicapée vieillissante
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PPS	Prévention et promotion de la santé
PPSE	Prévention Promotion de la santé environnementale)
PRADO	Programme de retour à domicile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et au soins
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PRS	Projet régional de santé
PRS 2	Projet régional de santé de deuxième génération
PRS 3	Projet régional de santé de troisième génération
PRSE	Plan régional santé environnement



PSL	Professionnel de santé libéraux
PTSM	Projets territoriaux de santé mentale
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
QVT	Qualité de vie au travail
RA	Réseau d'appui
RAAC	Réhabilitation accélérée après chirurgie
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RÉPAP	Référent parcours périnatalité
RH	Ressources humaines
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RREVA	Réseau régional de vigilances et d'appui
RPIB	Repérage précoce et l'intervention brève
RU	Représentants d'usagers
SAD	Service autonomie à domicile
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	Service d'accès aux soins
SAU	Service d'accueil des urgences
SAVS	Services d'accompagnement à la vie sociale
SCA	Syndrome coronarien aigu
SCA ST+	Syndrome coronarien aigu avec élévation du segment ST
SCA non ST+	Syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST
SCC	Syndrome coronarien chronique
SDIS	Service départemental d'Incendie et de secours
SeSa	Service sanitaire
SESSAD	Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIOS	Schémas inter-régionaux d'organisation sanitaire
SMI	Santé maternelle et infantile
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
SPA	Substance Psychoactive
SNS	Stratégie nationale de santé



SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SpF	Santé publique France
SRA	Structures régionales d'appui
SRS	Schéma régional de santé
SRVA	Structures régionales de vigilances et d'appui
SSE	Situation sanitaire exceptionnelle
SSAD	Service de soins et d'aide à domicile
SSIAD	Services de soins Infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TasP	Traitement comme prévention
TDS	Travailleur(se) du sexe
TND	Troubles du neuro-développement
TMSC	Traitement médicamenteux systémique du cancer
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USLD	Unité de soin de longue durée
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Agence régionale de santé Centre-Val de Loire ,
Cité administrative Coligny
131 rue du Faubourg Banner –
BP 74409 45044 Orléans Cedex 1
02 38 77 32 32
ars-centre-contact@ars.sante.fr
www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr