

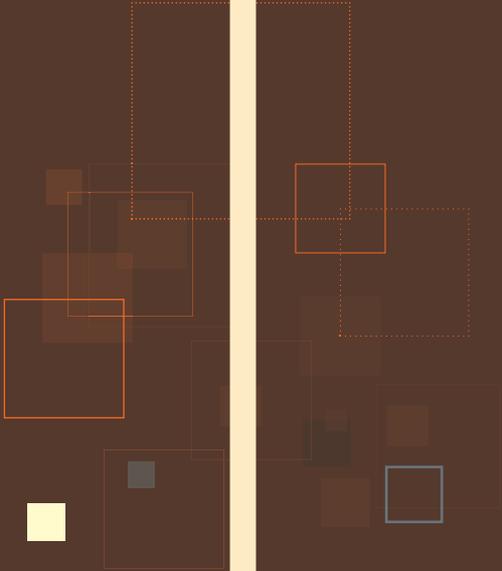
CAHIER

6

Les programmes
2012 - 2016



PRRS



CAHIER

6

Les Programmes

2012 - 2016





**Le programme régional
de télémédecine
de Bourgogne
2012 – 2016**

Projet Régional de Santé : **2012**
2016

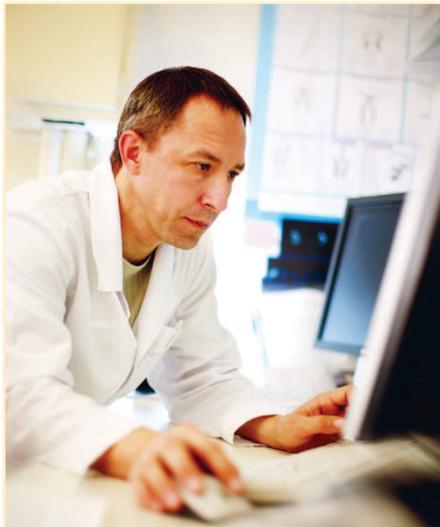
Sommaire . . .

/// Le programme régional de télémédecine de Bourgogne 2012-2016

1	Le contexte	5
2	Une innovation structurante : la télémédecine	6
	2.1 La télémédecine : outil-clef des priorités stratégiques de l'ARS de Bourgogne	6
	2.2 Un cadre juridique récent	6
3	Le Programme Régional de Télémédecine (PRT)	7
	3.1 Les finalités	7
	3.2 Les options stratégiques	7
	3.3 Le Programme Régional de Télémédecine	8
	3.4 Une double trajectoire	9
4	Une gouvernance régionale pour garantir la cohérence des initiatives .	9
	4.1 La gouvernance	9
	4.2 Une conception de projet ambitieuse	10
	4.3 Une politique régionale des systèmes d'information de santé	11
5	Les projets de télémédecine de la région Bourgogne	12
	5.1 Projet TLM 1 : Réseau Bourgogne Urgences RBU	12
	5.1.1 Action starter : «TéléAVC Bourgogne, Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux» .	13
	5.1.2 Action 2 : « Organisation de la permanence des soins en radiologie »	14
	5.1.3 Une cible à l'échéance : le RBU, réseau hiérarchisé d'urgence	15
	5.2 Projet TLM 2 : Maillage d'Accès aux Soins Bourguignon MASB	16
	5.2.1 Action starter « Maillage des MSP »	16
	5.2.2 Action 2 : « Pour un maillage médico-social »	18
	5.2.3 Action 3 : « Télémédecine pénitentiaire »	19
	5.3 Projet TLM3 : Télésanté Maladies Chroniques TMC	20
	5.3.1 Action starter « Médicalisation d'une unité de dialyse en télé dialyse »	21
	5.3.2 Action 2 « Télésurveillance à domicile pour les maladies chroniques »	21
	5.4 TLS4 : Bourgogne Prévention Santé BPS	22
	5.4.1 Action Starter « Passeport Santé Jeunes »	22
	5.4.2 Action 2 « Accessibilité de la prévention »	23
	5.5 TLS5 : Bourgogne Coordinations et Formation BCF	24
	5.5.1 Action starter « E-learning vers les nouveaux métiers pour la télémédecine »	24
	5.5.2 Action 2 « coordination et collaboration à distance »	25
6	Conclusion	26

/// Le programme régional de télémédecine de Bourgogne 2012-2016

1 Le contexte



Le décret Télémédecine du 19 octobre 2010 pose les bases d'un cadrage de la Télémédecine en France. Il affirme notamment le rôle des Agences Régionales de Santé (ARS) dans la régulation et le contrôle des pratiques médicales dans ce domaine.

Inclus dans le Projet Régional de Santé (PRS) de Bourgogne, le Programme Régional Télémédecine (PRT) décline les orientations stratégiques de l'ARS, en appui de la politique d'organisation des soins de la région. Il est adapté au contexte géographique et démographique bourguignon et vise à améliorer l'efficacité du système de santé régional. Il est défini pour une période de 5 ans (2012-2016) et sera révisé à mi-parcours. Une évaluation médico-économique jugera la pertinence et la cohérence de chaque projet.

La Bourgogne est la 7^e région française en terme de proportion de patients âgés de plus de 75 ans. Il existe une surmortalité prématurée essentiellement masculine. C'est une vaste région inégalement peuplée et essentiellement rurale. Elle comporte 4 départements :

La Côte-d'Or, La Nièvre, La Saône-et-Loire et L'Yonne. La population y est nombreuse avec 1,6 million habitants. Elle se caractérise par une densité de population faible (52 habitants/km² contre 113 en France) témoignant de son caractère rural. Les réseaux de communication Nord-Sud sont très développés entre Sens et Mâcon, tandis que les communications Est-Ouest restent difficiles.

La démographie médicale et paramédicale s'avère faible. Ce déficit de professionnels de santé est aggravé par leur répartition inégale sur le territoire. L'axe reliant Dijon à Chalon-sur-Saône puis Mâcon connaît une offre de soins satisfaisante tandis que les zones plus enclavées telles que le massif du Morvan souffrent d'une démographie médicale et paramédicale extrêmement fragile.

Il existe un grand nombre d'établissements de santé dispersés avec 52 établissements publics et 56 établissements privés soit 3,7 établissements pour 100 000 habitants contre 1,7 sur le plan national. Ce grand nombre d'hôpitaux ou cliniques est pénalisé par une sous-médicalisation. Le nombre de structures médico-sociales est également élevé sans répondre aux objectifs de viabilité économique, ni aux besoins de prise en charge tels qu'ils peuvent être définis désormais.

Depuis de nombreuses années, la Bourgogne a mis en place des expérimentations et des projets pilotes. Ceux-ci ont permis de prouver les apports d'organisations professionnelles par télémédecine sur quelques champs : AVC, réseau de santé...

L'enjeu du PRT est d'exploiter les apports de la télémédecine pour une structuration territoriale renouvelée de l'offre de soins. Le PRT définit les stratégies de déploiement de la télémédecine en fonction du dynamisme des territoires. L'exploitation des technologies de communication et d'information est réfléchi en fonction de leur potentiel de réponse aux besoins métier et de la simplicité de l'ergonomie. Il s'inscrit dans le contexte d'évolution des modalités de prise en charge à la fois imposées par l'évolution de la structure du secteur santé (démographie médicale, population vieillissante, malades chroniques) et permises par la disponibilité des technologies.

Pour dynamiser les transformations indispensables de l'offre de santé de Bourgogne, le PRT apporte une réponse aux situations d'urgence, au maillage territorial et aux patients souffrant de maladie chronique. Deux volets relatifs à la prévention et à la coordination/formation apporteront des outils innovants. La mise en place de la télémédecine sera accompagnée de dispositifs d'appui au changement pour tous les professionnels de santé pour garantir l'émergence de nouvelles pratiques et la qualité de l'offre de soins pour tous les Bourguignons.

2 Une innovation structurante : la télémédecine

2.1 La télémédecine : outil-clef des priorités stratégiques de l'ARS de Bourgogne

Le présent programme est l'axe télémédecine du projet régional de santé. L'ARS dans son engagement à promouvoir un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient, propose à tous ses partenaires un PACTE fondant les principes de son action.

Les cinq priorités stratégiques PACTE sont :

- P** PROXIMITÉ – Améliorer la proximité de l'offre de santé, dont les soins de premier recours, la prévention, les soins de second recours et les services médico-sociaux;
- A** AUTONOMIE – Soutenir l'autonomie des personnes en situation de handicap et/ou des personnes âgées;
- C** COORDINATION – Coordonner la prise en charge des maladies chroniques et des poly pathologies, constituant des causes importantes de mortalité prématurée et de morbidité;
- T** TERRITOIRE – Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé;
- E** ÉDUCATION – Éduquer et développer les capacités des adolescents et des jeunes adultes à être acteurs de leur santé.

Ce PACTE prend une dimension de modernité et de proximité grâce à la télémédecine. La télémédecine représente un levier puissant pour faire face aux enjeux médico-économiques et aux fractures démographiques. Elle améliore l'efficacité des organisations de soins en charge des patients et la performance du système de santé.

La rupture innovante de la télémédecine oblige à une organisation renouvelée des modes de prise en charge, des rapports hôpital-ville, des coopérations professionnelles et des délégations de compétences et de tâches. Dans cette perspective, c'est toute la cohérence du système de santé et de l'offre de soins qui doit être repensée pour bénéficier des apports de l'innovation.

2.2 Un cadre juridique récent

Le cadre juridique de la télémédecine s'est précisé récemment. La télémédecine est définie à l'article L. 6316-1 issu de la loi HPST, comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 – art. 1 définit comme relevant de la télémédecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Les 4 actes de télémédecine sont les suivants :

1. La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'effectuer une consultation à distance d'un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.
2. La télé expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient;
3. La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé;
4. La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

Pour mémoire, il convient de citer la réponse médicale qui n'est pas traitée dans ce programme.

Le décret définit également les conditions de mise en œuvre de la télémédecine pour les professionnels et pour les organisations. Il confirme la nécessité de respecter les droits de la personne et d'organiser le consentement des patients aux soins, l'importance de l'identification des acteurs des actes de télémédecine et de l'inscription de l'acte dans les dossiers médicaux. Il anticipe l'inscription des actes dans les nomenclatures de l'assurance maladie.

Par ce décret, l'ARS est responsable de la définition du programme décliné dans le PRS. Elle peut organiser la mise en œuvre du programme par des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ou des contrats particuliers avec les organisations et les professionnels de santé de la région.

Les arbitrages nationaux devront préciser, au fur et à mesure, les points incertains comme les questions de responsabilités, de politique de sécurité, de financement des actes et des infrastructures.

3 Le Programme Régional de Télémédecine (PRT)

Le PRT s'inscrit dans une cohérence stratégique guidée par le Projet Régional de Santé (PRS) et les enjeux de territoires. Son axe stratégique majeur : lutter contre les inégalités territoriales de santé grâce à un déploiement ambitieux et systématique de la télémédecine.

La télémédecine transforme fondamentalement la question de l'accessibilité aux soins sur tout le territoire et aux compétences en proposant un maillage facilitant les coopérations et les sollicitations des professionnels quelles que soient les distances. L'aménagement du territoire et les structures actuelles de démographies professionnelles imposent de réfléchir le maillage de télémédecine et les solutions de coordination dans une flexibilité et une efficacité qui s'adaptent aux enjeux territoriaux.

Le PRT contribue à l'amélioration et la coordination de la prise en charge globale du patient, au renforcement de la sécurité du patient et à l'efficacité du système de santé en région Bourgogne, en cohérence avec une politique de modernisation des systèmes d'information de santé.

3.1 Les finalités

Ce PRT a pour finalités de :

- Augmenter la qualité des soins, en permettant à un patient de bénéficier d'un diagnostic, d'un suivi généraliste ou spécialisé et de prévention ;
- Améliorer la qualité de vie des patients, en leur permettant de rester à leur domicile tout en bénéficiant d'un suivi médical, de prévention et d'éducation pour la santé ;
- Lutter contre la désertification médicale, en trouvant des solutions de diagnostic à distance, et en impliquant les acteurs de santé dans les technologies de l'information et de la communication ;
- Rationaliser les dépenses de santé, en réduisant le nombre de transferts de patients non médicalement justifiés, de prescriptions redondantes, de journées d'hospitalisation ;
- Assurer la continuité des soins, la fluidité des trajectoires et la permanence des soins en améliorant la coordination des professionnels de santé avec les outils de travail collaboratif.

3.2 Les options stratégiques

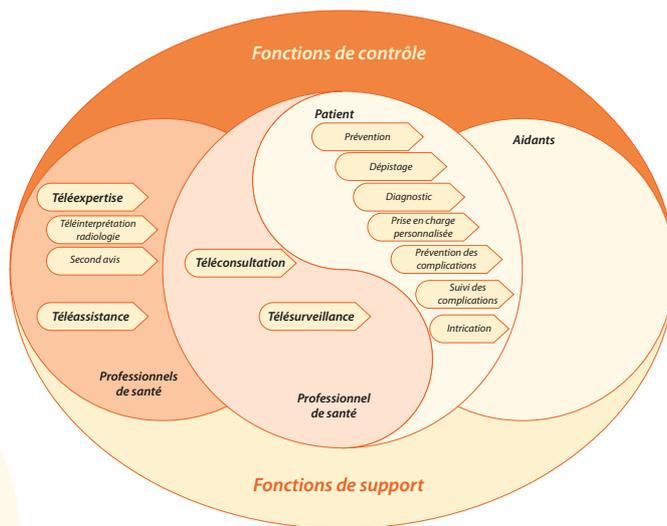
La transformation de l'offre de soins et des pratiques professionnelles liées à la télémédecine impose des conditions de projets tirées par une vision politique, représentant une réponse aux besoins des patients et des professionnels structurée par un pilotage métier. Les actes de télémédecine participent des services et des offres constituant le continuum de soins pour toutes les pathologies.

L'ambition se traduira par le déploiement d'une plateforme globale de télémédecine et le maillage de toutes les structures et tous les acteurs pour améliorer l'efficacité de l'offre de santé.

Les quatre actes de télémédecine contribuent à optimiser toutes les trajectoires et les prises en charge des patients. Ils facilitent des interventions à distance au plus près des lieux de vie et ainsi contribuent à la qualité de vie des patients.

Les technologies de communication et d'information supportant la télémédecine constituent de nouvelles possibilités à mettre au service des priorités de santé du PACTE.

Pour garantir la dynamique régionale, le choix est fait de déterminer des priorités et de concentrer les efforts et les ressources sur des projets émergents et structurants. Le programme suppose la mobilisation de tous les acteurs, la construction d'une dynamique de transformation et l'injection de moyens indispensables aux investissements initiaux. L'effort minimum à réaliser par la région est évalué à 2 millions d'euros chaque année. Les marges de manœuvre de l'ARS seront affectées à cette priorité majeure et une démarche systématique d'inscription dans les projets nationaux permettra de réaliser au mieux le programme.



3.3 Le Programme Régional de Télémédecine

Cinq projets pour une même ambition :

PROGRAMME RÉGIONAL DE TÉLÉMÉDECINE	
TLM 1 : Réseau Bourgogne Urgences RBU <i>La télémédecine pour les situations d'urgence</i>	
Action Starter	TéléAVC Bourgogne : Prise en charge de la phase aiguë des Accidents Vasculaires Cérébraux
Action 2	Organisation de la permanence des soins en radiologie
TLM 2 : Maillage d'Accès aux Soins Bourguignon MASB <i>Maillage territorial et télémédecine</i>	
Action Starter	Maillage des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)
Action 2	Maillage médico-social
Action 3	Télémédecine pénitentiaire
TLM 3 : Télémédecine Maladies Chroniques TMC <i>La télémédecine au service des patients chroniques</i>	
Action Starter	Médicalisation des unités de dialyse en télé dialyse
Action 2	Télésurveillance à domicile pour les maladies chroniques
Action 3	Télésurveillance des thérapies ciblées en cancérologie
TLS 4 : Bourgogne Prévention Santé BPS <i>Information, prévention, éducation à la santé</i>	
Action Starter	Passeport Santé Jeunes
Action 2	Accessibilité de la prévention

PROGRAMME RÉGIONAL DE TÉLÉMÉDECINE	
TLS 5 : Bourgogne Coordination et Formation BCF <i>Décloisonnement et développement de compétences</i>	
Action Starter	E-learning vers les nouveaux métiers pour la télémédecine
Action 2	Coordination et collaboration à distance
Action 3	Développement des compétences ; prévention et éducation pour la santé

3.4 Une double trajectoire

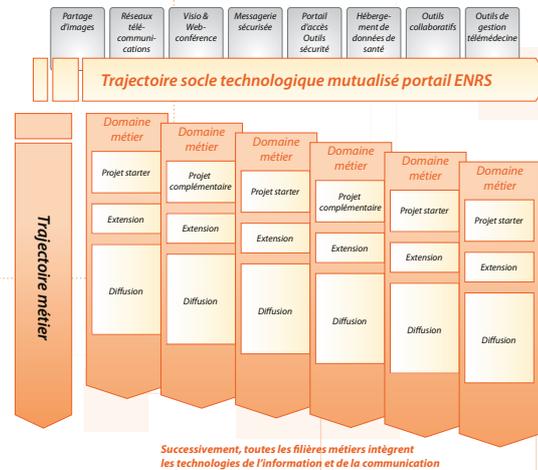
La double trajectoire à parcourir conduit vers la généralisation comme le symbolise le schéma ci-dessous :

- Une trajectoire métier capitalisant sur les filières innovatrices et diffusant vers les autres filières ;
- Une trajectoire technologique mettant en place les solutions au fur et à mesure de leur maturité.

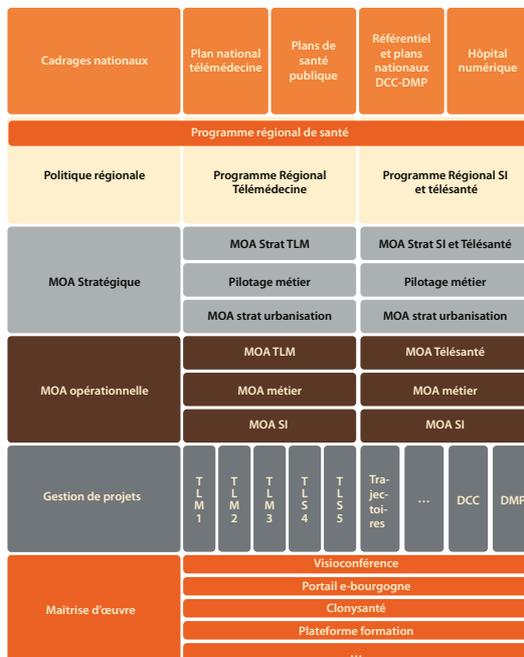
Ainsi tous les projets, actions et initiatives contribuent à impliquer les professionnels de la région dans l'utilisation des outils de télémédecine et de télésanté au service de la prise en charge optimale des patients.

La télémédecine nécessite des pré-requis en matière d'infrastructures sécurisées, inter opérantes et conformes à la réglementation. Il est impératif de mettre en œuvre ces socles technologiques en coordination avec l'ensemble des intervenants bourguignons.

Double trajectoire : Pour chaque étape de construction du socle technologique, la trajectoire métier repose sur les victoires rapides en rapport avec les enjeux de santé



4 Une gouvernance régionale pour garantir la cohérence des initiatives



4.1 La gouvernance

Le pilotage régional garantit l'interopérabilité des technologies et la convergence des projets télémédecine, télésanté et système d'information de santé au service de l'offre de santé.

Il demande une gouvernance structurée impliquant tous les opérateurs dans une démarche concertée et négociée avec l'ARS pour optimiser les investissements et garantir les échanges fructueux entre initiatives et les évolutions. Le schéma regroupe toutes les composantes de gouvernance depuis l'alignement sur les stratégies nationales jusqu'à la prise en compte des enjeux régionaux de mise en œuvre.

L'ARS de Bourgogne met en place un Comité d'Orientation des Systèmes d'Information (COSI) qui permettra la concertation des principaux acteurs régionaux impliqués dans les projets de télémédecine, de télésanté et de systèmes d'information.

Le pilotage des projets et actions vise à travailler en cohérence les trois éléments majeurs :

- le métier avec la définition des actes de télémédecine pour un projet médical ;
- la technique avec l'intégration dans une plateforme régionale et la définition des spécificités ;
- le cadrage tant juridique que d'évaluation médico-économique.

La mobilisation régionale et la construction d'un cadre pour la télémédecine faciliteront la mise en œuvre des projets par le partage des éléments structurants. Des groupes de travail pilotés par l'ARS réuniront les référents ARS et les pilotes des projets et actions de télémédecine. Ceux-ci capitaliseront sur les expériences et modéliseront les bénéfices, les organisations, les clés de succès pour accélérer la diffusion et la généralisation des bonnes pratiques.

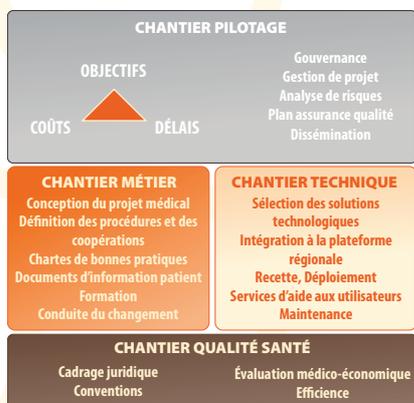
Les protocoles et les organisations seront redéfinis pour tirer parti des possibilités de télémédecine et structurer les responsabilités et les engagements des acteurs. Les conventions types et les chartes de bonnes pratiques seront élaborées et validées collectivement. Une attention particulière sera portée à l'élaboration des conventions entre professionnels de manière à s'inscrire dans le cadre juridique du décret de télémédecine.

L'évaluation médico-économique analysera tout particulièrement l'appréciation de l'efficacité et du retour sur investissement. Les travaux en cours à la HAS et la méthode (model for assessment of telemedicine MAST) issue du projet européen Methotelemed constituent les meilleures références. Cette méthode propose une évaluation de l'efficacité et la contribution à la qualité des soins des applications de télémédecine. Elle s'appuie sur un processus multidisciplinaire et évalue l'information sur les enjeux médicaux, sociaux, économiques et éthiques liés à l'utilisation de la télémédecine dans un processus systémique.

4.2 Une conception de projet ambitieuse

Les cinq projets permettent de penser la trajectoire de développement de la télémédecine et de modéliser les nouvelles organisations. Ils débutent en s'appuyant sur des pistes d'actions à maturité ou dont la priorité exige l'investissement régional : les actions starter. Ils visent à modéliser et structurer les nouvelles organisations incluant les actes à distance. Ces projets constituent des portes d'entrée facilitant la dynamique d'action. Lors de la phase de diffusion, les réalisations se fédéreront d'une part sur l'utilisation des technologies, d'autre part dans le continuum des prises en charge et les filières de soins.

Une dynamique régionale de mise en œuvre sera développée autour d'une construction méthodologique en quatre chantiers garantissant un pilotage objectifs-coûts-délais et une gestion de projet solide.



Les quatre chantiers : pilotage, métier, technique, juridique sont illustrés dans la figure ci-contre. Chaque action demandera des investissements matériels et immatériels pour résoudre les questions particulières et analyser les spécificités. Les conventions, les protocoles, les architectures seront le plus souvent communs pour optimiser les investissements et capitaliser sur les acquis.

La capitalisation des méthodologies, des organisations et du développement des compétences est un objectif de l'accompagnement mis en place par l'ARS pour le PRT.

Le phasage systématique des actions facilitera la progression « étape par étape » de manière à garantir l'implémentation dans les organisations médicales sans rupture de confiance et de prise en charge.

Le lancement amorcera le projet et nommera les responsables des différents chantiers et le chef de projet. La phase de conception permettra de déterminer les actions dans toutes leurs composantes, de fixer les conditions d'expérimentation dans le pilote et d'anticiper le déploiement. Le temps de déploiement diffusera la nouvelle organisation sur le périmètre choisi. Au cours de l'étape d'extension, de nouveaux objectifs seront définis soit en termes de filière de soins ou de territoire, soit pour intégrer de nouvelles fonctionnalités (par exemple coordination entre plusieurs spécialités). Le temps de diffusion visera à atteindre tout le territoire régional ou tout le continuum de soins d'une filière.



Ces étapes peuvent être ajustées en fonction des besoins du sujet. Par exemple, l'organisation de la permanence de l'interprétation en radiologie verra son cadre méthodologique et technologique validé par un pilote et son déploiement d'emblée diffusé à la région.

Ces projets reprennent l'existant, valorisant les usages développés même s'ils sont restés fragmentés. On peut citer :

- Le réseau de visioconférence supporté par Clonysanté regroupant une cinquantaine d'équipements ainsi qu'un pont pouvant accueillir jusqu'à 6 participants. Les usages concernent principalement les RCP (OncoBourgogne), les réseaux de santé (neurologie, périnatalité), des formations à distance.
- En dermatologie, des médecins généralistes d'une MSP utilisent une caméra CCD pour communiquer en télé expertise avec un centre hospitalier de référence. En ophtalmologie, des médecins utilisent un système « Ophdiat » en rétinopathie diabétique, permettant d'organiser des actions de prévention par dispositif de télé expertise.

Le retour d'expérience et les besoins validés par ces expérimentations seront des briques à intégrer dans la future plateforme régionale.

4.3 Une politique régionale des systèmes d'information de santé

L'ARS vise à la mise en œuvre d'une politique régionale des systèmes d'information de santé et de partage des données utile à l'optimisation du parcours du patient entre les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé et autres réseaux, ainsi qu'avec les établissements sociaux et médico-sociaux en ce qui concerne la prise en charge sanitaire de leurs usagers.

Les systèmes d'information de santé (SIS) en Bourgogne se montrent d'un niveau de maturité hétérogène :

- Avec l'appui du GCS e-santé Bourgogne, les SI régionaux à vocation de partage sont en cours de structuration : Espace Numérique Régional de Santé, Répertoire Opérationnel des Ressources, Observatoire Régional des Urgences... ;
- La politique peut bénéficier des SI des acteurs de santé plus matures, à l'image des systèmes d'information hospitaliers (SIH), des systèmes d'information des plateaux médico-techniques ou encore des logiciels de gestion de cabinet libéral.



La Bourgogne dispose depuis 2003 d'un réseau haut débit sécurisé dédié à la santé (Clonysanté) sur lequel s'appuient les principaux dispositifs régionaux en place. Le réseau de télémedecine AVC (REBON) et les réunions de concertation pluridisciplinaires (OncoBourgogne) sont des exemples d'usages actuellement en routine.

Le parc des PACS (Picture Archiving and communicating system) reste à compléter. Plus de la moitié des sites hospitaliers référents en sont dépourvus. Cet état des lieux impacte l'organisation du système de télé radiologie régional. L'intégration dans la politique régionale est encore à mettre en œuvre. Elle se fera en synergie avec ce PRT.

Pour la période 2012 – 2016, l'évolution des systèmes d'information bourguignons sera déclinée à travers un programme régional des systèmes d'information, qui s'appuiera notamment sur le plan national « Hôpital numérique ».

Les investissements technologiques doivent intégrer l'existant, renforcer les outils en place et construire une infrastructure numérique matérielle opérationnelle, évolutive, flexible, et interopérable. L'objectif est d'interconnecter au fur et à mesure des besoins les nouveaux outils et modalités de communication, en particulier ceux répondant aux besoins de télémedecine exprimés par les professionnels de santé participant aux projets de ce PRT.

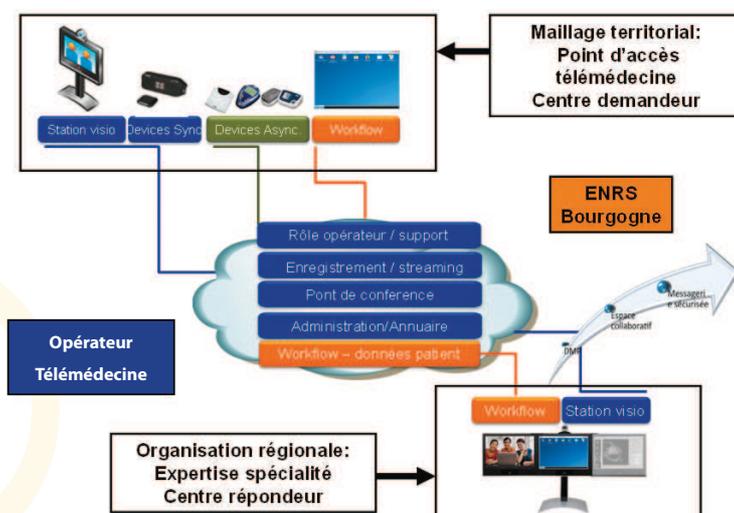
La cible de plateforme technologique mutualisée intégrant l'ENRS et les réseaux existants vise à satisfaire les exigences suivantes :

- gérer tous les flux entre les lieux de soins télé médicaux ;
- rendre interopérables les points de télésanté et les réseaux de la région ;
- définir une gamme de points d'accueil télémedecine satisfaisant aux besoins des professionnels : consultation point à point, travail collaboratif.

Cette plateforme sera sous la responsabilité d'une maîtrise d'œuvre ayant les objectifs de fiabilité et de sécurité suivants :

- organisation technique (outils d'analyse, outils d'alertes, gestion des alarmes);
- support pour assurer la disponibilité requise du système;
- aide aux utilisateurs, accompagnement;
- conduite du changement technologique;
- interopérabilité.

Les capteurs installés à domicile et le dispositif technologique de transmission des informations concernant les patients devront intégrer la plateforme et s'interconnecter avec les dossiers partagés comme le DMP.



5 Les projets de télémédecine de la région Bourgogne

5.1 Projet TLM 1 : Réseau Bourgogne Urgences RBU

Objectif du projet : mettre en œuvre la télémédecine pour améliorer la prise en charge des situations d'urgence

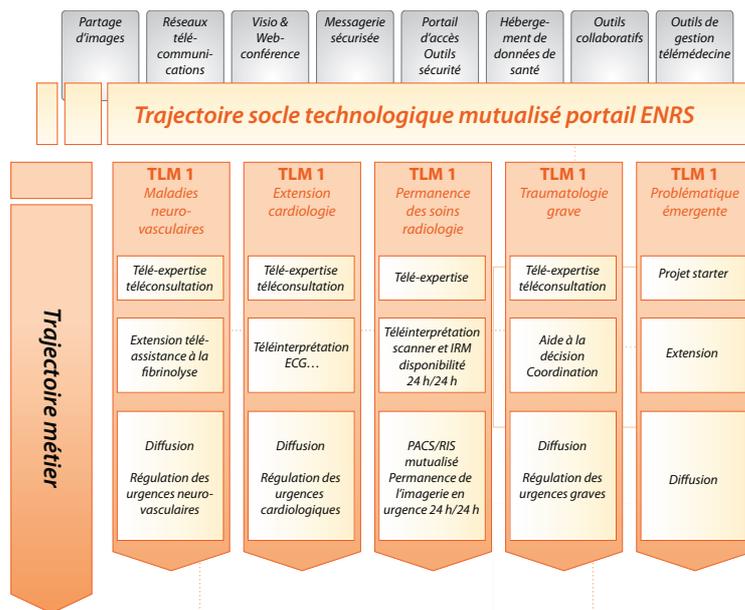
Pour répondre à l'objectif du PRS de réduire la morbidité et la mortalité, en particulier la mortalité prématurée, pour les cancers, les maladies cardio-neuro-vasculaires, la contribution de la télémédecine peut être majeure. Elle permet de déployer les expertises et de faciliter les coordinations sur toute la région.

Les sollicitations distantes de l'expertise représentent une capacité d'optimisation des réponses aux besoins de la population en soins non programmés, notamment dans les cas engageant le pronostic vital.

Au cours de ce plan 2012-2016, l'ARS de Bourgogne se donne comme ambition de :

- Organiser un réseau hiérarchisé d'urgences en Bourgogne pour répondre de la manière la plus juste aux besoins des patients;
- Définir pour chaque filière, une graduation des prises en charge dans l'offre de soins d'urgences par l'utilisation de téléexpertises et téléconsultations;
- Optimiser les transferts et les déplacements de patients notamment pour les urgences graves.

Le schéma suivant présente la progression attendue sur chacune des deux trajectoires : technologique et métiers pour RBU.



5.1.1 Action starter : « TéléAVC Bourgogne, Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux »

Pour amorcer la démarche et modéliser la contribution de la télémédecine à l'organisation des filières, la capitalisation de l'expérience acquise avec le projet REBON est un atout majeur. C'est pourquoi le programme de télémédecine s'initie en renforçant et en enrichissant cette action. Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) constituent un enjeu régional de santé avec 6500 nouveaux cas chaque année. L'expérience REBON a montré l'amélioration des prises en charge des patients, l'homogénéisation des pratiques et la sécurisation des trajectoires des patients neurologiques.

L'action téléAVC Bourgogne vise, dès 2012, à fiabiliser la mise en réseau des services d'urgences et neuro-vasculaires pour optimiser la phase pré-hospitalière de prise en charge des AVC et à développer la téléassistance à la fibrinolyse pour appliquer les recommandations scientifiques. L'objectif ambitieux à atteindre serait que 5 % des patients bénéficient d'une fibrinolyse en Bourgogne.

/// Les objectifs :

- Apporter une expertise aux urgentistes et aux radiologues pour le diagnostic et le traitement des accidents vasculaires cérébraux grâce au partage d'information patient imagerie, synthèse clinique, voire à la téléconsultation;
- Éviter des transferts inappropriés de patients;
- Mettre en place les bonnes pratiques de fibrinolyse par la délégation de la fibrinolyse aux urgentistes avec téléassistance par les experts des Unités Neuro-Vasculaires (UNV);

/// Périmètre initial

La carte représente les différentes structures impliquées dans la mise en œuvre du réseau d'urgences en Bourgogne.

2 UNV : CHU de Dijon, Chalon-sur-Saône

11 CHG : SAU avec scanner aux urgences

58 – Nièvre : Nevers, Decize,

71 – Saône-et-Loire : Mâcon, Paray-le-Monial, Le Creusot, Montceau-les-Mines, Autun,

21 – Côte-d'Or : Semur-en-Auxois, Beaune

89 – Yonne : Auxerre, Sens

Les Services d'Urgences associés de scanners et d'Unités Neuro-Vasculaires en Bourgogne



Source : ArcView - Pôle Pilotage (Octobre 2011)

Une Équipe Projet Pilote (EPP) intégrant le pilotage médical et la maîtrise d'ouvrage télémédecine et système d'information de santé garantit la cohérence du projet télémédecine avec l'organisation globale de prises en charge des AVC.

Une réflexion est indispensable pour définir les pratiques d'information des patients et les conditions du consentement à l'acte de télémédecine dans les situations d'urgence.

Le déploiement technologique est prévu sur tout le territoire de Bourgogne dès le premier semestre 2012. Un financement de 800 k€ a été mis en place dans le cadre du plan national AVC permettant la mise à niveau des infrastructures et le développement de nouvelles pratiques de téléconsultation et téléassistance.

La question de la téléassistance à la thrombolyse demande la définition d'un protocole et des conditions de mise en œuvre prudentes pour gérer cette innovation en concertation et collaboration. La formation préalable des urgentistes prévue par le plan national AVC et indispensable à la mise en place de la fibrinolyse en local sera développée dans des modalités ouvertes et à distance dans le cadre de TLS 5 : BCF.

5.1.2 Action 2 : « Organisation de la permanence des soins en radiologie »

/// Objectif

La permanence des soins et la fluidité des passages aux urgences sont rendues plus délicates du fait du déficit chronique en radiologues. Il s'agit de mettre en place une télé interprétation des scanners et des IRM d'urgence pour garantir la qualité du diagnostic radiologique pour les urgences 24 heures sur 24. La qualité de l'interprétation des scanners et des IRM demandés par les urgentistes, est essentielle au diagnostic et à la qualité de prise en charge. Le recours à une téléexpertise pour des images présentant des difficultés diagnostiques doit être mis à disposition.

/// Les objectifs :

- Optimiser l'organisation de la permanence des soins radiologiques ;
- Améliorer la qualité de prise en charge des patients en urgence sur tout le territoire grâce au télédiagnostic en radiologie et à la téléexpertise ;
- Fédérer les acteurs publics et privés autour de cet enjeu et redéfinir les conditions d'exercice de la permanence des soins

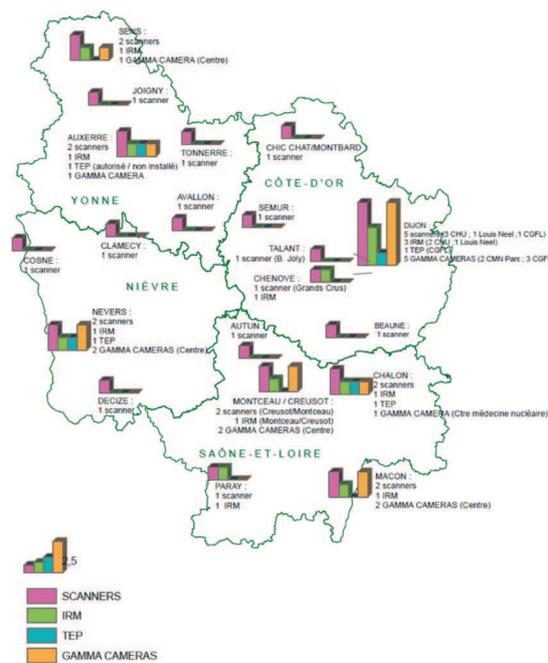
/// Action « Permanence des soins en radiologie »

La conduite du projet selon les modalités régionales prévoit un pilotage spécifique réunissant les urgentistes, les radiologues et les responsables d'établissement permettant de répondre à l'importance de la problématique dans le schéma régional et de déterminer les conditions de l'amélioration de la permanence des soins dans les différents GCS Urgences irrigués par un réseau de télédiagnostic. Le groupe de pilotage régional réunissant les médecins urgentistes, les médecins radiologues et les établissements, détermine les attendus du projet en interdisciplinarité.

Quelques sites de radiologie bourguignons fonctionnent déjà par l'intermédiaire d'un transfert d'images et d'une interprétation à distance. Depuis 2010 les centres hospitaliers de Semur-en-Auxois et Saulieu s'engagent dans l'interprétation à distance des radiographies « conventionnelles », de l'imagerie en coupe (scanner). Le scanographe d'Autun est accessible 24 h/24 grâce à l'interprétation à distance des images par le site du Creusot.

Les examens scanographiques de Châtillon/Seine sont interprétés de jour comme de nuit par les radiologues libéraux de Dijon.

Les équipements lourds en Bourgogne



Pôle Pilotage - ArcView (Septembre 2011)

Le volet imagerie du PRS demande de mettre en œuvre une permanence d'accès sur 24 heures des scanners et des IRM en priorité pour 6 sites : Dijon, Nevers, Chalon, Mâcon, Sens et Auxerre, dans le cadre d'une coopération publique/privée. Tous les professionnels médicaux intervenant dans le fonctionnement d'un équipement lourd devront s'engager dans cette permanence des soins « territoriale », éventuellement via la téléradiologie.

La téléradiologie (télédiagnostic et téléexpertise) est à organiser conformément au décret télémédecine et au guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la téléradiologie. Les exigences de confidentialité, rapidité et permanence d'accès à l'image, coopération entre professionnels doivent être facilitées par les conventions et les chartes négociées.

Le chantier technique précise l'état des lieux régional en s'appuyant sur les acteurs techniques et opérationnels.

Un ensemble de références métiers sera défini pour cadrer le recours à la télé-interprétation des images et à la téléexpertise de manière à garantir aux patients la prise en charge adéquate. La question de séniorisation des gardes et du recours à l'expertise sera traitée en cohérence avec les réflexions organisationnelles liées au projet global de hiérarchisation de la réponse en situation d'urgence.

Toutes les conditions : organisations, technologies et infrastructures, politiques et conventions ainsi que les guides de bonnes pratiques seront décrites dans un guide méthodologique régional intégrant chartes, protocoles et conventions types.

Un site pilote sera positionné pour modéliser une organisation en Bourgogne et définir les conditions de collaboration publique et privée sur un territoire donné.

5.1.3 Une cible à l'échéance : le RBU, réseau hiérarchisé d'urgence

La cible pour la période 2014-2016 est d'organiser un réseau hiérarchisé d'urgences en Bourgogne partant de la médecine de ville jusqu'aux filières hospitalières (en lien avec TLM2 MASB). L'optimisation des filières et la graduation des prises en charge dans l'offre de soins sont essentielles pour répondre de la manière la plus juste aux besoins des patients au plus près de leurs lieux de vie.

Une démarche de diffusion des pratiques de télémédecine dans le contexte d'urgence sera effectuée d'une manière volontariste en travaillant avec les différentes spécialités et expertises à partir des situations identifiées comme problématiques par les urgentistes. Cette diffusion implique tous les services d'urgences et SAMU/SMUR de la région.

Un groupe de travail sera organisé pour définir les sujets prioritaires en termes de morbidité et mortalité prématurée. On peut déjà évoquer les urgences cardio-vasculaires et pneumologiques. Le schéma d'organisation – impliquant un service d'urgence et un expert – peut être décliné en adaptant les protocoles aux conditions particulières de la spécialité.

Les questions de coordination autour des cas cliniques complexes ou multiples comme la traumatologie grave peuvent s'améliorer grâce à la télémédecine au RBU.

Par exemple : il est impératif de ne pas perdre de temps et d'orienter d'emblée le patient vers le bon site en fonction des besoins : embolisation en cas d'hémorragie, neuro-chirurgie, chirurgie orthopédique, etc.

La télémédecine constitue un moyen de mieux diagnostiquer et orienter ces patients. La concertation à partir de la téléconsultation sécurise les diagnostics et améliore la préparation des transferts en ayant effectué les bons examens complémentaires ou préparations.

La rationalisation des transferts hospitaliers tant en nombre qu'en modalités est un objectif de la région à cause de l'hétérogénéité de l'offre hospitalière, des zones rurales et peu denses et des distances. La question doit être travaillée en mode projet autour des professionnels de SAMU en modélisant les mêmes évolutions pour toutes les urgences engageant le pronostic vital. La phase de conception pourrait se situer au deuxième semestre 2012 pour un pilote l'année suivante.

Dans le même temps, une réflexion peut également être engagée à propos des interventions non programmées et d'urgence de l'ambulatoire. Des avis spécialisés et des téléconsultations avec les services d'urgence à partir des points de télésanté mis en place par le TLM2 : MASB peuvent diminuer les passages inappropriés aux urgences. Un thème spécifique concernant les personnes âgées et tout particulièrement les résidents

d’EHPAD est à aborder sous cet angle. La mobilisation de l’observatoire des urgences sur cet objectif renforcera l’efficacité.

Le RBU vise à uniformiser, standardiser et homogénéiser la prise en charge des urgences, quel que soit le domicile ou le site hospitalier, en garantissant l’accès à l’expertise et aux services spécialisés. La régulation des passages aux urgences pour éviter les passages inappropriés constitue l’autre ambition de la démarche.

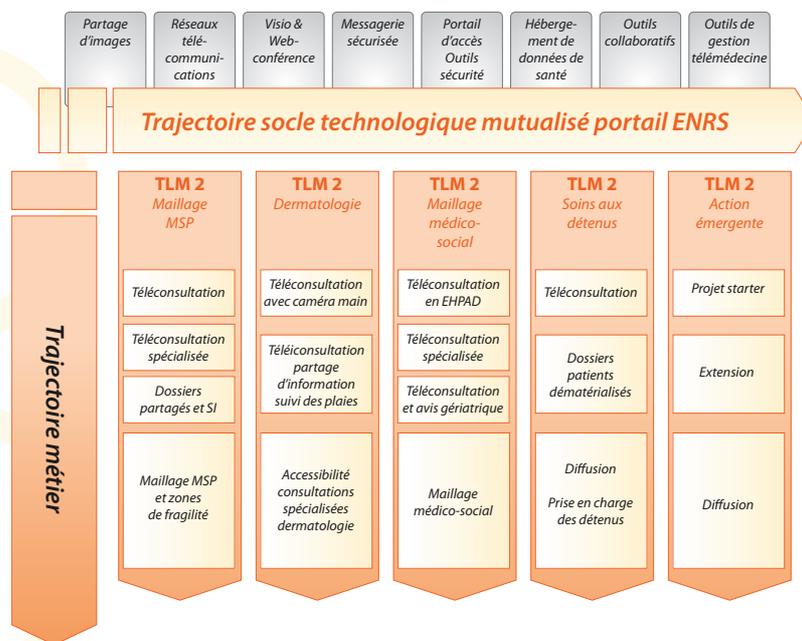
5.2 Projet TLM 2 : Maillage d’Accès aux Soins Bourguignon MASB

Objectifs : améliorer l’accessibilité des soins sur tout le territoire en maillant des points d’accueil télémédecine de proximité

Au cours de ce plan 2012-2016, l’ARS de Bourgogne se donne comme ambition de :

- Améliorer l’accessibilité des soins et faciliter l’accès aux soins de premier comme de second recours à proximité des lieux de vie sur tout le territoire ;
- Éviter les déplacements de patients ;
- Optimiser les transports sanitaires.

Le schéma suivant présente la progression attendue sur chacune des deux trajectoires : technologique et métier pour MASB.

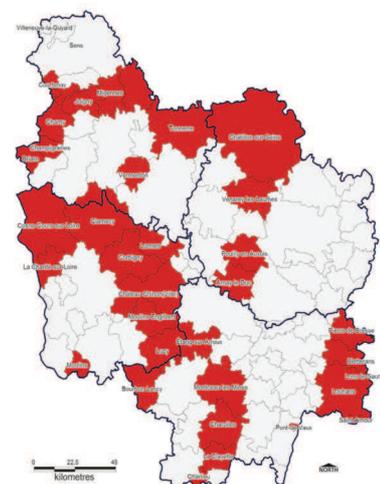


5.2.1 Action starter « Maillage des MSP »

Le maillage d’accès aux soins en Bourgogne vise à positionner des points de télémédecine au sein de tout le territoire et prioritairement dans les zones de fragilité démographique pour faciliter les prises en charge des patients.

Les points d’accueil télémédecine dans les territoires permettent d’améliorer l’organisation de l’offre de santé de proximité en :

- Facilitant l’accès aux soins, notamment pour les soins de 1^{er} recours pour tous les patients de la région ;
- Favorisant une meilleure répartition des professionnels de santé par l’amélioration des conditions de travail.



La disponibilité des soins de premier recours notamment mais aussi des soins spécialisés peut être améliorée grâce à la mise en œuvre de télémédecine pour une prise en charge distante dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), puis dans les zones de fragilité.

Les conditions de succès demandent d'identifier dans chaque cas des prérequis de mise en œuvre :

- structure locale déjà existante (cf. carte ci-dessous);
- projets déjà évoqués avec les collectivités territoriales et l'ARS;
- coopération médicale déjà bien établie entre les libéraux des pôles, et le secteur hospitalier local.

Les maisons de santé pluri professionnelles – Mai 2011



En mai 2011 :

17 maisons de santé ouvertes,
dont 3 fonctionnent sans financement par l'ARS

21 maisons de santé ouvriront leurs portes à l'horizon 2011-2012

2 maisons de santé actuellement en cours d'instruction et
1 maison fait l'objet d'une étude de faisabilité

Maisons de santé

- ... ouvertes
- ... dont l'ouverture est prévue en 2011 ou 2012
- ... en cours d'instruction
- Les zones déficitaires (MRS - 2007)

Les premiers sites MSP seront sélectionnés sur la base de leur volontariat et de leur dynamisme. Un projet médical est indispensable tant pour exprimer la demande que pour animer les réponses de spécialistes et experts.

Les médecins envisagent l'utilisation de systèmes de télémédecine simples, en point à point, organisant les suivis de leurs patients avec le réseau de confrères qu'ils connaissent et avec qui ils travaillent habituellement. Les consultations préparant une intervention chirurgicale ou une hospitalisation peuvent également avoir lieu à distance via ce point d'accueil.

La dermatologie apparaît prioritaire, puisqu'une demande forte s'exprime dans plusieurs territoires. En effet, des organisations de téléconsultation en dermatologie, traitement des plaies ou escarres, existent déjà sur le territoire bourguignon. Elles vont permettre la modélisation des expériences et des organisations.

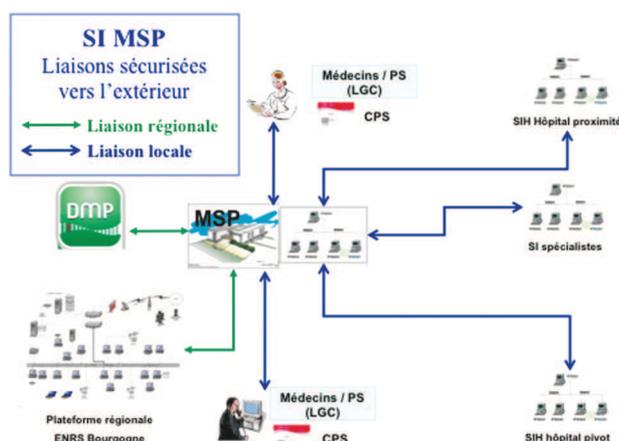
L'ophtalmologie et la cardiologie ont également été citées plusieurs fois. Les demandes d'avis, les téléexpertises et l'assistance sur le suivi de patients complexes peuvent ensuite se développer en exploitant la connexion à la plateforme de télémédecine via ce point d'accueil.

Une organisation médicale sera à définir pour solliciter les professionnels de santé susceptibles d'apporter la réponse à distance de manière efficiente.

L'action consiste à définir une solution reproductible d'organisation de la télémédecine au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en liaison avec les informations du patient disponibles via l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) dans des dossiers partagés ou à la cible dans le Dossier Médical Personnel (DMP) :

- pour l'accès aux spécialités : actes de téléconsultation;
- pour la liaison générale avec les établissements hospitaliers de référence : télé expertise, télé staff, téléconsultation.

La figure illustre des liaisons de télémedecine de type point à point entre la MSP d'une part, l'hôpital de proximité ou le cabinet de spécialité répondant à la demande d'expertise par téléconsultation d'autre part.



Les sites de santé susceptibles de constituer un point d'accueil télémedecine ou télésanté sont répertoriés. Plusieurs possibilités doivent être étudiées :

- maisons de santé pluri professionnelles ou MSP;
- EHPAD;
- hôpitaux de proximité (ex hôpitaux locaux);
- pharmacies.

La densité et le positionnement des points d'accueil télémedecine dépendent des projets de santé et des organisations médicales existantes. Une démarche régionale de renforcement des initiatives et de stimulation des acteurs de santé locaux sera mise en œuvre afin de garantir des soins de proximité en tout point du territoire à la cible.

5.2.2 Action 2 : « Pour un maillage médico-social »

/// Expression de besoins

Les collectivités territoriales et les promoteurs d'EHPAD attirent l'attention sur la nécessité d'organiser rapidement la médicalisation de ces établissements pour faire face à l'évolution des besoins ressentis par la population au niveau du territoire. Il s'agit d'éviter les fuites de résidents vers d'autres EHPAD, à grande distance du domicile du patient.

L'innovation au sein des EHPAD à l'initiative des acteurs se conçoit sur deux titres distincts et complémentaires :

- Structuration formelle d'un service médicalisé nécessitant coordination et garde médicale (exemple : unité de gériatrie Alzheimer);
- Implication du corps médical et de l'encadrement administratif dans l'utilisation de technologie TIC & Santé, soit en interne (exemple : sécurité de l'unité gériatrique, bracelets), soit en coopération externe (exemple : services spécialisés en gériatrie des centres hospitaliers référents).

Sous l'angle de l'aménagement du territoire de santé, une « EHPAD innovante » doit permettre l'ouverture vers l'ensemble de la population du bassin de vie. Elle exploite la liaison aux spécialités via la télémedecine.

De tels outils doivent être impérativement mutualisés pour être rentables. La réflexion en pôle avec la MSP, la maison de spécialités ou la maison de garde innovante constitue une piste d'amélioration des prises en charge sur le territoire.

Les objectifs sont :

- organiser la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées tant à domicile qu'en EHPAD, pour conserver le plus longtemps possible la résidence du patient à son domicile;
- améliorer l'accès aux soins des personnes âgées et éviter les passages inappropriés aux urgences.

L'objectif de l'action est cohérent avec le schéma régional d'organisation médico-sociale : mettre en œuvre une plateforme de téléservices pour le maintien au domicile des personnes âgées ou dépendantes.

Tenant compte d'études effectuées au niveau national, cette plateforme de télé services comporte quatre types de fonctionnalités :

- **Télesanté** : données biologiques collectées au domicile du patient, et colligées vers un dispositif local de télésurveillance à domicile, avec possibilité de gradation de la réponse sur place ;
- **Télésurveillance du domicile** : dispositif de téléalarme placé sous l'action de la personne âgée (ou des personnes référentes au domicile) lié à une plateforme régionale de téléalarme ; Sécurité du domicile et santé : liaison avec la domotique partagée (surveillance intrusion, entrée et sortie du domicile, géo localisation de la personne, sécurité aux dégâts incendie, température, éclairage, etc...);
- **Maintien du lien social** : dispositif permettant à la personne de télécommuniquer plus facilement avec l'extérieur ;
- Dispositif local ou régional de gestion du personnel de service à la personne et du personnel de santé se rendant au domicile du patient.

Au delà des initiatives existantes à renforcer, une démarche régionale sera mise en œuvre afin de garantir des soins de proximité en tous points à la cible par un positionnement pondéré des points d'accueil télé-médecine.

5.2.3 Action 3 : « Télé-médecine pénitentiaire »

/// Expression de besoins

Cette action, complémentaire mais essentielle, vise à faciliter la prise en charge des détenus grâce à des téléconsultations. Elle doit permettre d'assurer un accès aux soins de qualité pour les patients incarcérés, en évitant les déplacements de ces patients vers l'hôpital de référence.

/// Objectifs :

- Assurer l'accès aux soins des détenus et permettre leur suivi médical par téléconsultation ;
- Éviter les extractions de détenus.

Au sein de chaque établissement pénitentiaire, les soins médicaux sont assurés par une UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires). Le détachement de médecins publics hospitaliers assure la médecine générale, les soins dentaires et certaines consultations spécialisées. Le déplacement de prisonniers à l'extérieur de la prison constitue une opération lourde et coûteuse. Il nécessite une longue période de mise en œuvre. Aussi, le déploiement d'un système de télé-médecine, se révélerait particulièrement bien adapté à la problématique des soins en établissement pénitentiaire.

Les UCSA deviennent des points d'accueil télé-médecine spécifiques dédiés aux détenus. L'organisation d'une offre de téléconsultation et de télé expertise par des professionnels susceptibles d'apporter la réponse à distance constitue le point critique pour atteindre la cible de besoins.

Le chantier métiers doit se concentrer sur l'analyse des besoins et leur priorisation pour mettre en place des conditions d'exercice améliorées ou des incitations permettant de répondre à cette ambition d'intérêt général.



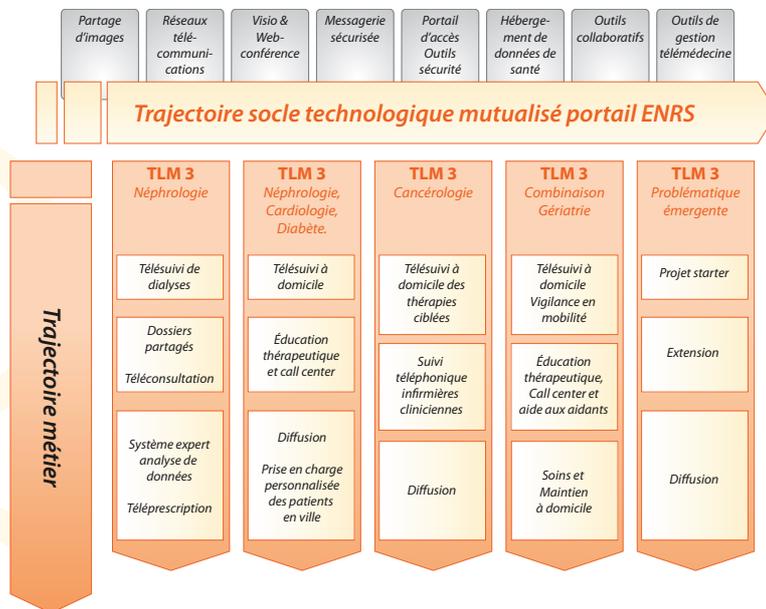
5.3 Projet TLM3 : Télésanté Maladies Chroniques TMC

Ce projet TMC vise à modéliser l'apport de la télémédecine pour les soins de proximité et la surveillance à domicile des maladies chroniques pour améliorer leur autonomie et leur permettre d'être acteurs de leur maladie.

L'ARS de Bourgogne se donne comme ambition de mettre la télésanté au service des patients chroniques afin de :

- Lutter par un usage optimisé des TIC, contre les inégalités géographiques d'accès aux soins et coordonner les acteurs de terrain autour des patients chroniques ;
- Améliorer l'observance et le suivi des traitements médicamenteux ;
- Optimiser la trajectoire de prise en charge à toutes les étapes de la pathologie ;
- Développer la prise en charge personnalisée des patients grâce à la télésurveillance et y impliquer le patient par l'éducation thérapeutique.

Le schéma suivant présente la progression attendue sur chacune des deux trajectoires technologique et métier pour TMC.



La télémédecine apporte de nouveaux outils pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement au long cours des pathologies chroniques et des poly pathologies. Elle permet de modifier la relation patient-professionnel et de repenser les modalités et les lieux de soins.

L'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRC [T]) occupe une place importante dans les préoccupations de santé publique du fait de son poids important dans les dépenses de santé, de son augmentation régulière et de son caractère invalidant. On constate une augmentation des néphropathies vasculaires et diabétiques (40 % des nouveaux cas), conséquences directes du vieillissement de la population. Au 31 décembre 2009, près de 1 000 Bourguignons étaient en insuffisance rénale terminale traitée par dialyse Le SROS demande une amélioration de l'accès aux soins de néphrologie et le respect des choix des patients dans leur prise en charge.



Pour aborder l'insuffisance rénale chronique, différentes actions peuvent être mises en place capitalisant sur l'expérience de RESOVAL. Les objectifs à atteindre sont de :

- améliorer l'accessibilité aux structures hors centre grâce à la télé dialyse;
- améliorer le suivi et la prise en charge des patients grâce au télésuivi à domicile enrichi des dossiers partagés;
- optimiser les actions de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique
- en particulier améliorer les prises en charge médicamenteuses (prescription, dispensation, observance).

Un projet médical ambitieux vise à appréhender la pathologie chronique dans un continuum et anticiper un suivi tout au long de la vie. Les questions de coordination des soins et de partage d'information seront déterminantes imposant de travailler en lien fort avec le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) et du Dossier Pharmaceutique (DP). Une analyse des solutions existantes sur le territoire (évaluation de leur efficacité) permettra une mise en œuvre rapide.

5.3.1 Action starter « Médicalisation d'une unité de dialyse en télé dialyse »

Cette action vise à initier des dispositifs de télé dialyse pour améliorer l'accès aux soins de néphrologie.

L'intérêt de cette action est que le cadre méthodologique est structuré par une recommandation de la HAS et que différents dispositifs technologiques existent réduisant l'incertitude.

Selon la définition de la HAS un système de télé dialyse est composé des trois briques suivantes :

- la visualisation et le stockage des paramètres des générateurs de dialyse pour la télésurveillance;
- la visioconférence pour la téléconsultation, la téléassistance et la télé-expertise;
- les applications support nécessaires à la réalisation d'actes médicaux à distance.

Cette démarche permet d'améliorer la surveillance clinique des séances de dialyse et d'optimiser le suivi par consultation des patients en IRC (T). Cette surveillance à distance rend possible la création d'unité de dialyse médicalisée à distance des centres de néphrologie; ce qui pourrait contribuer à améliorer la situation des zones comme Clamecy ou Semur-en-Auxois.

5.3.2 Action 2 « Télésurveillance à domicile pour les maladies chroniques »

Les actions de télésurveillance à domicile seront mises en place en s'inscrivant dans des partenariats avec des projets existants ou émergents

/// Objectifs :

- optimiser les prises en charge des patients dialysés ou greffés;
- retarder l'aggravation des patients insuffisants rénaux.

Un axe majeur de l'action proposera des expérimentations sur l'observance, la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse et la surveillance des traitements médicamenteux.

Un pilote spécifique pour la cancérologie analysera le dispositif de suivi des thérapies ciblées ambulatoires. Ces traitements provoquent des effets secondaires critiques qui justifient une surveillance précise. La coordination avec les médecins traitants et les professionnels ambulatoires est importante pour garantir la continuité des soins et l'ajustement des conduites à tenir devant les événements intercurrents.

Les autres maladies chroniques seront impliquées ensuite en capitalisant sur les expériences et en modélisant des organisations et des solutions de télésanté. La diffusion de la télémédecine pourra s'appuyer sur l'expérience de Resoval et les relations avec les diabétologues, les pneumologues et les cardiologues initiées pour l'éducation thérapeutique et avec les cancérologues et gériatologues pour les parcours des patients.

Des partenariats avec des initiatives nationales ou émanant d'autres régions permettront de tester des solutions technologiques existantes ou en cours d'émergence dans le souci de faciliter l'appropriation par les professionnels et les organisations.

5.4 TLS4 : Bourgogne Prévention Santé BPS

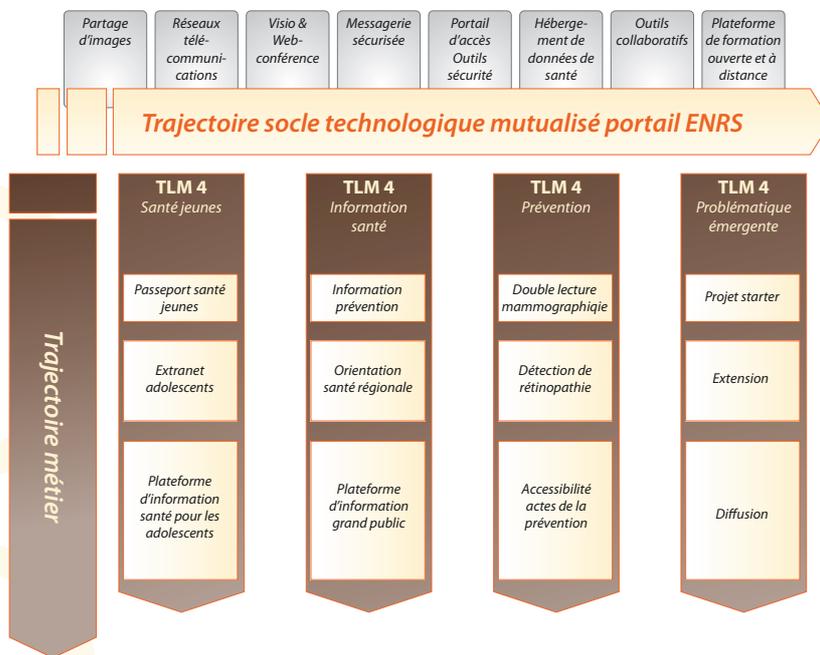
/// Objectifs du projet :

**Mettre la télésanté au cœur des démarches de promotion de la santé et d'éducation à la santé ;
Rendre accessibles et fluidifier les actions de prévention et de dépistage.**

L'ARS réfléchit à mieux utiliser Internet et les dispositifs de communication numérique et les réseaux sociaux pour mieux communiquer vers le public

- Utiliser les médias numériques dans les démarches de promotion de la santé vers les jeunes : Internet, mobiles, réseaux sociaux ;
- Fédérer les opérateurs agissant vers les jeunes en utilisant les technologies de l'information et de la communication ;
- Optimiser la prévention grâce à l'utilisation de la télémédecine.

Le schéma suivant présente la progression attendue sur les deux trajectoires technologique et métier pour BPS.



5.4.1 Action Starter « Passeport Santé Jeunes »

Le projet starter vise à répondre à une priorité majeure du PRS : développer les compétences des adolescents et jeunes adultes à gérer leur santé. Il est souhaité créer un passeport Santé Jeunes regroupant des actions répondant aux objectifs de santé et utilisant les technologies de communication pour mieux atteindre la cible. Le projet vise à affiner les modes opératoires des stratégies conduites et à réfléchir sur la place des nouveaux outils dans les actions.

/// Expression des besoins

Les supports classiques habituellement utilisés en Éducation pour la Santé atteignent leurs limites avec les générations actuelles. Premières générations nées avec les technologies de l'information et de la communication (TIC), les adolescents et jeunes adultes perçoivent différemment la communication, l'information et la publicité. Les campagnes d'information et de prévention destinées à ces publics doivent prendre en compte ces spécificités. De nouveaux outils de communication, basés sur des échanges virtuels sont apparus. La télésanté les intègre pour offrir une stratégie de communication réactive, inscrite dans la réalité des pratiques des jeunes : jeux, réseaux sociaux, Internet.

Cette population n'est pas naturellement inscrite dans la protection de sa santé. À chaque âge, des acquisitions sont nécessaires afin que l'adolescent construise sa démarche de prévention vis-à-vis de la dégradation de son capital santé, selon son rythme et ses attentes.

Quel que soit le comportement ou les produits consommés, la prévention des risques nécessite une démarche globale d'éducation pour la santé selon une double approche, biomédicale d'une part, bio-psycho-sociale d'autre part.

Afin d'atteindre cet objectif, il est proposé que chaque adolescent reçoive un passeport santé, sous forme dématérialisée adaptée à ses pratiques et qu'il soit accompagné dans ses acquisitions tant lors du temps scolaire que sur son temps de loisirs ou familial, conformément aux recommandations de la charte d'OTTAWA (acquisition d'aptitudes individuelles).

Une première étape de cartographie recensera :

- les initiatives intégrant des TIC en prévention et en promotion de la santé vers les jeunes,
- les ressources en ligne complémentaires concernant l'éducation à la santé et la prévention.

Une évaluation comparée des innovations basées sur les TIC en France ou à l'étranger – comme un extranet de maison d'adolescents ou des outils d'identification donnant accès à des ressources ou des services – sera réalisée.

Un groupe de travail réunira des opérateurs ayant des légitimités, des cultures et des référentiels éducatifs différents, intervenant dans l'approche des jeunes pour effectuer une lecture de la cartographie et donner forme au Passeport Santé Jeunes. Cette phase de conception permettra simultanément d'apprécier les besoins des partenaires en formation, en développement de compétences et en contexte pour être en situation de les intégrer aux outils virtuels.

Dans l'attente de la construction du « Passeport Santé Jeunes », l'Agence Régionale de Santé s'appuiera sur la plateforme de formation en éducation pour la santé gérée par l'instance régionale d'éducation et promotion de la santé.

5.4.2 Action 2 « Accessibilité de la prévention »

Cette action vise à améliorer l'accessibilité aux actes de prévention et de dépistage pour les Bourguignons grâce à des outils numériques, la dématérialisation des processus et aux technologies de l'information et de la communication. Elle vise à rendre la mobilisation des moyens plus efficiente; à améliorer la qualité des diagnostics et à optimiser les prises en charge de la population.

La prévention comprend toutes les mesures prises par un individu ou une population pour éviter la survenue de maladie ou d'accident. Outre l'information et l'éducation pour la santé, la télésanté apporte des nouvelles possibilités d'organisation des dépistages et des actions de prévention.

Première action : valider l'apport de la seconde lecture numérique de la mammographie dans le dépistage du cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein s'appuie sur une approche qualitative garantie par une seconde lecture des mammographies. L'organisation de cette dernière est rendue plus difficile par le déficit démographique en radiologues. Une expérimentation financée par le FIQCS veut créer un parcours de soins numérique en cancérologie. L'objectif est de tester les apports des outils d'imagerie numérique, de travail collaboratif et de technologies sur le traitement d'un dossier en cancérologie nécessitant la participation de plusieurs spécialistes.

La solution technologique permettra le traitement et le suivi des dossiers de mammographie numériques en associant dans le même applicatif les images et les données.

Deuxième action : intensifier le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique est l'une des principales causes de malvoyance et de cécité. Elle est due aux lésions des vaisseaux capillaires de la rétine, provoquées par le diabète. La prévention passe par un bon contrôle du diabète et par un suivi ophtalmologique régulier. La pénurie d'ophtalmologistes rend cette démarche plus difficile. Les délais d'attente sont de plusieurs mois et donc dissuasifs. Les difficultés d'accès aux soins particulièrement importants pour une population de diabétiques souvent précaire et âgée.

Depuis 2005, le dépistage de la rétinopathie diabétique est mis en place en Bourgogne sur un mode itinérant :

- facilitant le ciblage des zones où le nombre des patients diabétiques non suivis est élevé,
- permettant de diversifier au fil des campagnes les lieux de dépistage (zone rurale, zone semi-rurale).

Le test de dépistage consiste en un cliché de fond d'œil effectué par un orthoptiste grâce à un rétinographe non mydriatique et numérisé pour permettre une lecture à distance par les interpréteurs au CHU de Dijon. Ce temps de dépistage s'accompagne d'une information sur la pathologie et les recommandations de suivi.

En cas de détection de pathologies ophtalmiques (rétinopathie diabétique, glaucome néovasculaire, œdème maculaire), des courriers adressés au patient et à son médecin traitant permettent le retour du patient dans le système de soins.

Une évaluation coût-efficacité en 2010 a montré l'intérêt d'un tel programme et les enjeux qu'il recouvre.

Ces deux exemples montrent l'intérêt d'une réflexion sur l'impact de la prévention sur les inégalités sociales et territoriales en Bourgogne et sur l'importance de mobiliser les moyens et les organisations vers la proximité des patients pour garantir l'accessibilité. Pour ce faire, outre le renforcement des initiatives antérieures, une démarche d'inventaire et de mobilisation vers la prévention sera soutenue dans le schéma 2012-2016.

5.5 TLS5 : Bourgogne Coordinations et Formation BCF

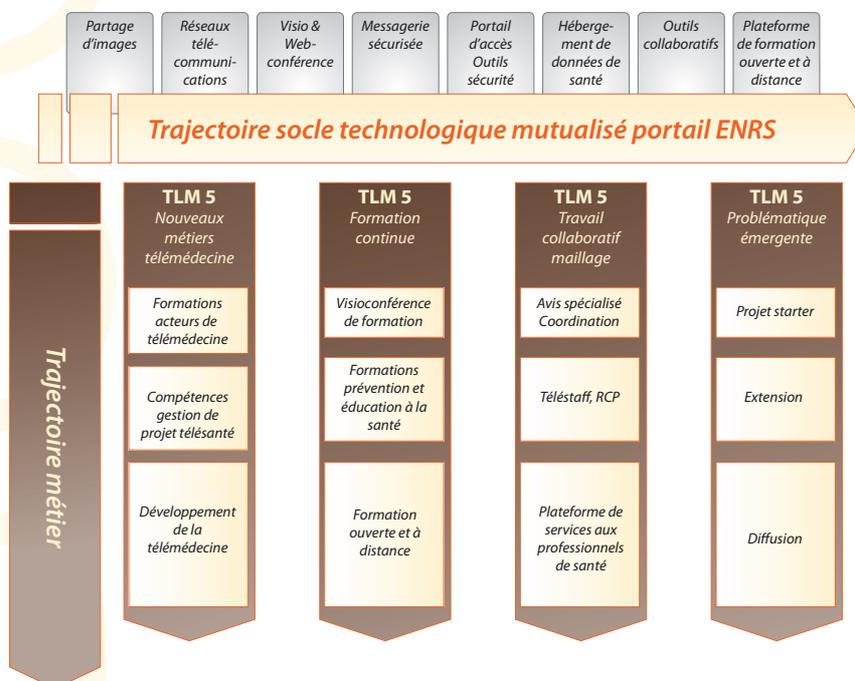
Le développement du programme de télémédecine en Bourgogne impose d'organiser l'accompagnement du changement et l'évolution des compétences des professionnels de santé. Au-delà la transformation des pratiques et du système de santé va faire naître des besoins de compétences spécifiques au service de la télémédecine. Ce projet vise à soutenir et dynamiser cette évolution.

/// Objectif du projet : décloisonnement et développement de compétences

Les objectifs de TLS5 : Décloisonnement & développement de compétences, afin de :

- Développer une offre de formation ouverte et à distance pour construire les compétences de demain ;
- Former tous les utilisateurs de télémédecine à l'usage des technologies et des outils numériques ;
- Mettre en place une plate-forme de services aux professionnels avec le téléstaff, les dossiers partagés, les avis à distance et la coordination.

Le schéma suivant présente la progression attendue sur les deux trajectoires technologique et métier pour BCF



5.5.1 Action starter « E-learning vers les nouveaux métiers pour la télémédecine »

En 2009, le rapport du député Pierre Lasbordes préconisait de « Former tous les professionnels de santé, médico-sociaux et les aidants » à la télésanté et la télémédecine pour une réussite du Plan quinquennal de télésanté ainsi que mettre en oeuvre une politique de formation volontariste au plan national.

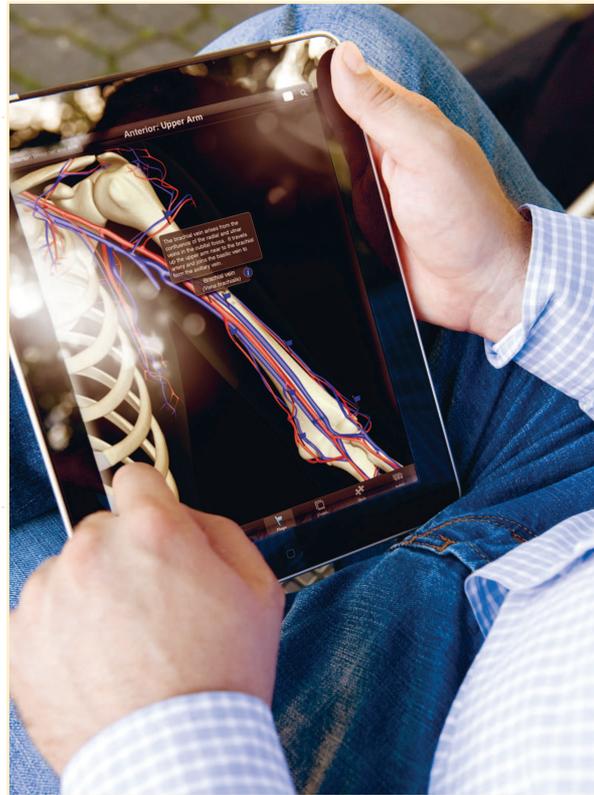
/// Objectifs

- former les utilisateurs de la télémédecine aux spécificités de ces formes d'exercice
- développer une innovation pédagogique autour de TIC et des outils numériques et multimédias
- faciliter l'émergence des nouveaux métiers de conception, exploitation, accompagnement de la télésanté et notamment de chef de projet

Tous les outils de formation numériques à distance (téléformation, e-learning, université numérique des sciences de la santé, classes virtuelles, sites internet des sociétés savantes, téléprésence, tutorats numériques, plates-formes collaboratives, communautés de projet ou de bonnes pratiques serious games [jeux sérieux]) constituent des innovations pédagogiques facilitant le développement de compétences.

L'effort de formation à consentir au cours du PRT s'avère majeur et il est réaliste de privilégier des actions à distance dans la période de tensions sur les ressources humaines.

Une analyse des besoins en formation générés par la télémédecine tant vers l'évolution des compétences des utilisateurs que vers les métiers de la télémédecine initiera la démarche. Une définition des priorités et des possibilités régionales s'appuiera sur l'analyse de l'existant en formation. Ensuite des partenariats avec les opérateurs innovants en formation et avec les écoles et universités formant des professionnels de santé seront constitués pour concevoir les nouvelles formations répondant aux besoins de la télésanté.



5.5.2 Action 2 « coordination et collaboration à distance »

/// Objectifs :

- Décloisonner, faciliter les coopérations et le partage d'information
- Organiser un fonctionnement en réseau pour la formation, l'enrichissement des compétences et les prises en charge notamment des patients chroniques
- rompre l'isolement des professionnels de terrain grâce aux téléstafs et aux visioconférences l'accès aux seconds avis, expertises ou assistances ;

Au-delà de la mise en place de la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) qui répond aux besoins des professionnels de santé qui s'installent ou qui se regroupent, il apparaît désormais que les conditions d'exercice des médecins en ville peuvent être difficiles ce qui renforce la désaffection des professionnels pour ces modes d'exercice.

Il est indispensable que le déploiement des technologies apporte aux professionnels une amélioration de leurs conditions d'exercice et de leurs pratiques professionnelles. Le maillage régional doit également constituer une opportunité d'éviter les déplacements inutiles des professionnels de santé en organisant les réunions à distance en généralisant les échanges numériques d'information en permettant la communication à partir des lieux d'exercice.

L'objectif de cette action est de repérer les pratiques de décloisonnement, d'organisation, de concertation ou de coopération intéressantes pour les professionnels de santé de terrain. Une politique d'incitation, de facilitation et d'investissements ciblés accompagnera le déploiement et la diffusion de ces organisations innovantes.

6 Conclusion

Le PRT constitue un cadrage organisationnel, technique et juridique pour les professionnels de santé exerçant avec la télémédecine. Le vieillissement de la population bourguignonne, le caractère rural et la pénurie de compétences médicales et paramédicales de notre région sont autant d'arguments fondamentaux de restructuration de l'offre de santé par l'innovation et l'introduction de pratiques enrichies des possibilités de la technologie.

Le PRT répond à un enjeu majeur de la région : lutter contre les inégalités de santé sociales et territoriales.

Cette ambition s'exprime d'abord par cinq projets pragmatiques et essentiels pour se donner la capacité de réussir et de valoriser les résultats en terme de bénéfice de santé :

- Améliorer des prises en charge en urgence grâce à la disponibilité de l'expertise en tous lieux par la télémédecine
- Rapprocher les soins de premier et second recours de la population pour éviter les inégalités d'accès
- Repenser le continuum de soins des malades chroniques pour transformer l'histoire naturelle de la maladie et retarder la dépendance
- Diffuser une culture de santé et de bien-être pour aider les Bourguignons à être acteurs de leur santé
- transformer les pratiques et les organisations en développant de nouveaux métiers et en décloisonnant

L'ARS s'emploiera à dégager les moyens pour réaliser ce programme : réponses à appels à projet, redéploiements de financement, accompagnement par les partenaires institutionnels. Une évaluation médico-économique et une démarche de qualité permanente faciliteront l'analyse et les arbitrages politiques au cours du programme 2012-2016. L'efficacité et la pertinence de cette démarche sont un pari. Il est indispensable de prendre en compte les tensions existantes du système de santé pour réussir une transformation basée sur l'innovation et les technologies pour rendre le système de santé capable de répondre aux enjeux des besoins de la population.

Une conception technologique fédérée, intégrant dans une même stratégie l'approche des systèmes d'informations, des télécommunications et des services à apporter aux professionnels permettra leur exercice à distance en sécurité, confiance et efficacité.

Un modèle économique est indispensable pour que les fournisseurs de solutions technologiques développent les offres fiables, efficaces et adaptées aux préoccupations médicales et professionnelles.

Accessibilité, disponibilité, efficacité, voilà les progrès que nous attendons de la télésanté. Notre choix politique fort de l'ARS de Bourgogne est de transformer l'offre de santé bourguignonne grâce au levier de la télésanté, le dynamisme des acteurs et leur capacité d'innovation pour répondre aux enjeux de santé publique : **accessibilité des soins, qualité des prises en charge.**



**Programme pluriannuel
Régional de Gestion
du Risque (PRGDR)
de Bourgogne
2010-2013**

Projet Régional de Santé : **2012**
2016

Sommaire

/// Programme pluriannuel Régional de Gestion du Risque de Bourgogne 2010-2013

1	Introduction	29
1.1	Le nouveau cadre institutionnel	29
1.2	Le cadre législatif et réglementaire	29
1.3	Définition de la gestion du risque	30
1.4	Les acteurs de la gestion du risque	31
2	Contexte régional : Évolution des dépenses	31
3	Organisation et méthodologie	34
3.1	Organisation au sein de la région	34
3.1.1	La Commission Régionale de Gestion du Risque et la contractualisation	34
3.2	Les dix programmes prioritaires de gestion du risque	34
3.2.1	Le programme de régulation de la progression des dépenses de Transports prescrits par les établissements de santé	35
3.2.2	Le programme de prise en charge de l'IRC	38
3.2.3	Le programme de régulation des dépenses des médicaments et DMI de la Liste en sus	41
3.2.4	Le programme de régulation de la progression des dépenses de Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville (PHMEV)	43
3.2.5	Le programme Imagerie médicale	46
3.2.6	Le programme de développement de la chirurgie ambulatoire	49
3.2.7	Les 2 programmes EHPAD : « Efficience » et « Prescription »	52
3.2.8	Le programme SSR	56
3.2.9	Le programme PDS ambulatoire et urgences	59
3.3	La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie	62
3.3.1	Les programmes de maîtrise médicalisée en ville	62
3.3.2	Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé	63
3.3.3	Les plans de prévention et d'accompagnement des patients	63
4	Annexes	64
	Les indicateurs composites CPOM 2011	64
	Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des 10 programmes proposés pour 2011	65

/// Programme pluriannuel Régional de Gestion du Risque de Bourgogne 2010-2013

1 Introduction

1.1 Le nouveau cadre institutionnel

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) puis le décret 2010-336 du 31 mars 2010 créant les ARS au 1er avril 2010 confèrent à ces dernières une compétence globale dans le champ de la santé.

Chaque ARS devient donc responsable du pilotage de la politique de santé publique dans la région dans les domaines de la prévention, promotion et éducation à la santé, de la veille et sécurité sanitaire et de la régulation régionale de l'offre de santé sur les secteurs ambulatoire, médicosocial et hospitalier.

« Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, (les ARS) définissent et mettent en œuvre avec les services d'assurance maladie et avec la (CNSA) les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. »¹

La Loi HPST prévoit la signature d'un contrat Etat-UNCAM fixant pour 4 ans les objectifs de Gestion Du Risque (GDR) relatifs à la prévention et à l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et à l'organisation des soins pour les professionnels et les établissements de santé.

Le contrat 2010-2013 comprend vingt objectifs de gestion du risque, structurés autour des cinq priorités suivantes :

- Mieux connaître le risque santé ;
- Renforcer l'accès aux soins ;
- Renforcer l'information et la prévention ;
- Promouvoir des prises en charges plus efficaces ;
- Moderniser les outils au service du système de santé.

1.2 Le cadre législatif et réglementaire

L'article L. 1434-14 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, dispose que :

- « Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale (contrat Etat-UNCAM), des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.
- Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.
- Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.
- Ce programme est intégré au projet régional de santé.
- Ce programme (PRGDR) fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
- Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque »

¹ Art. L. 1431-2, 2°, g du code de la santé publique.

Le décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (art. R1434-9 à R 1434-18 du CSP) apporte des précisions :

- « Le DG de l'ARS prépare, arrête et évalue le PRGDR dans les conditions prévues à la présente section. Il le met en œuvre dans les conditions prévues par les articles R. 1434-18 à R. 1434-20 (...).
- Le PRGDR est composé de deux parties :
 1. Une première partie reprenant les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs définis par le (contrat Etat-UNCAM). Elle en précise, s'il y a lieu, les conditions de mise en œuvre, dans le respect des objectifs fixés à chaque agence dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par le conseil national de pilotage des ARS ;
 2. Une deuxième partie comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques prévues à l'article L. 1434-14.

Les ARS sont destinataires chaque année des programmes nationaux de gestion du risque mentionnés au 1° de l'article R. 1434-10, après leur examen par le conseil national de pilotage des ARS, en vue de leur intégration dans la première partie du PRGDR »

Le PRGDR est ainsi arrêté par le directeur de l'agence pour une durée de **quatre ans**. Il est **intégré au projet régional de santé**. Il fait l'objet **chaque année d'une révision** par avenants préparés, soumis à l'avis de la commission régionale de gestion du risque et arrêtés dans les mêmes conditions que le programme.

Le contrat établi entre l'ARS et chaque organisme et service d'assurance maladie précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRS, reprend les dispositions du PRGDR, précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRGDR.

1.3 Définition de la gestion du risque

La gestion du risque est un concept dérivé de l'assurance. Appliqué au monde de la santé et à l'assurance maladie obligatoire, le « risque » correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public et sa « gestion » désigne les actions mises en œuvre. Cette notion peut être définie comme « *l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût* »².

En 1999, la circulaire inter-régimes n° 5/99 du 24/04 sur la coordination de la gestion du risque par les Unions régionales de caisses d'Assurance Maladie (URCAM) définissait les trois dimensions de la gestion du risque : (1) « optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé » ; (2) « inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins » ; (3) « amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modérations des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement ».

Dans son rapport de juillet 2008³, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie précise que la gestion du risque regroupe différentes actions :

- « connaître le risque, c'est-à-dire les comportements des assurés, leurs déterminants, et les facteurs de coût du risque et de son évolution – d'où l'intérêt pour l'assurance maladie de disposer de systèmes d'information exhaustifs, y compris en ce qui concerne l'hôpital et le secteur médico-social, et des capacités techniques nécessaires à leur exploitation ;
- prévenir les sinistres, en agissant sur le comportement des assurés ;
- limiter l'aggravation des sinistres : à ce titre, l'assurance maladie finance notamment des actions de prévention destinées aux assurés en affection de longue durée (ALD) ;
- réduire les coûts de la réparation des sinistres, en promouvant un recours aux soins plus pertinent et en maîtrisant les coûts de production des soins par des actions visant à infléchir les pratiques soignantes ;
- fournir des services à l'assuré ou au fournisseur de prestations, par exemple en mettant à la disposition des médecins des profils de prescription leur permettant d'auto-évaluer leurs pratiques. »

Ainsi, gérer le risque,

- c'est prévenir les maladies et limiter leur aggravation,
- promouvoir un juste recours aux soins,
- proposer une offre de soins adaptée en quantité et en qualité,
- maîtriser le coût de ces soins.

² Mission sur la Gestion du risque, Rapport IGAS, Décembre 2010, P-Y Bocquet et Michel Peltier

³ HCAAM, Rapport 2008, p. 27.

1.4 Les acteurs de la gestion du risque

La coordination entre l'ARS et l'assurance Maladie est assurée au sein de la commission régionale de gestion du risque associant pleinement les services de l'ARS et de l'assurance maladie dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque. Ces actions doivent permettre de renforcer l'efficacité du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale :

« La préparation, le suivi et l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque sont effectués au sein d'une commission régionale de gestion du risque.

- Cette commission, présidée par le directeur général de l'ARS, comprend, outre son président, le directeur d'organisme ou de service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ainsi que les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.
- Sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 1434-13, elle siège, en fonction de l'ordre du jour, en formation restreinte aux directeurs d'organisme ou de service, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNOCAM et, le cas échéant, à un ou plusieurs directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.

Un représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM participe, selon l'ordre du jour, aux travaux de la commission »⁴.

2 Contexte régional : Évolution des dépenses

Sur le champ ONDAM, les dépenses de santé en Bourgogne sur l'année 2010 s'élèvent à 3.522 milliards d'euros soit une progression de 1,5 % par rapport à l'année 2009. Les soins de ville ont progressé de 3,3 % et les versements dans les établissements sanitaires et médico-sociaux se sont stabilisés.

Quelques postes présentent une croissance plus soutenue, des dépenses remboursées :

- le poste des transports (+4,7 %)
- les dépenses relatives aux établissements médico-sociaux (+6,4 %)

Dépenses d'assurance maladie de janvier à décembre 2010

Postes	Montant 2010	Montant 2009	Évolution 2010/2009
Honoraires	445 115 100 €	444 205 717 €	0,2 %
dont médecins libéraux	377 595 788 €	375 355 214 €	0,6 %
dont dentistes	67 519 312 €	68 850 503 €	-1,9 %
Prescriptions	1 286 202 358 €	1 232 022 187 €	4,4 %
dont auxiliaires médicaux	165 996 449 €	157 998 925 €	5,1 %
dont médicaments	570 602 857 €	555 057 004 €	2,8 %
dont transports	105 034 208 €	100 274 444 €	4,7 %
dont IJ	247 690 624 €	231 340 652 €	7,1 %
TOTAL SOINS DE VILLE	1 731 317 458 €	1 675 680 727 €	3,3 %
établissements publics	1 168 606 222 €	1 199 378 800 €	-2,6 %
établissements privés	270 016 263 €	264 129 309 €	2,2 %
établissements médico-sociaux	406 143 406 €	381 869 654 €	6,4 %
TOTAL ÉTABLISSEMENTS	1 844 765 891 €	1 846 404 409 €	-0,1 %
TOTAL ONDAM	3 576 083 350 €	3 521 606 318 €	1,5 %

Source : CNAMTS (régime général y compris sections locales mutualistes), la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants Les dépenses d'établissements ne portent que sur le régime général et le régime social des indépendants – exploitation Cellule de coordination régionale GDR Bourgogne

⁴ Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR [Art. R.1434-12 du CSP]

/// Les dépenses de soins de ville

Pour les honoraires médicaux et dentaires, la croissance des remboursements est modérée. Elle s'élève à + 1,3 % à fin décembre 2009.

Pour les prescriptions :

- **Les auxiliaires médicaux** : la croissance des dépenses de soins s'établit à + 4,7 % à fin décembre. Cette augmentation est très forte pour les soins infirmiers et plus contenue pour les prestations des masseurs kinésithérapeutes. La forte évolution des soins infirmiers est le résultat de la revalorisation tarifaire entrée en vigueur en avril mais aussi d'une augmentation de leur activité.
- **Les indemnités journalières et les dépenses de transports** enregistrent une évolution soutenue (respectivement +2,9 % et +6,5 %). Le poste des transports est l'un des postes le plus dynamique des soins de ville.
- **Les dépenses de médicaments** : la progression est de + 0,5 % à fin 2009. Cette faible évolution s'explique en partie par l'effet mécanique des franchises et par l'impulsion des réformes du plan médicament (politique des génériques et diminution des tarifs, conditionnements plus importants...).

Cependant, les médicaments « coûteux » pour pathologies lourdes gardent le remboursement le plus fort.

73 % des dépenses liées aux soins de ville correspondent à des prescriptions (médicaments, transports, indemnités journalières, auxiliaires médicaux...). Les dépenses remboursées suite aux prescriptions représentent plus de 2/3 des soins de ville. Parmi ces dépenses, près de la moitié sont consécutives à des remboursements de médicaments.

22 % des dépenses liées aux prescriptions émanent de prescripteurs hospitaliers. Cette part représente 48 % pour les dépenses de transports, et 23 % pour les dépenses de médicaments.⁵



/// Les dépenses de médicaments en 2009 en Bourgogne

Depuis 2007, le rythme de croissance des dépenses des médicaments ralentit : en 2007, les montants remboursés augmentent de 5,7 % par rapport à l'année 2006. En 2009, l'évolution par rapport à l'année précédente est de +2,4 %.

Les dépenses remboursées de médicaments au titre des assurés bourguignons du régime général s'élèvent à 404,7 millions d'euros en 2009. Elles progressent de 2,4 % par rapport à l'année 2008. Ce sont 49,9 milliers de boîtes de médicaments qui ont été prescrites et remboursées sur la même période en suivant le même rythme d'évolution que les montants remboursés : +2,2 % par rapport à 2008.

La croissance des dépenses de médicaments est légèrement, plus soutenue dans la Nièvre (+3 %) et plus faible en Côte-d'Or (+1,3 %).

/// Les dépenses des établissements de santé et médico-sociaux

Les dépenses relatives aux établissements de santé, remboursées par le régime général sur l'année 2009 s'élèvent à 1,827 milliards d'euros soit une progression de 7,4 % par rapport à 2008. Une partie de cette hausse peut être attribuée à la nouvelle version (V11) de la T2A entrée en vigueur au 1er mars 2009 pour les établissements MCO.

Les **dépenses des cliniques privées** augmentent de +3,6 % à fin décembre 2009 par rapport à la même période en 2008.

S'agissant des **établissements de santé du secteur public**, le taux de croissance des versements réalisés sur 2009 est de +7,8 % en Bourgogne.

⁵ Source : CNAMTS, données Régime général 2008, établissements ex DG MCO

Les versements pour les **établissements médico-sociaux** sont en très nette progression en Bourgogne : +8,5 %. La grande partie de cette hausse est imputable à l'intégration des dispositifs médicaux dans les forfaits « soins ».

Dépenses remboursées par type d'établissement de santé en 2010
Évolution comparée par rapport à 2009

PRESTATIONS	Total 2010	Total 2009	Évolution
Objectif de dépenses méd.-chir.-obst. (ODMCO) secteur public	767 947 703	774 002 517	-0,8 %
Dotations annuelles de financement des MIGAC secteur public	127 412 304	146 043 631	-12,8 %
TOTAL DAF et autres versements du secteur public	273 064 635	278 659 381	-2,0 %
Public	1 168 424 641	1 198 705 529	-2,5 %
Objectif de dépenses méd.-chir.-obst. (ODMCO) secteur privé	197 323 176	194 465 084	1,5 %
Dotations annuelles de financement des MIGAC secteur privé	462 144	1 106 513	-58,2 %
OQN psychiatrie et soins de suite et de réadapt. (secteur privé)	55 269 314	52 092 832	6,1 %
Autres versements secteur privé	608 352	713 314	-14,7 %
Privé	253 662 986	248 377 742	2,1 %
TOTAL Enfance inadaptée	138 718 591	124 506 686	11,4 %
TOTAL Adultes handicapés	46 884 067	50 625 614	-7,4 %
Personnes âgées	219 386 308	205 153 759	6,9 %
Médico-social	404 988 965	380 286 059	6,5 %
Total ÉTABLISSEMENT	1 827 076 592	1 827 369 330	0,0 %

Source : CNAMTS (régime général y compris sections locales mutualistes) – exploitation Cellule de coordination régionale GDR Bourgogne

L'essentiel des dépenses remboursées pour les hôpitaux publics et les cliniques privées relèvent de la T2A : 65 % pour les hôpitaux publics et 79 % pour les privés.

/// **Explication sur l'évolution de l'OQN psychiatrie et SSR**

Répartition des dépenses OQN entre psychiatrie et SSR

PSY : 17 %	SSR : 83 %
------------	------------

À noter que les dépenses relatives aux soins de suite et de réadaptation (SSR) et à la psychiatrie, progressent fortement : +22.8 % en 2009. Cette évolution s'explique en partie par :

- les changements d'enveloppes : passage de l'enveloppe ex-Dotation globale (DG) publique
- à l'enveloppe ex Objectif Quantifié National (OQN) privé.
- le démarrage de nouvelles activités de SSR fin 2008
- l'extension de nouvelles activités en SSR fin d'année 2008
- les changements de tarification début 2009.

Concernant les établissements médico-sociaux, plus de la moitié des dépenses proviennent des établissements pour personnes âgées. Ce poste progresse fortement (+15,7 %), du fait de l'intégration des dispositifs médicaux dans les forfaits soins des EHPAD.

3 Organisation et méthodologie

3.1 Organisation au sein de la région

3.1.1 La Commission Régionale de Gestion du Risque et la contractualisation

Cf supra (§ 1.4).

Le Décret n° 2010-515, paru au Journal officiel du 20 mai 2010, relatif au PRGDR précise que :

- Le DGARS prépare, arrête et évalue le programme pluriannuel régional de gestion du risque.
- Il en organise et en suit l'exécution.
- Il en évalue les résultats.

La préparation, le suivi et l'évaluation du PRGDR sont effectués dans le cadre d'une Commission régionale de GDR présidée par le DGARS et composée du représentant, au niveau régional, de chaque organisme d'Assurance Maladie dont la Caisse nationale est membre de l'UNCAM ainsi que les Directeurs des organismes et services d'assurance maladie signataires du contrat prévu à l'Art. L1434-14 du code de la santé publique.

La Commission régionale de gestion du risque se réunit :

- **soit en formation plénière** : elle rassemble tous les Directeurs des organismes et services d'Assurance Maladie signataires du contrat prévu à l'art. L 1434-14 du Code de la santé publique pour préparer, suivre et évaluer le PRGDR
- **soit en formation restreinte** : elle se compose du Directeur coordonnateur de la GDR du régime général, du Directeur régional de la MSA, du Directeur du RSI pour préparer les actions régionales complémentaires ; Un représentant des organismes complémentaires d'Assurance Maladie, désigné par l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie peut participer le cas échéant aux travaux de la commission.

L'ARS assure le secrétariat des commissions (convocation, relevé de décisions...).

La Commission se réunit en formation plénière à minima une fois par an. Elle donne un avis sur le PRGDR et ses avenants annuels le cas échéant proposés par la commission réunie en formation restreinte, et entérine le bilan annuel de mise en œuvre des contrats signés avec chaque organisme d'Assurance Maladie.

En formation restreinte, elle propose le contenu du PRGDR, et ses avenants annuels, à la Commission réunie en formation plénière ; elle valide les plans d'actions ; elle assure le suivi des projets ; elle décide, si nécessaire, de la mise en place de groupes de travail spécifiques.

Une équipe projet est constituée. Elle est composée de représentants de l'ARS et du régime général.

Cette équipe projet se réunit régulièrement. Elle n'a pas de pouvoir de décision, mais elle est force de proposition pour la Commission. Elle propose et prépare l'ordre du jour des Commissions. Elle détermine les modalités et s'assure du suivi des actions intégrées au PRGDR.

Ces modalités de suivi intègrent :

- les objectifs régionaux et nationaux,
- les indicateurs de suivi des objectifs et le mode d'évaluation des résultats,
- les modalités de pilotage de l'action,
- le détail et le calendrier des actions mises en œuvre,
- les modalités et conditions de suivi.

Elle réalise un bilan annuel soumis à validation de la commission plénière. Toute action non inscrite au PRGDR fait l'objet d'une information réciproque.

3.2 Les dix programmes prioritaires de gestion du risque

Le Conseil national de pilotage des ARS a arrêté lors sa séance du 9 juillet 2010 les priorités de gestion du risque des ARS pour 2010 et 2011. Elles s'inscrivent dans le cadre défini par le contrat État/UNCAM et sont pleinement cohérentes avec les objectifs fixés dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des ARS.

Dix priorités en matière de gestion du risque axées sur le développement de modes de prise en charge plus souples, mieux coordonnés et plus efficaces ont été définies.

- Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital
- La prise en charge de l'IRC
- La liste en sus
- Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville
- L'imagerie médicale
- La chirurgie ambulatoire
- L'efficacité des EHPAD
- Les prescriptions dans les EHPAD
- Les SSR
- La PDS ambulatoire et les urgences

3.2.1 Le programme de régulation de la progression des dépenses de Transports prescrits par les établissements de santé

Le programme Transports a pour objectif d'une part la régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en hôpital et d'autre part la redéfinition du modèle d'organisation du transport de malade (en développant notamment le transport partagé). Pour ce faire, les principaux leviers identifiés portent sur le dispositif de contractualisation avec les établissements et l'identification des pratiques de prescriptions non conformes.

3.2.1.1 Rappel des objectifs du programme ⁶

Le contexte lié aux transports justifie cette priorité dans le cadre de la gestion du risque confié aux ARS.

/// Quelques chiffres repères au niveau national :

- 67 millions de transports sont prescrits chaque année (à 37 % par des médecins libéraux et à 63 % par les établissements de santé et médico-sociaux) pour 5,1 millions de personnes transportées en 2009 (tous régimes confondus)
- Ces transports sont répartis entre 42 % d'ambulances, 23 % de VSL et 31 % de taxis (4 % autres) ce qui représentent au niveau national 3 258 millions d'euros de dépenses remboursables, tous régimes pour 2009.
- L'analyse des dépenses de transport montre une augmentation de 7,2 % en valeur pour l'année 2009 s'expliquant à 4,2 % par des hausses tarifaires et 3 % par l'évolution en volume.

Au-delà des actions organisationnelles et de régulation financière, le programme Transports vise à mieux cibler les dépenses en fonction des besoins strictement justifiés par l'état de santé des patients.

/// Le programme « GDR transports » comporte des objectifs de 3 niveaux :

- une meilleure connaissance de la prescription hospitalière de transports de malades,
- une démarche contractuelle de régulation des dépenses,
- le développement de nouveaux modes d'organisation.

/// Les objectifs à atteindre sont :

- Le ciblage et la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs,
- La mise en œuvre d'une démarche contractuelle avec les Établissements de santé de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement,
- Le développement de nouvelles modalités d'organisation des transports.

⁶ Instruction relative à la priorité de gestion du risque pour les transports de Patients du 17/12/2010

3.2.1.2 État des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Évolution des dépenses de transports ⁷

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Montant versé	18 531 641	15 834 276	24 917 841	20 913 327	80 197 085
Évolution 2010/2009	+2,6 %	+5,0 %	+5,6 %	+3,1 %	+4,1 %
Objectif	+2,7 %	+1,6 %	+3,2 %	+3,4 %	+2,8 %

Source : CNAMTS – exploitation CCR GDRF-2010

Près des ¾ des prescriptions de transports sont réalisés par des médecins des établissements : en Bourgogne, ce sont 57,2 millions d'euros de transports de malades prescrits par les établissements, 12,6 millions d'euros par les spécialistes libéraux et 10,3 millions d'euros par les généralistes.

Les montants prescrits par des établissements dans la Nièvre et en Saône-et-Loire ont augmenté à un rythme soutenu en 2010 par rapport à 2009 : respectivement +5,3 % et +7,3 %. Les montants prescrits par des médecins généralistes, qui représentent 13 % des prescriptions de transports remboursés, ont progressé partout en Bourgogne. Les spécialistes de Côte-d'Or ont prescrit plus de transports en 2010 qu'en 2009.

		Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
omnipraticiens	Mont	2 354 116 €	2 540 707 €	2 454 853 €	2 953 377 €	10 303 053 €
	évol	+4,8 %	+7,8 %	+5,0 %	+8,3 %	+6,6 %
spécialistes libéraux	mont	2 491 820 €	2 711 096 €	3 935 251 €	3 500 630 €	12 638 796 €
	évol	+3,3 %	+1,2 %	-1,5 %	+1,5 %	+0,8 %
établissements	mont	13 678 012 €	10 577 229 €	18 521 101 €	14 454 709 €	57 231 050 €
	évol	+2,1 %	+5,3 %	+7,3 %	+2,5 %	+4,4 %
autres	mont	7 694 €	5 244 €	6 637 €	4 611 €	24 185 €
	évol	-19,4 %	+61,4 %	-11,0 %	-15,6 %	-5,9 %
Total prescripteurs	mont	18 531 641 €	15 834 276 €	24 917 841 €	20 913 327 €	80 197 085 €
	évol	+2,6 %	+5,0 %	+5,6 %	+3,1 %	+4,1 %

La moitié des transports est réalisée en taxis : 35,8 millions d'euros en Bourgogne.

L'autre moitié se répartit de la façon suivante : 23,2 millions d'euros pour des transports en ambulance, 18,1 millions pour des transports en VSL et 3,1 millions d'€ pour des transports en véhicules particulier ou en transports en commun.

3.2.1.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Le ciblage et la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérer les établissements sur-prescripteurs : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Suivre régulièrement l'évolution des dépenses des prescriptions de transport ➤ Identifier avec l'assurance maladie, les établissements déviants sur la base des informations transmises par le niveau national (les établissements au-delà du taux national prévisionnel d'évolution des dépenses de frais de transport, dès la parution de l'arrêté). ▪ Sensibiliser les établissements ciblés : Organiser, avec l'assurance maladie, une réunion préalable d'information générale aux établissements afin de leur présenter les différents contrats et leurs modalités de mise en œuvre.

⁷ Publication de l'Assurance maladie en Bourgogne, Collection « La santé en actions », n° 1, « Gestion du risque : bilan 2010 en Bourgogne »

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<p>La mise en œuvre d'une démarche contractuelle avec les Établissements de santé de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner les établissements : envoyer un courrier à chacun des établissements ciblés les informant de la démarche et de leur prescription, visiter les établissements ciblés. ▪ Contractualiser avec ces établissements à l'aide du guide d'analyse méthodologique et des chiffrages fournis par la CNAMTS, à partir d'un contrat type national proposé par la DSS. ▪ Évaluer annuellement les contrats (les taux d'évolution des dépenses de transports, les dépenses évitées, les économies réalisées, les pénalités...).
<p>Le développement de nouvelles modalités d'organisation des transports</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier de nouveaux modèles d'organisation de transports au sein des établissements sur la base d'un cahier des charges enrichi des expériences existantes ou en cours repérées par les ARS. ▪ Mettre en œuvre des nouveaux modes d'expérimentation visant à centraliser les demandes de transport au niveau de l'établissement, à privilégier le partage du transport si cela est compatible avec l'état du patient : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier des établissements candidats, ➤ Accompagner les établissements expérimentateurs : suivi du déroulement des expérimentations avec des points d'étape réguliers.

3.2.1.4 Évaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'État et l'ARS.

L'indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est le « Taux d'évolution des dépenses de transports prescrits à l'hôpital ».

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- Nombre d'établissements cibles ayant participé à la réunion préalable d'information générale.
- Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat.
- Nombre d'expérimentations mises en place.

3.2.1.5 État d'avancement au 15 septembre 2011

Le ciblage des établissements pouvant se voir proposer un contrat au vu de l'évolution de leurs prescriptions sur la base des informations transmises par le niveau national a été réalisé avec l'assurance maladie (les établissements au-delà du taux national prévisionnel d'évolution des dépenses de frais de transport, dès la parution de l'arrêté) :

Avant l'envoi des données CNAMTS le 30 juin 2011 : **12 établissements ciblés.**

Après l'envoi des données de la CNAMTS le 30 juin : **13 établissements ciblés.**

Les profils 2010 ont été transmis aux établissements lors des visites des CPAM, ainsi que les informations complémentaires sur la période de référence.

L'ensemble des données tant sur l'année que sur la période ont été utilisées pour fixer les objectifs à atteindre. Le détail et l'évolution des dépenses par type de transport ont été analysés au regard de l'activité de l'établissement. Ces éléments ont permis de déterminer les leviers d'économies.

Transports	Cote d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Nombre de contrats proposés	4	1	3		8
Nombre de contrats signés	0	0	0		0
Nombre de contrats signés avant le 1/08/2011	0	0	0		0
Nombre de contrats ayant fait l'objet d'un refus de signature	3		1		4
Nombre de contrats ayant fait l'objet d'une position d'attente	0	1			1
Nombre de contrats en attente de signature	1				1

3.2.2 Le programme de prise en charge de l'IRC

Le programme vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT via (1) la diffusion des recommandations nationales existantes, (2) l'amélioration des organisations de prise en charge (notamment freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre, particulièrement DP) et (3) le développement de la greffe rénale.

3.2.2.1 Rappel des objectifs du programme⁸



L'IRC est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale* et 68 000 une IRC terminale (dont 55 % traités en dialyse et 45 % ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47 % des nouveaux cas. Les experts estiment que 10 % des IRC terminales pourraient être évitées et que 30 % d'entre-elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

Parmi les types de stratégies de traitement existantes, la dialyse péritonéale (DP) est sous-utilisée en France :

7,2 % des dialysés (rapport REIN 2008) contre 15 % pour les autres pays de l'OCDE, avec une variation très importante d'une région à l'autre (2 à 19 % selon le rapport REIN 2008 ; 3 à 25 % selon les données CNAMTS 2007), sans justification médicale évidente. Le bénéfice individuel attendu (survie, qualité de vie, insertion sociale) est le premier critère de décision. À bénéfice individuel attendu identique, le moindre coût doit être recherché. L'hémodialyse (HD) en unité de dialyse médicalisée (UDM) doit continuer à se développer. La similarité des profils des malades (âge, comorbidités) en DP assistée et en HD en centre laisse penser qu'un nombre non négligeable de malades débutant par une HD en centre pourrait être redistribués vers la DP assistée. Le développement de la DPA autonome et de l'autodialyse peut être envisagé dans les régions en pénurie d'organe.

La greffe rénale est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, et le plus favorable en quantité et en qualité de vie. Une greffe rénale supplémentaire épargne environ 15 années de dialyse. Aucune filière de soin ne présente des possibilités de maîtrise des risques aussi importantes car la pénurie d'organes n'est pas une fatalité. Les moyens investis dans le prélèvement ces dix dernières années ont permis de passer de 1 882 greffes rénales en 1998 à près de 2 937 en 2008. En 2009, le nombre de greffes rénales est en déclin sensible (2 826 contre 2 937 en 2008), tout comme le don d'organes, et les durées d'attente continuent à s'allonger. Le nombre de patients en attente d'un rein augmente de 5 % par an. Les leviers de lutte contre la pénurie sont connus : recours à de nouveaux types de greffons, prélevés sur des donneurs vivants et sur des donneurs décédés suite à un arrêt cardiaque ; diminution du taux de refus de don (30 % en France contre 15 % en Espagne). Par ailleurs, les indicateurs d'activité de transplantation rénale montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre (rapport REIN 2008). 50 % des malades dialysés de moins de 60 ans ne sont pas inscrits ou en cours d'inscription 15 mois après la mise en dialyse.

La priorité en matière de gestion du risque concernant l'IRCT en région vise à **améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge** de l'IRC, via :

- La diffusion des recommandations médicale existantes, en l'attente des résultats de l'évaluation médico-économique en cours par la HAS.
- L'analyse et la levée des freins organisationnels au développement de la dialyse, notamment hors centre de dialyse péritonéale.
- Le développement de la greffe rénale.

⁸ Instruction relative à la priorité de gestion du risque IRCT du 17/12/2010

/// **Les objectifs à atteindre sont :**

- Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC, encourager les méthodes permettant de ralentir la progression de la maladie rénale,
- Promouvoir le développement de stratégies de traitement coût les plus efficaces,
- Promouvoir la réalisation de greffes rénales.

3.2.2.2 État des lieux régional et diagnostic (Extrait du volet IRC du SROS – PRS 2011-2016)

👉 **Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins en 2010**

Activité des centres de dialyse	Nombre de structures	Nombre de patients
Centres d'hémodialyse	7	409
Unité de dialyse médicalisée	9	276
Autodialyse	10	71
Dialyse péritonéale	4	142

👉 **Caractéristiques territoriales**

Territoires de santé	Centre	UDM	Autodialyse	Dialyse péritonéale
Côte-d'Or	111	97	17	52
Nièvre	88	24	20	15
Saône-et-Loire	97	94	26	49
Yonne	113	61	8	26
Total sur la Bourgogne	409	276	72	142

L'hémodialyse à domicile n'est pas recensée dans ce tableau, car trop marginale, néanmoins la possibilité de ce type de prise en charge est réalisable sur chaque territoire. Au total, chaque territoire de santé dispose de toutes les modalités de prise en charge. 7 équipes de néphrologues sont basées dans les centres d'hémodialyse; il en est de même pour l'UDM de la clinique de Talant à DIJON.

👉 **Greffe rénale**

	2008	2009	2010
Patients bourguignons greffés à Dijon	22	41	32
Patients bourguignons greffés hors Dijon	38	21	26

Le CHU de Dijon est le seul centre autorisé de Bourgogne pour la greffe rénale. Son activité subit des fluctuations comme tous les centres greffeurs de France. Son activité doit être maintenue et confortée. De plus les délais d'attente à Dijon sont inférieurs à ceux des centres d'Ile de France ou de Rhône-Alpes.

3.2.2.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC, encourager les méthodes permettant de ralentir la progression de la maladie rénale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diffusion en lien avec l'Assurance maladie de recommandations relatives à l'IRC : <ul style="list-style-type: none"> ➤ un message à destination des médecins généralistes concernant la dépistage et la prévention de l'IRC chez les patients diabétiques. ➤ un message à destination des néphrologues concernant les indications de la dialyse péritonéale et/ou les résultats de l'évaluation médico-économique concernant les stratégies de prise en charge de l'IRCT.

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Promouvoir le développement de stratégies de traitement coût les plus efficaces	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les pratiques régionales : réaliser un état des lieux et un diagnostic partagé en région. ▪ Élaborer un plan d'action régional visant à favoriser la prise en charge la plus efficace (greffe ou dialyse à domicile).
Promouvoir la réalisation de greffes rénales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer la greffe rénale en région Bourgogne dans le cadre du SROS et conformément au Schéma interrégional de l'organisation des soins (SROS Est).

3.2.2.4 Évaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'État et l'ARS.

L'indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est la « Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés ».

/// Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- Part de patients pris en charge hors centre d'hémodialyse.
- Part des patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage créatinine et d'une albuminurie.
- Délais sur la liste d'attente de greffe.

/// Les indicateurs d'impact qui seront suivis dans le cadre du volet IRC du SROS – PRS 2011-2016 sont :

Objectif général du SROS	Libellé de l'indicateur d'impact
Développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement de l'IRC	Nbre de sites assurant le dépistage précoce de l'IRC
Améliorer l'accès aux soins de néphrologie	Nombre de contrats de coopération entre professionnels de santé conclus dans la région
Permettre une prise en charge de l'IRC diversifiée et prenant en compte les souhaits des patients	Part des patients traités par DP/part des patients dialysés

3.2.2.5 État d'avancement au 15 septembre 2011

➤ **Le diagnostic partagé en région sur l'IRCT et la concertation :**

La Bourgogne a choisi de lier l'état des lieux GDR IRC avec la révision du SROS IRC dans le cadre du PRS 2011-2016, au travers d'une démarche de diagnostic partagé se concrétisant par l'organisation de réunions de concertation afin de mener des réflexions sur le contenu du SROS IRC en termes d'évolution du nombre de structures, d'évolution de la capacité des structures.....

Les responsables des centres de traitement de l'insuffisance rénale, le plus souvent chef de service de néphrologie du centre hospitalier du site pivot du territoire, étaient conviés, ainsi que l'administration de ces structures.

Toutes les équipes de néphrologie ont été représentées. Le responsable médical du REIN en Bourgogne a été invité en son titre propre.

Le document de synthèse exposant la méthode utilisée, le bilan de l'état des lieux et les principaux éléments du diagnostic partagé a été envoyé au SG le 14/04/2011.

➤ **Les messages DAM à destination des médecins généralistes :**

Cette action ne sera pas déployée en 2011.

3.2.3 Le programme de régulation des dépenses des médicaments et DMI de la Liste en sus

La régulation des dépenses de santé de la liste en sus a pour objectif de :

- favoriser un usage efficient des dispositifs concernés,
- prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS (notamment les RBU).

3.2.3.1 Rappel des objectifs du programme⁹

La maîtrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé – spécialités pharmaceutiques, produits et prestations – financés en sus des prestations d'hospitalisation, demeure une priorité ministérielle compte tenu des enjeux financiers associés.

En effet, ces dépenses pour 2009 se sont élevées à plus de 4 Md€ (toutes catégories d'établissements confondues) dont environ 2,5 Md€ pour les médicaments et 1,5 Md€ pour les dispositifs médicaux implantables (DMI) soit une progression globale de +5,2 % par rapport à 2008, les DMI ayant un taux de progression supérieur à celui des médicaments.

En 2010, cette progression devrait certes mécaniquement s'avérer moindre, en moyenne, du fait de la réintégration de certains produits de santé dans les GHS (qui représente un peu plus de 5 % des dépenses de médicaments en sus) et de l'atténuation des effets de retard de transmission des fichiers de produits facturés en sus par les établissements. Néanmoins en terme économique, ces phénomènes n'ont pas le même effet atténuateur, puisque la réintégration dans les GHS de certains produits a conduit à une augmentation des tarifs des GHS en contrepartie.

Ainsi, il reste toujours essentiel d'agir sur la maîtrise des dépenses de produits de santé en sus et ce d'autant que de nombreux établissements connaissent encore une forte croissance de dépenses.

En outre, le plan Cancer 2009-2013 prévoit (mesure 21) « de garantir un égal accès au traitement et aux innovations », ce qui implique une utilisation des molécules anticancéreuses conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Pour l'application de cette mesure, l'Inca, dans son rapport relatif à la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009 (annexe 4), propose des modalités de mise en œuvre du contrôle du respect des référentiels.

Un plan national a été mis en œuvre en 2009, comportant une forte dimension locale au travers de la conduite d'actions de contrôle des contrats de bon usage et de la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale (art 47-I de la LFSS pour 2009). Au-delà de la récupération d'indus issue des contrôles, le cadre général est centré en 2010 sur la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

La régulation est destinée à favoriser un usage efficient des dispositifs en sus et aussi à prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS (notamment les RBU).

Elle repose au premier chef sur un dialogue constructif entre l'ARS et l'établissement de santé en vue d'améliorer ses pratiques de prescriptions hospitalières, en favorisant le développement des processus pertinents internes à l'hôpital, l'outil de référence, à cet effet, étant le plan d'actions.

/// Les objectifs du programme sont donc :

- Opérer un suivi préventif, destiné à identifier en amont les établissements gros prescripteurs et analyser, en lien avec l'établissement, l'origine de cette croissance (lors de la phase 1 « Ciblage des établissements »)
- Identifier les causes des progressions constatées (lors de la phase 2 « Détection des pratiques de prescription non conformes aux référentiels de bon usage [RBU] »)
- Réaliser un plan d'actions destiné à améliorer les pratiques de prescription (lors de la phase 3 « Conclusion d'un plan d'actions »)

⁹ Instruction relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus/du 12/11/2010

3.2.3.2 État des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

L'OMEDIT (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques) de Bourgogne réalise de façon régulière une évaluation quantitative des consommations de molécules hors Groupement Homogène de Séjours (GHS) et des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) de façon globale, par établissements, par classes thérapeutiques ou familles de DMI et par spécialités.

Nombre total d'établissements de santé relevant de l'ARS

	2009	2010
CHU	1	1
EPIC (ex PSPH)	1	1
CLCC	1	1
CH	20	20
Privé MCO	15	15
Structure HAD privée autonome	1	1
Structure dialyse privée autonome	1	1
Total	40	40

Montant total des dépenses au titre des produits de santé de la liste en sus

en €	2009		
	médicaments	DMI	Ensemble
CHU	11 803 385	7 417 811	19 221 196
EPIC (ex PSPH)	2 422 492	890 554	3 313 047
CLCC	9 854 938	59 552	9 914 489
CH	23 612 878	10 916 489	34 529 367
Privé MCO	21 977 328	20 227 674	42 205 002
Structure HAD privée autonome	0	0	0
Structure dialyse privée autonome	0	0	0
Total	69 671 021	39 512 080	109 183 101

Les évolutions des produits hors GHS en 2009 pour la région Bourgogne ont été de +1 % et se sont réparties en 0 % d'évolution pour les médicaments et +3 % pour les DMI.

3.2.3.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Cibler les établissements gros prescripteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les établissements gros prescripteurs et analyser, en lien avec l'établissement, l'origine de cette croissance <ul style="list-style-type: none"> ➤ suivre en particulier en 2010 les établissements dont le taux d'évolution des dépenses des listes en sus est supérieur au taux national de 8 %, ainsi que ceux ayant un historique d'évolution des dépenses générant un montant financier important, à l'échelle régionale, au titre des prescriptions et notamment sur les molécules et DMI traceurs. ➤ le ciblage s'effectue sous l'autorité de l'ARS et prendra appui sur l'expertise de l'OMEDIT et de l'Assurance Maladie.

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Identifier les causes des progressions constatées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser des contrôles dans les établissements ciblés, afin d'identifier si la progression des dépenses résulte de pratiques de prescription non conformes (analyse de dossiers patients). L'assurance maladie et l'ARS sont chargées de diligenter ensemble les contrôles nécessaires.
Réaliser un plan d'actions destiné à améliorer les pratiques de prescription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conclure un plan d'action dès lors qu'il s'avère que la progression des dépenses résulte de pratiques de prescriptions non conformes aux RBU et aux recommandations des agences sanitaires. ▪ Assurer un suivi des établissements sous plan d'action et des indicateurs clés accessibles (en particulier les dépenses sur la liste en sus)

3.2.3.4 Évaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'État et l'ARS.

Deux indicateurs **composites CPOM retenus pour 2011** :

- Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation
- Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation

/// **Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :**

- Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle

3.2.3.5 État d'avancement au 15 septembre 2011

👉 **Contrôle des dossiers patients :**

2 établissements ont été ciblés : le CHU et la clinique DREVON, à Dijon.

Les contrôles auront lieu en octobre 2011.

👉 **Taux de conclusion de plans d'actions :**

Pas de plans d'actions conclu car les contrôles n'ont pas encore eu lieu.

👉 **Remise par les ARS au ministère (DSS – DGOS) d'un bilan définitif des actions locales :**

Le bilan des actions locales pour la région Bourgogne a été transmis à la DGOS et DSS le 29/06/2011.

3.2.4 Le programme de régulation de la progression des dépenses de Prescription hospitalières Médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV)

L'objectif du programme PHMEV est l'amélioration de la régulation des dépenses de PHMEV en s'appuyant sur l'identification puis la contractualisation avec les établissements ciblés, caractérisés par un non-respect des bonnes pratiques et des évolutions importantes de leurs dépenses.

3.2.4.1 Rappel des objectifs du programme¹⁰

Les dépenses de prescriptions hospitalières en ville du régime général représentent 7,9 Md€ en 2008 soit 19,6 % de l'ensemble des prescriptions remboursées en ville. Entre 2007 et 2008 ces dépenses ont augmenté de +5,5 %. Près de la moitié de la progression provient des dépenses de pharmacie.

Structurellement les prescriptions hospitalières de médicaments ont une croissance plus dynamique que celle de la ville, car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (VIH, cancer, hépatite, sclérose en plaque, etc.) dont les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes.

¹⁰ Instruction relative à la relative à la mise en œuvre des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en Ville du XX/XX/2010

En 2009, les prescriptions de médicaments des médecins hospitaliers exécutées en ville représentent 28 % du poste médicament sur l'enveloppe de soins de ville (22 % délivrées en officine et 6 % en rétrocession), avec une croissance supérieure à la moyenne (7 % entre 2008 et 2009). À eux seuls ils représentent 68 % de la croissance du poste.

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers pour les malades non hospitalisés (prescriptions de sortie d'hôpital, de consultations externes et des services d'urgence), délivrées soit par les pharmacies d'officine, soit par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé dans le cadre de la rétrocession.

Bien que plusieurs facteurs structurels (type de molécules prescrites, baisse de prix et inscription au répertoire des génériques concentrées sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées des séjours et augmentation des besoins de soins prescrits) expliquent cette évolution, elle doit néanmoins rester soutenable par la collectivité

Les prescriptions hospitalières en ville, pour les établissements anciennement sous dotation globale, représentent 3,4 milliards d'euros de dépenses pour l'assurance maladie (tous régimes).

Près de 60 % des prescriptions hospitalières en ville (hors rétrocession) concernent des médicaments de spécialités, se répartissant principalement entre traitement du cancer, du VIH et des hépatites, EPO, traitement de la polyarthrite et immunosuppresseurs

Les médicaments de pathologies chroniques arrivent loin derrière avec 16 % des prescriptions ; parmi elles, les anti-agrégants plaquettaires (AAP) représentent 25 % de la dépense, les anti-hypertenseurs 19 %, les anti-diabétiques, 17 % et les anti-asthmatiques 15 %. Enfin, 70 % des dépenses de médicaments de psychiatrie sont des anti-psychotiques.

Dans le total des prescriptions délivrées en officine, la part des hospitaliers est très variable selon les classes. Elle est naturellement plus importante pour les médicaments de spécialités, mais même au sein de cette dernière les disparités sont importantes. Ainsi, 76 % des médicaments du VIH et de l'hépatite sont prescrits par des hospitaliers (sans compter la rétrocession), 82 % des immunosuppresseurs, 84 % des hormones de croissance et 70 % des EPO. En revanche, les prescriptions de médicaments anti-cancéreux délivrés en officines émanent des hôpitaux publics dans seulement 54 % des cas tout comme pour la polyarthrite rhumatoïde (52 %). Parmi les pathologies chroniques, les AAP sont prescrits dans 17 % des cas par des hospitaliers alors que c'est le cas pour seulement 5 % des anti-hypertenseurs.

Le programme, portant sur les Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville (PHMEV), vise à réguler l'évolution des dépenses de ces prescriptions, qui représentent un enjeu financier de 6 Md€, avec une progression rapide puisque les 2/3 de la croissance de toutes les dépenses médicamenteuses de ville sont liés à ces prescriptions.

Pour parvenir à l'objectif de 60 millions d'euros d'économie sur ce poste dès 2011, quatre actions ont été retenues :

- Fixer un taux national d'évolution des dépenses de PHMEV.
- Développer l'accompagnement et la contractualisation avec les établissements dont le taux d'évolution des dépenses PHMEV est supérieur au taux national.
- Permettre l'identification des prescripteurs hospitaliers et adapter l'accompagnement et la contractualisation à ces nouvelles données.
- Favoriser la diffusion des Logiciels d'Aide à la Prescription médicamenteuse (LAP).

3.2.4.2 État des lieux régional et diagnostic (Synthèse)¹¹

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville représentent environ un quart des dépenses liées aux prescriptions. Ces prescriptions ont une croissance nettement plus dynamique que celle des prescripteurs libéraux. De plus, les traitements initiés à l'hôpital se poursuivent ensuite en ville : l'hôpital a un rôle important en termes d'initiation des pratiques.

Malgré les actions conduites, par l'Assurance Maladie, ces dernières années, en partenariat avec les établissements, la croissance des prescriptions hospitalières reste dynamique.

11 Publication de l'Assurance maladie en Bourgogne, Collection « La santé en actions », n° 1, « Gestion du risque : bilan 2010 en Bourgogne »

Les résultats du 1er semestre 2010 étaient les suivants en Bourgogne :

	Mt des prescriptions extra-hospit. 1er sem 2010	Mt des prescriptions extra-hospit. 1er sem 2009	Evolution 1er sem 2010 / 1er sem 2009	Rappel évolution 2009/2008	Rappel évolution 2008/2007	Rappel évolution 2007/2006
Côte-d'Or	43 548 020 €	39 708 327 €	+9,7 %	+9,8 %	+4,6 %	+10,5 %
Nièvre	10 218 914 €	10 070 570 €	+1,5 %	+1,8 %	+11,9 %	+6,8 %
Saône-et-Loire	21 077 063 €	19 138 473 €	+10,1 %	+9,1 %	+5,3 %	+13,5 %
Yonne	18 414 552 €	17 824 535 €	+3,3 %	+2,6 %	+4,9 %	+7,4 %
Bourgogne	93 258 549 €	86 741 905 €	+7,5 %	+7,2 %	+5,7 %	+10,1 %

Source : Données CNAMTS, exploitation CCR GDR F – 2010

3.2.4.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Le ciblage et la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérer les établissements sur-prescripteurs : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Suivre régulièrement l'évolution des dépenses des prescriptions médicamenteuses ➤ Identifier avec l'assurance maladie, les établissements déviants sur la base des informations transmises par le niveau national (les établissements au-delà du taux national arrêté). ▪ Sensibiliser les établissements ciblés : Organiser, avec l'assurance maladie, une réunion préalable d'information générale aux établissements afin de leur présenter les différents contrats et leurs modalités de mise en œuvre.
La mise en œuvre d'une démarche contractuelle avec les Établissements de santé de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner les établissements : envoyer un courrier à chacun des établissements ciblés les informant de la démarche et de leur prescription, visiter les établissements ciblés. ▪ Contractualiser avec ces établissements. ▪ Évaluer annuellement les contrats (les taux d'évolution des dépenses, les économies réalisées, les pénalités...).
Permettre l'identification des prescripteurs hospitaliers et adapter l'accompagnement à ces nouvelles données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner le développement des outils permettant l'identification des prescripteurs pour les PHMEV, en commun avec l'Assurance Maladie : <ul style="list-style-type: none"> ➤ la saisie du numéro RPPS lors de la prescription en établissements, ➤ la transmission de cette donnée par les pharmacies de ville ➤ son utilisation par les systèmes d'information de l'Assurance Maladie (AM). ▪ Diffuser les outils d'identification des prescripteurs auprès de tous les établissements et des officines.

3.2.4.4 Évaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'État et l'ARS.

L'indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est le « Taux d'évolution des dépenses de PHMEV ».

/// Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat.

3.2.4.5 État d'avancement au 15 septembre 2011

Le ciblage des établissements pouvant se voir proposer un contrat au vu de l'évolution de leurs prescriptions sur la base des informations transmises par le niveau national a été réalisé avec l'assurance maladie

- Avant l'envoi des données CNAMTS le 30 juin 2011 : **9 établissements ciblés.**
- Après l'envoi des données de la CNAMTS le 30 juin : **11 établissements ciblés.**

PHMEV	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Nombre de contrats proposés	4		2		6
Nombre de contrats signés					
Nombre de contrats signés avant le 1/08/2011	0	0	0	0	0
Nombre de contrats ayant fait l'objet d'un refus de signature	3		1		4
Nombre de contrats ayant fait l'objet d'une position d'attente	1				1

3.2.5 Le programme Imagerie médicale

3.2.5.1 Rappel des objectifs du programme ¹²

Le développement d'une imagerie médicale efficiente constitue une priorité nationale partagée par l'Assurance Maladie et le Ministère de l'emploi, du travail et de la santé et un des programmes prioritaires de la gestion du risque (GDR) pour les années 2010-2013.

L'efficience de l'offre en imagerie médicale implique, pour un coût soutenable, à la fois la pertinence de l'indication, l'efficacité de l'organisation de l'offre (choix et répartition des équipements, organisation des équipes...), l'accessibilité et la qualité/sécurité de l'examen.

L'imagerie médicale présente des enjeux majeurs compte tenu de sa place prépondérante et croissante dans la stratégie thérapeutique (diagnostic, adaptation des traitements et actes interventionnels), des progrès technologiques et des coûts correspondants aux examens.

/// Axe 1 : Favoriser un égal accès aux équipements lourds de la population par le développement soutenable de l'offre en équipements lourds.

Compte tenu des objectifs du plan Cancer en matière de taux d'équipement en appareils IRM, des disparités observées sur le territoire en matière de délai d'accès aux soins, de l'augmentation des indications observées sur ces modalités d'imagerie et des objectifs en matière de radioprotection, un développement de l'offre du parc des appareils IRM est attendu dans les prochaines années. Aussi, **afin de concilier amélioration de l'offre en équipements IRM et objectif de maîtrise de l'ONDAM, les ARS devront définir dans les prochaines semaines les objectifs en termes de potentialités de diversification du parc.**

En effet, le développement soutenable de l'offre en équipements IRM passe notamment par la réalisation d'une fraction des actes de remnographie sur des appareils plus efficaces pour ces indications. Les IRM plus

¹² Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque en Imagerie médicale du 27/04/2010

efficientes sont des IRM, qui pour des topographies d'examens données (ostéo articulaire et rachis), permettent de réduire sensiblement le coût de production de l'acte comparativement à une IRM polyvalente. En conséquence, la gestion du parc devra tenir compte de ces possibilités de diversification par la mobilisation de deux leviers :

- les nouvelles autorisations afin de répondre aux besoins d'installation de capacités supplémentaires
- la substitution d'appareils plus efficaces pour les indications ostéo articulaire et rachis aux appareils polyvalents lors du renouvellement des appareils, en fonction des potentialités exprimées par la typologie des actes réalisés dans la région

/// Axe 2 : Éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants par la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral d'une part, et des établissements de santé publics et assimilés (PSPH dont CLCC) d'autre part, sur les actes d'imagerie conventionnelle portant sur le crâne et/ou le massif facial quel que soit le nombre d'incidences, le thorax et l'abdomen sans préparation.

Ce plan d'accompagnement consiste à :

- déployer les recommandations de bon usage de l'imagerie standard sur les 3 topographies,
- informer les prescripteurs et les radiologues sur l'évolution des conditions de prises en charge des actes à la classification commune des actes médicaux (CCAM);

Les actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral seront conduites par l'Assurance Maladie. Les actions auprès des établissements de santé publics ciblés seront effectuées en concertation entre l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie.

3.2.5.2 État des lieux régional et diagnostic (Extrait du volet Imagerie du SROS – PRS 2011-2016)

Les Équipements IRM

	OBJECTIFS DU SROS 2008-2011	BILAN 2011
Territoire de Côte-d'Or	2 implantations avec 4 appareils sur le site pivot	4 appareils autorisés installés
Territoire de Nord Saône-et-Loire	2 implantations avec 2 appareils	2 appareils autorisés installés
Territoire du Sud Saône-et-Loire	2 implantations avec <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 appareil localisé sur le site pivot ■ 1 appareil sur le territoire dans le cadre d'une coopération formalisée entre le secteur public et le secteur privé pour l'installation et le fonctionnement de ces 2 appareils 	2 appareils autorisés installés : <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 implantation (CH MACON) ■ 1 sur le site de Paray (GIE)
Territoire de la Nièvre	1 implantation sur le site	1 appareil autorisé installé
Territoire du Nord de l'Yonne	1 implantation avec 1 appareil sur le site pivot	1 appareil autorisé installé
Territoire du Sud de l'Yonne	1 implantation avec 1 appareil	1 appareil autorisé installé

Au total 11 IRM autorisés, 11 appareils installés.

Avec 11 appareils, soit 6,7 appareils par million d'habitant, la Bourgogne apparaît comme une région sous dotée par rapport au ratio moyen national (rapport de la cour des comptes de septembre 2010).

Les IRM comptabilisent en moyenne 6 700 examens par équipement avec une utilisation de la machine moyenne de 59 h 30 hebdomadaire dont 60 % sont utilisés pour une activité privée en secteur I (SROS – PRS 2011-2016).

La reconnaissance de besoins nouveaux est envisagée compte tenu de l'évolution très rapide des technologies, des recommandations (EURATOM 97-43) des nouvelles applications d'explorations cardiaques, vasculaires de l'utilisation substitutive de l'IRM aux techniques irradiantes, de la mise en œuvre des plans nationaux (AVC, cancer).

Après analyse de l'activité des équipements Bourguignons, des délais de rendez-vous, de l'accessibilité et dans un objectif de substitution, un besoin de 8 à 9 machines supplémentaires est identifié.

Activité 2010												
Territoires de santé	Nombre d'examens Par habitant du territoire				Nombre d'examens Scanners IRM gamma caméras TEP Par équipement				Nombre d'examens total			
	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP
Côte-d'Or	0,14	0,065	0,029	0,004	11 255	8773	3171	2139	78 789	35 092	15 859	2139
Nièvre	0,15	0,028	0,016	0,005	8491	6235	1806	1229	33 966	6235	3613	1229
Saône-et-Loire	0,12	0,030	0,036	0,005	8540	5719	4019	2749	68 321	17 157	20 093	2749
Yonne	0,10	0,031	0,015	0	8617	5348	2579	0	34 471	10 697	5158	0

Source : enquête SROS 2011

On note que le nombre moyen d'examens IRM par habitant est 2 fois supérieur en Côte-d'Or comparative-ment aux 3 autres départements.

- **Points forts** : 7 IRM sur 11 sont installées dans le cadre d'un GIE, les 4 IRM restantes sont implantées sur le site référent régional.
- **Points faibles** : déficit en démographie médicale (manque d'attractivité sur certains sites) : 30 % des postes de radiologues sont vacants dans les hôpitaux publics.
- **Freins** : forte hostilité de l'ensemble des radiologues (représentants syndicaux et autres) quant aux équipements dédiés aux articulations périphériques : Peu de sociétés commerciales offrent ce type d'équipement, absence de tarification préalable, peu ou pas d'indication au regard des activités des différents équipements de la région.

3.2.5.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mener des actions de sensibilisation auprès des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral d'une part et des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif d'autre part. <p>Les actions menées auprès des médecins libéraux seront réalisées par l'Assurance Maladie.</p> <p>Les actions menées auprès des établissements de santé seront effectuées en concertation entre l'ARS et l'Assurance Maladie.</p>
Favoriser un développement soutenable des équipements lourds	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser une évaluation de la potentialité de diversification de l'offre IRM. ■ Inscrire ces objectifs de diversification dans le cadre du SROS afin de faire évoluer le parc des IRM.

3.2.5.4 Évaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'État et l'ARS.

L'indicateur composite CPOM retenu pour 2011 Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies sur les actes réalisés en consultations externes

/// Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- Transmission de l'évaluation régionale (remontée auprès de la DGOS des niveaux d'objectifs en terme de diversification du parc).
- Inscription des objectifs de diversification dans le cadre du SROS

/// Les indicateurs d'impact qui seront suivis dans le cadre du volet Imagerie du SROS – PRS 2011-2016 sont :

Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact
Améliorer l'accès aux équipements lourds en assurant le maillage du territoire et en confortant les sites de Dijon, Mâcon, Chalons, Nevers, Auxerre et Sens	Nombre de sites disposant d'un accès H24 à l'IRM (commun avec le volet neurologie)
Améliorer la qualité et la sécurité des actes d'imagerie	Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies (crâne, ASP, thorax) sur les actes réalisés en consultations externes (commun avec le PRGDR)
Améliorer l'efficacité de la prise en charge par des équipements lourds	Délais de rendez-vous IRM programmés hospitalisés et externes et selon la méthodologie ANAP

3.2.5.5 État d'avancement au 15 septembre 2011

➤ Transmission de l'évaluation de la potentialité de diversification de l'offre d'IRM :

Envoi, le 01/09/2011, à la CNAMTS et à la DGOS, de la synthèse de l'évaluation portant sur l'objectif de développement de l'IRM en Bourgogne.

➤ Planning de l'action d'accompagnement et visites AM

La planification de cette action est prévue de juillet à novembre 2011.

Les messages portent sur :

- les rappels des recommandations de l'HAS,
- l'information sur les modifications dans la CCAM des conditions de remboursement des radios du crâne, du thorax et de l'abdomen sans préparation.

Au 31 août 2011, 176 médecins généralistes et 34 radiologues ont été rencontrés par les délégués de l'Assurance Maladie sur ce thème.

3.2.6 Le programme de développement de la chirurgie ambulatoire

Le programme Chirurgie ambulatoire a pour objectif de renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble en tant que chirurgie « qualifiée et substitutive » à la chirurgie en hospitalisation à temps complet.

3.2.6.1 Rappel des objectifs du programme¹³

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une priorité nationale et constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS (2011-2016) en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète.

¹³ Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque relative à la chirurgie ambulatoire du 27/12/2010



Pratique centrée sur le patient, la chirurgie ambulatoire représente un véritable saut qualitatif de la prise en charge. Son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord pour le patient, mais aussi en termes de qualité des soins, d'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, ainsi que de satisfaction des personnels.

Les politiques mises en œuvre depuis 2003 (SROS 3, politique d'incitation tarifaire, mise sous accord préalable de la CNAMTS, outils d'analyse et organisationnels de la MEAH), ont, certes, abouti à des résultats encourageants. Toutefois, la chirurgie ambulatoire continue d'accuser un

retard en France par rapport aux autres pays de l'OCDE, et l'on observe d'importantes disparités entre les secteurs, les régions et selon les gestes.

/// **Les objectifs du programme au niveau régional sont donc :**

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble, y compris en poursuivant et amplifiant les démarches d'ores et déjà engagées de mise sous accord préalable des établissements pour certains actes ;
- Structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, en anticipant les réorganisations de l'offre globale de l'offre de soins de chirurgie qui en découlent ;
- Développer la qualité et l'efficacité des soins de chirurgie ambulatoire, en passant notamment par une liaison renforcée des établissements de santé tant avec les médecins traitants que les structures d'aval.

Cette démarche sera appuyée au niveau national par :

- La poursuite et l'intensification des mesures d'incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Une réflexion sur le développement des centres de chirurgie ambulatoire « exclusive ».

Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre d'un programme pluriannuel en cours d'élaboration, piloté par la DGOS et associant la DSS, la CNAMTS, l'ANAP, la HAS, 5 ARS, l'AFCA et les sociétés savantes.

3.2.6.2 État des lieux régional et diagnostic (Extrait du volet Chirurgie du SROS – PRS 2011-2016)

En 2009, le taux de recours bourguignon est identique au taux national (27,7 versus 27,5).

Le taux bourguignon de recours à la chirurgie ambulatoire a progressé de 1,7 point entre 2007 et 2009 (versus 3,5 pour le taux national) avec une augmentation de :

- 4 points dans l'Yonne,
- 3,6 points en Saône-et-Loire,
- 2,5 points dans la Nièvre,
- 0,4 point en Côte-d'Or.

En Bourgogne, on note qu'il existe un pool de 1,5 % des séjours chirurgicaux qui pourraient être réalisés en chirurgie ambulatoire dans une unité identifiée.

Sur la période 2007-2009, les séjours chirurgicaux en hospitalisation complète produits par les établissements bourguignons ont diminué de près de 10 % tandis que le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire augmentait de 15 %. Le volume global des séjours en chirurgie dans son ensemble reste stable sur cette même période (140 000 séjours environ).

En chirurgie ambulatoire les spécialités les plus pratiquées sont :

- l'orthopédie et la chirurgie ostéoarticulaire
- l'ophtalmologie
- l'ORL et la stomatologie.

En résumé, la chirurgie ambulatoire s'est développée depuis 2007 mais on note une stagnation de ce mode de prise en charge en Côte-d'Or qui rassemble les établissements qui produisent le plus de séjours chirurgicaux.

3.2.6.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Réaliser un état des lieux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les pratiques régionales : <ul style="list-style-type: none"> ➤ réaliser un état des lieux et un diagnostic partagé de la chirurgie ambulatoire en région : identifier les potentiels de développement ainsi que les freins et les leviers susceptibles d'être mobilisés. ➤ élaboration d'un document de synthèse
Elaboration d'un plan d'actions pour promouvoir la chirurgie ambulatoire (cf. SROS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un suivi régional de la chirurgie ambulatoire à diffuser à l'ensemble des établissements ▪ Structurer une offre de chirurgie ambulatoire suffisante et cohérente au niveau des territoires de santé ▪ Accompagner les établissements porteurs d'un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre d'un programme régional en s'appuyant sur la méthodologie de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance). ▪ Intégrer dans le cursus des internes en chirurgie un stage qui permettra de prendre en charge des patients sur le mode ambulatoire (en lien avec le coordonateur de la spécialité).
Poursuivre la politique de MSAP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cibler les établissements qui disposent du plus gros potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire ▪ Organiser des rencontres avec la Direction, les Présidents de CME et le corps médical de ces établissements pour définir des objectifs sur les gestes dans lesquels il y a le plus grand potentiel. ▪ Négocier les objectifs par établissements.

3.2.6.4 Évaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'État et l'ARS.

L'indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est le « Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs) ».

L'indicateur de suivi de la mise en œuvre pour 2011 est : « Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (toutes les chirurgies) »

L'indicateur d'impact qui sera suivi régionalement dans le cadre du volet Chirurgie du SROS est : Part de la chirurgie ambulatoire par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de chirurgie

3.2.6.5 État d'avancement au 15 septembre 2011

➤ MSAP des ES ciblés en lien avec l'AM, sur la base des 17 actes marqueurs :

Nombre d'établissements ciblés : 6 (2 ES en Côte-d'Or, 3 ES en Saône-et-Loire et 1 ES dans l'Yonne)

Nombre d'établissements sous MSAP effective : 6

5 établissements ont fait l'objet entre le 1er mars et le 31 août 2011, 1 entre le 15 mars et le 14 septembre 2011 d'une mise sous accord préalable par le Service du contrôle médical de l'AM pour la prise en charge en hospitalisation complète d'interventions pouvant être réalisées en chirurgie ambulatoire.

➤ Élaboration d'un état des lieux, d'un diagnostic partagé et d'un document de synthèse :

Un groupe de professionnels de santé (chirurgiens) et de directeurs d'établissements (publics et privés) a été constitué et s'est réuni à plusieurs reprises pour réaliser l'état des lieux et le diagnostic.

Envoi à la DGOS le 16/05/2011 du document de synthèse de l'état des lieux de la chirurgie ambulatoire en Bourgogne.

➤ **Élaboration d'un plan d'action régional relatif au développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble :**

Le plan d'actions est décliné dans le volet chirurgie du SROS.

3.2.7 Les 2 programmes EHPAD : « Efficience » et « Prescription »

3.2.7.1 Rappel des objectifs des programmes ¹⁴

/// **Rappel du contexte :**

En France, les personnes de 65 ans et plus représentent 16 % de la population française ce qui correspond à environ 40 % de la consommation de médicaments en ville. On constate une polymédication fréquente chez le sujet âgé polypathologique, ce qui entraîne un risque accru de iatrogénie : la iatrogénie serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires.

Ce secteur a connu de fortes évolutions depuis dix ans (accroissement des places, médicalisation de celles-ci). L'assurance maladie consacre aujourd'hui près de 6 Mds d'euros au financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et aura consacré à la fin de la deuxième vague de médicalisation, 1,3 Mds à renforcer les ressources des établissements afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins en soins de la population âgée (notamment les besoins en soins techniques liés à l'accroissement du caractère polypathologique du grand âge).

La gestion du risque en EHPAD est l'une des 10 priorités nationales : deux programmes sont déclinés en plan d'actions :

1. **Efficience des EHPAD**

2. **Qualité et efficience de la prescription dans les EHPAD.**

L'enjeu est aujourd'hui d'améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants auprès des résidents et l'organisation des établissements, de les doter d'outils de suivi de leurs dépenses et de leurs résidents, de poursuivre l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et de diffuser les règles de bonnes pratiques en soins.

/// **Les objectifs poursuivis sont :**

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- Élaborer et déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD ;
- Inciter à une gestion et une organisation plus efficaces de l'EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins ;
- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD ;
- Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins ;
- Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficace.

Ces actions seront menées par l'ARS qui organisera notamment des réunions infra-régionales sur les bonnes pratiques professionnelles avec les EHPAD et mettra en œuvre les outils de suivi des dépenses et de mesure de l'efficience dans ces établissements. Elle diffusera également aux EHPAD la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments.

3.2.7.2 État des lieux régional et diagnostic (extrait du SROMS – PRS 2011-2016)

/// **La Bourgogne est une région dont le vieillissement est supérieur à la moyenne nationale**

En 2006, elle se situe au 4^e rang des régions pour la proportion des plus de 75 ans dans la population totale (10.3 % contre 8.3 % au plan national). Au sein de la région, l'indice de vieillissement au 1/1/2008 distingue la Nièvre et la Saône-et-Loire nettement plus vieillissantes que la Côte-d'Or et l'Yonne.

¹⁴ Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque dans les EHPAD du 22/10/2010

Départements	Indice de vieillissement (65 ans et+ pour 100 personnes de moins de 20 ans) au 1/1/2008
Côte-d'Or	70,1
Nièvre	116,3
Saône-et-Loire	92,7
Yonne	83,9
Région	86,2
France métropole	67,3

Source : STATISS 2010

/// L'évolution de la population âgée est contrastée entre 2005 et 2025 et selon les tranches d'âges

Selon les projections de population, la Bourgogne devrait compter, en 2015, environ 186 700 habitants âgés de 75 ans et plus (soit 14 % de plus qu'en 2005), ce nombre devant se stabiliser ensuite, voire diminuer comme dans la Nièvre, et progresser très fortement à partir de 2022 (+19 % par rapport à 2005 et jusqu'à + 33 % en 2025). La progression de la population âgée de l'Yonne dépassera cependant celle de la Saône-et-Loire à partir de 2021 : dans son schéma gérontologique 2009/2014, l'Yonne, département attractif pour les retraités de la région parisienne s'attend en effet à une forte augmentation des plus de 60 ans.

À noter que si la part des personnes âgées et très âgées dans la population est et restera la plus importante dans la Nièvre et en Saône-et-Loire, c'est en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire que le nombre de personnes de 75 ans et + est le plus important en 2015 comme le montre le tableau ci-dessous.

Projection de population de 75 ans et plus et de 85 ans et plus en 2015

	Nombres de personnes de plus de 75 ans en 2015	Nombres de personnes de plus de 85 ans en 2015
Côte-d'Or 21	50 411	16 636
Nièvre 58	29 901	9 826
Saône-et-Loire 71	67 152	22 408
Yonne 89	39 205	13 152
Bourgogne	186 669	62 022

Source : INSEE (estimations de population 2009 et modèle OMPHALE scénario tendanciel) repris dans le PRIAC 2011/2013

/// Une offre d'hébergement importante

Début 2011, la Bourgogne compte 351 établissements pour personnes âgées dont 282 EHPAD. Cela représente une capacité totale de 25 414 lits dont 21 899 en EHPAD au 31/3/2011, traduite ci-dessous en taux d'équipement.

Taux d'équipement en lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus au 31/03/2011

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France métropolitaine ¹
maisons de retraite	128.59	102.76	118.48	135.87	122.30	
logements foyer	5.17	12.76	27.82	0.84	13.65	
unités de soins de longue durée	4.45	8.19	3.29	2.62	4.25	
Total	138.21	123.72	149.59	139.34	140.21	121.7
dont EHPAD	126.76	102.76	116.42	134.66	120.81	101,3

Source : Données Ars Bourgogne Dosa Organisation

1 : statiss 2010 données finess au 01.01.2009 ; données de population au 01.01.2008

3.2.7.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
1. Efficience des EHPAD	
<p>Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre le déploiement des contrats de coordination des intervenants libéraux en EHPAD (médecins et masseurs kinésithérapeutes) : contrat type visant à décrire les conditions particulières de leur intervention au sein de l'EHPAD afin d'assurer notamment la transmission d'informations, la coordination, la formation en vue d'une meilleure qualité des soins.
<p>Déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD</p>	<p>Réaliser un suivi et une analyse ciblée des dépenses de soins des EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fin 2011 : Mise en œuvre par toutes les ARS d'une première analyse des coûts sur la base d'une grille avec trois ratios et repérage des comportements atypiques appelant des actions ciblées (ARS en lien avec assurance maladie) : <ul style="list-style-type: none"> ➤ le taux d'utilisation de la dotation soins. ➤ le taux d'occupation. ➤ le temps de présence du médecin coordonnateur. ▪ À partir de 2012 : Réaliser un suivi et une analyse des dépenses des EHPAD à partir des comptes administratifs (forfaits soins) et à partir des dépenses de soins (intervenants libéraux et médicaments). Ce dispositif permettra notamment de disposer au niveau régional d'éléments de comparaison entre les EHPAD, de repérer les comportements atypiques appelant des actions ciblées (ARS en lien avec assurance maladie) ▪ Suivre les dépenses lors du passage au tarif global (surcoût macro du passage TP-> TG) afin de : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pouvoir contrôler et vérifier la pertinence du calibrage calculé. ➤ Analyser le surcoût macro, sur l'ONDAM MS, du transfert du tarif partiel au tarif global. ➤ Veiller à ne pas doubler le financement des soins lors du passage au tarif global et partager l'information entre assurance maladie et ARS. <p>Il s'agit d'identifier les données et croisements nécessaires afin de repérer les dépenses de soins rattachables aux résidents des EHPAD.</p>
<p>Mettre en place des indicateurs de qualité de la prise en charge en EHPAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collecter, en lien avec les Conseils généraux, des indicateurs de qualité et d'efficience (indicateurs reflétant à la fois la qualité de la prise en charge des personnes et l'allocation optimale des ressources en EHPAD), dès que ceux-ci seront généralisés pour : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inciter à une gestion plus efficiente des crédits de soins alloués tout en assurant un niveau de qualité de prise en charge optimal. ➤ Effectuer des comparaisons entre établissements. ➤ Généraliser des indicateurs et envisager, à plus long terme, une modulation du forfait de soins des EHPAD sur la base des résultats obtenus. <p>En attente des retours des expérimentations de l'ANESM (projet de recommandation relative à l'évaluation interne en EHPAD) et de l'ANAP (tableau de bord de pilotage interne des ESMS).</p> <p>Généralisation à partir du second semestre 2012.</p>

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
2. Qualité et efficacité de la prescription dans les EHPAD	
Renforcer et diffuser les bonnes pratiques de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser, en lien avec l'Assurance Maladie, des réunions locales d'information et d'échanges sur les bonnes pratiques de soins avec les EHPAD en vue de renforcer et diffuser les recommandations nationales et valoriser les bonnes pratiques dans les EHPAD. Ces réunions annuelles sont complétées par les visites d'accompagnement réalisées par l'Assurance Maladie.
Mettre en place un système d'informations permettant le suivi par résident des prescriptions de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir un profil de dépenses de médicaments et dispositifs médicaux par EHPAD sans PUI à partir des données par résident pour les visites d'accompagnement. ▪ Mettre en place un système d'informations portant sur : <ul style="list-style-type: none"> ➤ le ciblage des établissements ➤ l'identification des données ➤ la fréquence des remontées ➤ le circuit de saisie et de compilation des données ➤ l'analyse des données ➤ leur utilisation pour améliorer la prise en charge médicale des résidents <p>En attente : cet objectif dépend de l'évolution de l'expérimentation intégration des médicaments dans les forfaits de soins et de la généralisation de la transmission de liste de résidents.</p>
Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déployer les Contrats d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins (CAQCOS) entre les EHPAD, l'ARS et l'Assurance maladie : contrat-type sur les prescriptions des médecins dans les EHPAD et les bonnes pratiques de soins. <p>En attente Décalage de calendrier</p>
Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficiente	<p>Sur la base d'une instruction aux ARS précisant la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments et les recommandations sur lesquelles s'appuyer, il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De sensibiliser les prescripteurs à la question de l'efficacité ▪ D'aider les EHPAD à élaborer la liste préférentielle de médicaments, de façon coordonnée entre médecin coordonnateur et professionnels de santé libéraux (médecins libéraux, pharmacien référent) <p>En attente Décalage de calendrier</p>

3.2.7.4 Évaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'État et l'ARS.

/// Les indicateurs composites CPOM retenus pour 2011 sont :

- Pour le programme EHPAD Efficacité : « Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse »
- Pour le programme EHPAD Prescription : « % d'EHPAD ciblés ayant mis en œuvre un plan d'action à la suite de leur participation aux réunions d'information organisées par les ARS »

/// Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- % de PS libéraux médecins intervenant en EHPAD avec contrat
- % de médecins libéraux intervenant en EHPAD participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique
- Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques
- % d'EHPAD sans PUI ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments (décalage de calendrier)

3.2.7.5 État d'avancement au 15 septembre 2011

📌 Déploiement des contrats de coordination

Le suivi du déploiement des contrats de coordination concernant les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD a été envoyé à la DSS : le 22 juillet 2011

65 % des EHPAD de la région ont renseigné l'ARS sur le taux de PS intervenant en EHPAD avec un contrat :

- Taux de médecins libéraux intervenant en EHPAD avec un contrat : 337 /1989 (16,94 %)
- Taux de masseurs kinésithérapeutes intervenant en EHPAD avec un contrat : 117 /466 (25,11 %)

■ Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques :

Au total 600 personnes ont participé aux 4 journées « qualité » organisées dans les 4 départements bourguignons, en mai 2011, parmi lesquelles 198 EHPAD sur les 265 EHPAD de la région, soit un taux de participation des EHPAD de 75 %.

L'Assurance Maladie a par ailleurs mis en place des visites sur site auprès des EHPAD de plus de 80 lits. Au 15 août 2011, 67 EHPAD avaient été rencontrés.

3.2.8 Le programme SSR

3.2.8.1 Rappel des objectifs du programme

Entre 2007 et 2009, l'activité de SSR mesurée en nombre de journées en hospitalisation complète a augmenté de 2,53 % (dont + 6,68 % pour le secteur hors dotation globale). Sur la même période, les dépenses ont crû de 4,1 %.

Sur ce secteur les enjeux sont multiples, il s'agit de :

- harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire,
- renforcer la fluidité du parcours des patients entre MCO SSR et domicile (dont médico-social et social),
- améliorer la connaissance de l'activité et des coûts du secteur SSR via la création ou l'amélioration de tous les outils nécessaires à la mise en œuvre de la T2A (systèmes d'information par exemple).

Ce programme poursuit ainsi plusieurs objectifs :

- maîtriser l'évolution des dépenses dans le respect des taux d'évolution de l'ONDAM,
- adapter l'offre SSR aux besoins, dans le respect des référentiels HAS,
- préparer la réforme de financement (tarification à l'activité),
- mettre en œuvre la mise sous accord préalable prévue par la LFSS 2011.

Dans ce cadre, l'ARS déclinera notamment des indicateurs d'efficacité des SSR, des indicateurs de suivi des dépenses, déploiera un outil d'aide à l'orientation en SSR, promouvra le recours à des conventions entre les SSR et le secteur médico-social.

L'ARS et l'assurance maladie mettront en œuvre une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) pour les prestations de SSR pour des suites de traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'isolement social, de pathologies associées ou d'incompatibilité avec le maintien à domicile. En pratique, les établissements ciblés devront demander un accord préalable du Service du contrôle médical de l'assurance maladie pour pouvoir prendre en charge en établissement la rééducation suite aux interventions ciblées. À défaut d'accord,

la rééducation devra se faire en cabinet de ville. Un accompagnement des établissements MCO et SSR sera réalisé par l'assurance maladie sur ce thème.

3.2.8.2 État des lieux régional et diagnostic (Extraits du volet SRR du SROS – PRS 2011-2016)

📌 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Taux de recours SSR 2009, bruts et standardisés pour 10 000 habitants, tous modes d'hospitalisation

	Journées	Taux de recours brut	Taux de recours standardisé
Côte-d'Or	255 362	4875.1	4771.7
Nièvre	164 076	7420.7	5493.2
Saône-et-Loire	306 956	5537.7	4566.5
Yonne	176 145	5126.7	4431
Bourgogne	902 539	5493.9	4728.3

Le taux de recours SSR 2009 national est de 5 278,9, supérieur au taux régional.

La Nièvre a un taux supérieur à celui national.

La Côte-d'Or a un taux inférieur à celui national, mais supérieur à celui régional.

La Saône-et-Loire et l'Yonne ont des taux inférieurs à la valeur régionale et nationale.

📌 Offre quantitative et territorialisée

Les données SAE 2009 en termes d'équipement en soins de suite et de réadaptation

	Population (INSEE 2006)	Lits et places installés en SSR	Taux d'équipement	Hospitalisation complète		Hospitalisation à temps partiel	
				Journées	Taux d'occupation	Places	Venues
Côte-d'Or	517 168	866 (777+89*)	1.67	253 946	91.33	89	23 360
Nièvre	222 220	474 (454+20*)	2.13	149 364	91.78	20	7314
Saône-et-Loire	549 361	918 (893+25*)	1.67	292 430	90.08	25	5706
Yonne	340 088	487 (482+5*)	1.43	155 973	89.86	5	3615
Bourgogne	1 628 837	2 745 (2606+139*)	1.68	851 713	90.7	139	39 995

En gras : valeur supérieure à celle régionale

* : nombre de places installées

Taux d'équipement : nombre de lits et places installés pour 1000 habitants calculés à partir des données ci-dessus.

Selon STATISS 2010, « Les régions françaises », le taux d'équipement global en SSR (lits et places installés au 01.01.2010 pour 1 000 habitants) est de :

- 1.68 en Bourgogne
- 1.69 pour la France métropolitaine.

Il convient de noter que lors de la révision du volet SSR du SROS pour la période 2009-2011, le taux d'équipement global (lits et places installés au 01.01.2007, source STATISS 2008) était de :

- 1.58 en Bourgogne
- 1.6 en France,

soit une augmentation des capacités tant au niveau national que régional.

3.2.8.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déployer et assurer l'animation d'un outil régional d'aide à l'orientation en SSR, les enrichir/étendre. ■ Conclure/promouvoir des conventions SSR-médico-social selon les principes adoptés au niveau national.
Mise en œuvre d'une politique maîtrisée et efficiente du SSR	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire remonter à la DGOS les projets tarifaires avant décision via l'outil informatique national. ■ Se saisir des données et indicateurs de la DGOS dans le cadre de l'élaboration des SROS, de la négociation/révision des CPOM... ■ Cibler puis appliquer la mesure PLFSS 2011 : mise en œuvre de l'accord préalable SSR.

3.2.8.4 Évaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'État et l'ARS.

L'indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est le « Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible ».

/// Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre pour 2011 sont :

- Durée de prise en charge ;
- Taux d'entrée directe en SSR,
- Taux d'orientation en SSR ;
- Mode de sortie du SSR ;
- Taux de retour précoce en MCO ;
- Taux de fuite ;
- Taux d'attractivité.

/// Les indicateurs d'impact qui seront suivis dans le cadre du volet SSR du SROS – PRS 2011-2016 sont :

Objectif général du SROS	Libellé de l'indicateur d'impact
Agir sur la démographie des professionnels de santé en médecine physique et de réadaptation en garantissant une capacité de formation de ceux-ci en adéquation avec les besoins sur le terrain	Nbre d'internes à former en MPR
Assurer un maillage territorial adapté aux besoins tant pour les SSR généralistes que pour les SSR avec mention	Implantations de SSR (autorisations et mentions)/ territoire de santé
Améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR, notamment l'articulation entre le sanitaire et le médico-social	% de SSR ayant formalisé un partenariat avec le champ médico-social
Améliorer la prise en charge au sein des SSR	Nbre de lits de SRPR et d'unités EVC/EPR installées

3.2.8.5 État d'avancement au 15 septembre 2011

➤ Communiquer à la DGOS les projets tarifaires des ARS :

Renseignement au fil de l'eau de l'outil pour chaque nouveau projet tarifaire. Aucune difficulté rencontrée.

➤ Déployer, animer et enrichir les outils d'aide à l'orientation en SSR

L'ARS a missionné le GCS e-santé Bourgogne pour la conduite du processus de sélection de la maîtrise d'œuvre, le déploiement, l'administration, la maintenance, l'assistance, la promotion et l'évolution dans le temps d'un outil informatique de gestion de la filière amont/aval SSR. Nous souhaitons que l'outil informatique de gestion SSR, soit opérationnel sur le plan technique au plus tard le 31 décembre 2011.

/// État d'avancement :

Le GCS e-santé Bourgogne a constitué un groupe de travail pluri-professionnel (directeurs, médecins, cadres de santé...) pour la conduite du projet : présentation des principales solutions existantes sur le marché, définition des besoins d'un tel outil...

Le GCS e-santé Bourgogne a rédigé cet été, un cahier des charges pour la sélection de l'outil.

Le GCS e-santé Bourgogne a publié début septembre le marché correspondant.

Le déploiement opérationnel (connexion aux référentiels nationaux, thésaurus, remplissage par les établissements...) se fera au cours de l'année 2012 mais ces objectifs restent à préciser, notamment sur le % d'établissements MCO et SSR à atteindre.

➤ Promouvoir les conventions SSR/médico-social

La mise en place de conventions avec le secteur médico-social est prévue notamment au titre de la mission de préparation et d'accompagnement à la réinsertion dévolue aux établissements disposant d'une autorisation de SSR. Ces conventions feront l'objet d'un examen lors des visites de conformité (les établissements ayant 2 ans pour se mettre aux normes à compter de la date de notification de l'autorisation, soit juillet 2012).

➤ Ciblage puis mise en œuvre de la MSAP SSR

Nombre d'établissements ciblés : 5

Début de la MSAP SSR prévu mi-novembre 2011

3.2.9 Le programme PDS ambulatoire et urgences

L'objectif du programme est l'amélioration de la prise en charge des demandes de soins non programmées lors des horaires de PDSA.

3.2.9.1 Rappel des objectifs du programme ¹⁵

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 ont modifié le cadre réglementaire de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), afin d'apporter souplesse et cohérence à son organisation et son pilotage pour répondre à un double enjeu :

- améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux,
- accroître l'efficacité du dispositif global dans un contexte de maîtrise de l'ONDAM, via des dispositifs plus adaptés aux spécificités territoriales.

/// Pour mémoire, les principes du nouveau dispositif sont les suivants :

- Renforcement de la régulation médicale : orienter le patient vers le médecin, la structure, la prise en charge adaptée à sa demande.
- Adaptation des modalités d'effectif – notamment coordination avec les établissements de santé en deuxième partie de nuit.

¹⁵ Instruction relative à la Permanence des soins ambulatoire du 13 juillet 2011

- Modification des règles de rémunération de la PDSA.
- L'ARS est compétente, dans le cadre d'une enveloppe fermée (comprenant les forfaits d'astreinte et de régulation).
- Le nombre d'actes et la part des actes régulés font partie des indicateurs de suivi.
- La rémunération est différente selon les fonctions (effectif – régulation) et modulée selon les sujétions.

Pour ce faire, le pilotage des nouveaux dispositifs locaux est confié aux ARS tant en termes d'organisation que de rémunération de la PDSA.

3.2.9.2 État des lieux régional et diagnostic (Extrait du volet Urgences du SROS – PRS 2011-2016)

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
Côte-d'Or	Maillage effectif en structures, activités spécialisées sur le site pivot, SMUR hélicopté à vocation interdépartementale
Nièvre	Difficultés de couverture géographique de la zone du Morvan et démographie médicale fragile
Saône-et-Loire	Maillage effectif en structures mais existence de sites fragiles en matière d'activité
Yonne	Fragilité des sites du sud 89 en matière d'activité, permanence des soins ambulatoires (PDSA) mal organisée, SMUR hélicopté à vocation interdépartementale
Total sur la Bourgogne	De nombreuses structures d'urgences + SMUR dont l'activité et les conditions techniques de fonctionnement ne sont pas pour tous optimales

Il est constaté que l'évolution de l'activité des services d'urgence augmente régulièrement de + 4 % par an. La statistique SAE pour 2009 donnait un nombre de 487 771 passages aux urgences, dont 318 485 donnant lieu à facturation d'un ATU (passage non suivi d'hospitalisation).

Cette croissance doit pouvoir être régulée par l'optimisation du dispositif de médecine ambulatoire et notamment de PDSA permettant une meilleure orientation du patient (régulation libérale, maisons médicales de garde, maisons de santé pluridisciplinaires...).

En effet un certain nombre de passages relèvent de la médecine ambulatoire et ne nécessitent pas un besoin de soin urgent ou immédiat. Ainsi, 14 % des patients accueillis dans les structures ou pris en charge par le SMUR sont codés en classification clinique des malades aux urgences (CCMU 1), soit en état clinique jugé stable appelant un examen clinique simple.

Territoires de santé	Nombre de structures d'accueil	Nombre de SMUR (dont hélicoptés)	Nombre de sorties SMUR (primaires et secondaires)	Nombre de dossiers régulation traités Centre 15
Côte-d'Or	5	4 (1)	9795	81 559
Nièvre	4 (*)	4 (*)	3783	51 548
Saône-et-Loire	6	6	5 890(**)	88 504
Yonne	6	5 (1)	6 059(**)	66 156
Total Bourgogne	21	19	25 527	287 767

(*) Concerne le CH de Clamecy intégré au GCS sur 89 mais relevant du département de la Nièvre

(**) Chiffres non stabilisés : données 2010, réseau des urgences ou manquantes SAE 2009

3.2.9.3 Objectifs et leviers d'actions

Objectifs	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Mettre en place un dispositif de PDSA efficient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation du cahier des charges régional de la PDSA permettant de structurer l'offre et déterminer les rémunérations forfaitaires. Le cahier des charges précise notamment : <ul style="list-style-type: none"> ➤ la composition des CODAMUPS TS, ➤ la définition des territoires de PDSA, ➤ l'organisation de la régulation des appels d'urgence et des appels de permanence des soins, ➤ les réponses apportées en termes d'effectif et la coordination des acteurs (effecteurs, points fixes de gardes, transports sanitaires...), ➤ les modalités de rémunération de la PDS. ▪ Animation des CODAMUPS en association avec les préfets. ▪ Inventorier les leviers de mutualisation et de coordination ville/hôpital : Pistes de travail : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Expérimenter la fongibilité des crédits SU et PDSA (soit via intégration de ces crédits dans le FIR, soit via dispositif expérimental [projet d'habilitation dans PLFSS 2012]). ➤ Généraliser l'accès au tiers-payant pour l'ensemble des actes de PDSA, en particulier en MMG. ➤ Améliorer l'articulation entre services d'urgences et MMG situés à proximité.
Suivre les dépenses de PDSA et des urgences hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre les dépenses [à partir de publication de l'arrêté fixant le CDC régional pour chaque ARS].

3.2.9.4 Évaluation des actions

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'État et l'ARS.

L'indicateur composite CPOM retenu pour 2011 est la « Part des actes régulés ».

L'indicateur de suivi de la mise en œuvre pour 2011 est : Taux de respect de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires PDSA

Les indicateurs d'impact qui seront suivis dans le cadre du volet Médecine d'Urgences du SROS – PRS 2011-2016 sont :

Objectif Général du SROS	Libellé de l'indicateur d'impact
Mieux articuler la ville et les urgences pour garantir une bonne organisation territoriale en amont de l'arrivée aux urgences	Part des patients relevant de la CCMU 1 dans les passages aux urgences pendant la PDS [CPOM ARS]
Faire de la régulation la clé de voute de l'activité médicale non programmée et en particulier les entrées dans les services d'urgences	Nbre de site de régulation
Optimiser le maillage des SMUR	Nbre d'implantation des SMUR
Optimiser le fonctionnement et le maillage des structures d'accueil des urgences	Nbre d'implantation des services d'urgences

3.2.9.5 État d'avancement au 15 septembre 2011

Préparation du cahier des charges (dont rémunération forfaitaire des personnes participant à la PDSA) et chiffrage du dispositif dans le respect du montant de l'enveloppe :

Le cahier des charges régional finalisé a été présenté aux URPS, en CSOS et CODAMUPS TS.

Actuellement les déclinaisons territoriales sont en cours de négociation (définition des territoires, modalités d'organisation en particulier en nuit profonde) dans chaque département avec les effecteurs et régulateurs.

Les modalités de financement qui seront retenues sont directement liées aux modalités d'organisation (nombre de lignes de régulation, nombre de territoires de PDSA)

Transmission à la DGOS des éléments de chiffrage du dispositif (nombre d'effecteurs, dispositif de régulation et modalités de rémunération retenus par l'ARS) : Les modalités de financement ne sont pas encore définies et par conséquent non transmises à la DGOS.

3.3 La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie

Conformément au contrat d'objectifs Etat-UNCAM, ces actions comportent trois axes :

3.3.1 Les programmes de maîtrise médicalisée en ville

Ces programmes permettent de poursuivre et développer la maîtrise médicalisée. Ils reposent sur des actions d'information, de sensibilisation et de pédagogie auprès des médecins et sur la remise d'outils, de mémos et de recommandations, ainsi que de relevés de situation des prescriptions du praticien.

L'information et la sensibilisation menées auprès des prescripteurs sont prolongées par des actions d'accompagnement d'autres professionnels de santé et par une information délivrée aux assurés.

Les Caisses et le Service Médical poursuivent leur travail de sensibilisation des prescripteurs en matière de médicaments. L'objectif consiste en un meilleur respect des recommandations scientifiques avec à la clé une diminution des traitements inutiles et l'optimisation du soin et de la dépense. À ce titre plusieurs actions récurrentes d'accompagnement des professionnels de santé sont reconduites :

- **Antiagrégants plaquettaires :** l'objectif est d'encourager l'utilisation de l'aspirine lorsque le choix thérapeutique est possible entre ce principe actif et le clopidogrel, dans le plus strict respect des recommandations internationales. Ce choix est applicable dans le traitement des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs.
- **Antibiotiques :** l'objectif est de promouvoir les recommandations relatives à l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante notamment dans les infections respiratoires en incitant les prescripteurs à identifier les situations relevant d'une antibiothérapie et la nature de l'antibiothérapie recommandée.
- **Statines, inhibiteurs de la pompe à protons, antihypertenseurs :** s'agissant de traitements prescrits à une population importante et pour de longues années pour certains traitements, il importe, tant pour les patients eux-mêmes que pour la collectivité, que les médecins traitants prennent en considération dans leur choix le critère du coût des traitements qu'ils instaurent, dès lors bien sûr que l'efficacité et la sécurité en sont comparables et que l'indication et l'état de leurs patients le permettent.



Les autres actions, déjà engagées et dont la mise en œuvre est poursuivie, concernent des postes de dépenses importants. Ces actions ont pour objet d'augmenter l'efficacité des prescriptions. Il s'agit :

- **Des indemnités journalières** : de nombreuses actions sont menées auprès des assurés (contrôles, communication), des professionnels de santé (place du repos dans la prise en charge thérapeutique, outils d'aide sur des durées de référence d'arrêts de travail par pathologie, contrôles) et entreprises pour améliorer la prescription d'arrêt de travail.
- **Des frais de transport** : l'objectif est d'informer et de sensibiliser les assurés et les professionnels de santé au bon usage des transports : adapter le type de transport en fonction de l'état d'autonomie et de santé du patient et rappeler que la prescription de transport relève d'une décision médicale.
- **De l'ordonnancier bi zone** : l'objectif est de rappeler les règles de bon usage de l'ordonnancier bi zone.
- **Des actes de masso-kinésithérapie** : l'objectif est d'optimiser la prise en charge de l'activité de kinésithérapie libérale à travers plusieurs axes d'évolution : amélioration de la répartition démographique des kinésithérapeutes, poursuite des démarches de simplification administrative, amélioration de l'efficacité de la prise en charge avec référentiels de nombre de séances selon le type de rééducation.

De nouvelles actions d'accompagnement prévues en 2011 devraient concerner les antalgiques, les antidépresseurs, les antidiabétiques, l'érythropoïétine, l'anti-TNF Alpha, la radiologie, la liste des produits et prestations, la Pression Positive Continue.

Certaines thématiques peuvent concerner les prescripteurs exerçant en établissements de santé, le planning devra tenir compte des actions diligentées pour mettre en œuvre les dix priorités de gestion du risque.

3.3.2 Les programmes de renforcement de l'efficacité de l'offre de soins dans les établissements de santé

/// Ils comprennent quatre volets.

- **Poursuite de la maîtrise médicalisée dans les établissements** : à l'hôpital, notamment en matière de prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les produits de santé et les transports, et en EHPAD avec des visites d'établissements et la diffusion de recommandations de bonne pratique, en lien avec les actions GdR ARS développées sur ces thèmes.
- **Poursuite du programme de mise sous accord préalable (MSAP) en chirurgie ambulatoire et en hors ambulatoire**. Sont concernés les activités de chirurgie bariatrique et plastique, les hospitalisations de jour pour le diabète, les actes soumis à forfait sécurité environnement (SE) en consultation externe et les séjours hospitaliers classés en CM23 (lorsque les séjours sont classés dans cette catégorie on ne dispose pas d'information permettant d'identifier la pathologie).
- **Développement des MSAP pour les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation (SSR) pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie ambulatoire**¹⁶. L'objectif de cette action est d'assurer l'harmonisation des pratiques médicales par le respect des recommandations médicales de la HAS et de diminuer des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à sa prise en charge. L'ARS notifiera la MSAP à l'établissement exécutant la prestation, après ciblage par l'assurance maladie.
- **Développement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique**, en complément des actions menées par les ARS en vue de l'élaboration d'un état des lieux et d'une stratégie régionale en ce domaine.

3.3.3 Les plans de prévention et d'accompagnement des patients

Les régimes d'assurance maladie constituent l'un des acteurs importants des politiques de prévention, dans le cadre des orientations nationales déterminées par les lois de santé publique et les plans ou programmes en découlant, auxquels les régimes concourent en termes de financement et en termes opérationnels.

Au-delà de la sensibilisation des professionnels et des assurés, et notamment de ceux qui sont le plus éloignés du système de santé, à la nécessité de recourir aux actions qui leur sont proposées, les régimes

¹⁶ cf. mesure prévue par la LFSS pour 2011

d'assurance maladie développeront, en application des stipulations du contrat d'objectifs Etat-UNCAM et de leurs conventions d'objectifs et de gestion, des politiques d'information des assurés et d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients.

/// Actions de prévention

➤ Prévention bucco-dentaire

Les régimes poursuivront leurs actions tendant à faire progresser le taux de participation à l'examen de prévention MT'dents et le recours aux soins dentaires, notamment pour les enfants résidant dans des zones défavorisées.

➤ Dépistage organisé des cancers (sein, colorectal)

Les régimes continueront à favoriser le dépistage des cancers, par des actions d'information des assurés et des professionnels, afin d'augmenter le taux de participation aux dépistages organisés et de réduire les inégalités régionales constatées en ce domaine. Un effort particulier sera proposé pour sensibiliser les personnes les plus éloignées du système de soins.

➤ Vaccinations

Concernant les campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière ou contre la rougeole, oreillons, rubéole (ROR), les régimes poursuivront leurs actions de sensibilisation des populations prioritaires en vue d'augmenter le taux de participation aux campagnes et la couverture vaccinale de la population.

➤ Prise en charge et prévention de l'obésité

Sur cet axe, l'assurance maladie poursuivra ses programmes de prévention de l'obésité et de conseils nutritionnels en lien avec le médecin traitant. Un effort particulier sera mené auprès des populations défavorisées et des enfants, en complément des actions initiées par l'État (déploiement d'outils facilitant le dépistage du risque d'obésité) et les ARS (structuration de l'offre).

4 Annexes

Les indicateurs composite CPOM 2011

Programmes	Indicateurs 2011
Transports	Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital
PHMEV	Taux d'évolution des dépenses de PHMEV
Liste en sus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation ▪ Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation.
Imagerie	Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies sur les actes réalisés en consultations externes
Insuffisance Rénale Chronique	Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés (<i>indicateur déjà identifié dans le CPOM</i>)
Chirurgie ambulatoire	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs [<i>indicateur déjà identifié dans le CPOM</i>])
PDSA	Part des actes régulés
Soins de Suite et de Réadaptation	Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible.
EHPAD prescription	% d'EHPAD ciblés ayant mis en œuvre un plan d'action à la suite de leur participation aux réunions d'information organisées par les ARS
EHPAD efficience	Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des 10 programmes proposés pour 2011

Programmes		Indicateurs 2011
1	Transports	Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat
2	IRC	Part de patients pris en charge hors centre d'hémodialyse
		Part des patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage créatinine et d'une albuminurie
		Délais sur la liste d'attente de greffe
3	Liste en sus	Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle
4	PHMEV	Taux d'établissements cibles ayant signé un contrat
5	Imagerie	Remontée avant le 15 juin 2011 des niveaux d'objectifs en terme de diversification du parc
		Inscription de ces objectifs dans le SROS PRS
6	Chirurgie ambulatoire	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire [toutes les chirurgies]
7	EHPAD [qualité et efficacité des soins]	% de médecins libéraux intervenants en EHPAD participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique
8		Taux de participation des EHPAD aux réunions locales sur les bonnes pratiques
		% d'EHPAD sans PUI ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments
9	PDSA et urgences hospitalières	Taux de respect de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires PDSA
10	SSR	Durée de prise en charge ; Taux d'attractivité ; Taux de fuite ; Taux de retour précoce en MCO ; Mode de sortie du SSR ; Taux d'entrée directe en SSR



PRIAC **Bourgogne** **2011-2013**

Projet Régional de Santé : **2012**
2016

Sommaire...

/// PRIAC Bourgogne 2011-2013

1	Les priorités régionales par territoire	70
2	Situation régionales de mise en œuvre des programmations	77
	2.1 Bilan de mise en œuvre des programmations : fichier en annexe de manière dissociée ..	77
	2.2 Nature des difficultés rencontrées	77
3	Programmation prévisionnelle des actions prioritaires selon la thématique	78
	3.1 Le dépistage et la prise en charge précoce	78
	3.2 L'accompagnement en milieu ordinaire de vie	80
	3.3 L'accompagnement en institution	100
	3.4 La programmation prévisionnelle en ESAT	110
	3.5 L'adaptation de l'offre : transformations	112
	3.6 L'adaptation de l'offre : contractualisations	142
	3.7 Les besoins locaux sur crédits spécifiques	144
4	Valorisation de la programmation prévisionnelle médico-sociale en emplois	146
5	Les articulations sanitaires, médico-sociales et sociales	148
	5.1 PRIAC et SROS III : les actions prioritaires de coopération	148
	5.2 Les réseaux associant soins de ville-hôpitaux-secteur médico-social	148
	5.3 PRIAC et PRSP : les actions de prévention et de promotion de la santé en établissements et services	149
6	Tableaux de synthèse des actions	150
	6.1 Synthèse des actions par année de financement	150
	6.1.1 2011	150
	6.1.2 2012	162
	6.1.3 2013	176
	6.1.4 2014	188
	6.1.5 2015	189
	6.2 Récapitulatif des financements prévisionnels	190
7	Annexe financière (art. L312-5-2 du CASF)	190

/// PRIAC Bourgogne 2011-2013

1 Les priorités régionales par territoire

Dépistage et prise en charge précoce	
Objectifs	Territoires concernés (départemental et infra départemental) par ordre de priorité
développer le dépistage selon les préconisations du plan périnatalité	Côte d'Or
maillage de la Saône et Loire en antennes CAMSP	Saône et Loire
doter le Sud Yonne d'1 CMPP	Yonne Nord
développer le dépistage selon les préconisations du plan périnatalité	Côte d'Or aggro Dijon
doter la Nièvre d'antennes CAMSP (2 x 12 enfants	Nièvre
développer le dépistage selon les préconisations du plan périnatalité	Côte d'Or aggro Dijon
dpter le Nord Yonne d'une antenne CAMSP	Yonne Nord

Accompagnement et maintien à domicile	
Objectifs	Territoires concernés (départemental et infra départemental) par ordre de priorité
Restructurer les accueils de jour par la création de nouvelles places et le redéploiement de places qui ne fonctionnent.	Côte d'Or
Développer l'hébergement temporaire	Côte d'Or
Mailler l'ensemble de la région en places de SSIAD PA en ciblant prioritairement les zones à faible démographie en IDE libérales ou centres de soins infirmiers et/ou les services qui ont un grand nombre de personnes en listes d'attente	Côte d'Or
développer l'offre SSIAD PH	Côte d'Or aggro agglo Dijon et proche
développer l'offre d'accueil en SESSAD,	Côte d'Or aggro Dijon

Dépistage et prise en charge précoce	
Objectifs quantifiés d'amélioration	Critères de priorisation
soins à 33 nouveauxnés présentant un risque de développer un handicap	dépenses CAMSP/CMPP sur le nombre d'enfants
ouvrir une antenne à Bourbon Lancy et à Paray le Monial	dépenses CAMSP/CMPP sur le nombre d'enfants maillage géographique
crer un CMPP à Sens	dépensesCAMSP/CMPP sur le nombre d'enfants
soins à 35 enfants supplémentaires présentant des pathologies psycho-sociales et à 105 autres enfants	dépenses CAMSP/CMPP sur le nombre d'enfants notamment des très jeunes enfants
solder les antennes de Château Chinon et de Corbigny pour l'accompagnement de 12 enfants chacune	dépenses CAMSP/CMPP sur le nombre d'enfants maillage territorial
soins à 105 enfants supplémentaires	dépenses CAMSP/CMPP sur le nombre d'enfants notamment des très jeunes enfants
créer une antenne CAMSP	dépenses CAMSP/CMPP sur le nombre d'enfants

Accompagnement et maintien à domicile	
Objectifs quantifiés d'amélioration	Critères de priorisation
23 places programmées pour un besoin exprimé de 27 places. x places à redéployer	
8 places programmées pour un besoin exprimé de 41 places	
118 places programmées pour un besoin exprimé de 193 places	
porter la capacité SSIAD PH Côte d'Or de 38 à 83 places (+45)	Taux d'équipement secteurs urbains sous dotés prioritaires
capacité en SESSAD augmentée de 91 places, avec	CPOM

Accompagnement et maintien à domicile	
Objectifs	Territoires concernés (départemental et infra départemental) par ordre de priorité
notamment des enfants déficients intellectuels	Côte d'Or agglo Dijon
proposer une offre pour des adultes handicapés psychiques	Côte d'Or agglo Dijon
développer l'offre SSIAD PH	Côte d'Or
promouvoir l'approche professionnelle en lien avec le suivi médico-social	Dijon agglo
développer l'accueil en milieu ordinaire des enfants handicapés moteur	Dijon et agglo
développer l'accueil en milieu ordinaire des enfants cérébro-lésés	Dijon et agglo
développer l'accueil en milieu ordinaire des enfants handicapés auditifs	Dijon et agglo
Mailler l'ensemble de la région en places de SSIAD PA en ciblant prioritairement les zones à faible démographie en IDE libérales ou centres de soins infirmiers et/ou les services qui ont un grand nombre de personnes en listes d'attente	Nièvre
Restructurer les accueils de jour par la création de nouvelles places et le redéploiement de places qui ne fonctionnent.	Nièvre
Développer l'hébergement temporaire	Nièvre
proposer une offre pour des adultes déficients psychiques, très lourdement handicapés	Nièvre Charitois
mailler le territoire en antennes SESSAD	Nièvre
proposer une offre pour des enfants handicapés visuels	Saône et Loire
plate forme médicalisée SSIAD/SAMSAH, pour résidents de foyers	Saône et Loire
développer l'offre dans un secteur insuffisamment doté	Saône et Loire Cruzille
proposer une offre pour des adultes handicapés moteur (partenariat avec un centre de rééducation)	Saône et Loire Nord et Chalonnais
développer l'offre dans un secteur insuffisamment doté	Saône et Loire agglo du Creusot
répondre à la demande d'une offre plus diversifiée	Saône et Loire Saint Vallier
Mailler l'ensemble de la région en places de SSIAD	Saône-et-Loire

Accompagnement et maintien à domicile	
Objectifs quantifiés d'amélioration	Critères de priorisation
diminution de 52 places en institution	CPOM
capacité en SAMSAH pour des adultes handicapés psychiques augmentée de 32 places	restructuration, en partenariat avec d'autres intervenants, du dispositif géré par le CHS
augmentation SSIAD PH hors agglomération Dijon : 28 agglomération Dijon : 29	
porter de 50 à 75 le nombre des enfants bénéficiaires du "Service d'aide à l'insertion"	projet fédérant plusieurs structures médico-sociales
SESSAD augmenté de 40 à 55, capacité en IEM diminuée de 31 à 22	restructuration du dispositif d'accueil des enfants handicapés moteur
SESSAD augmenté de 13 à 15, capacité en IEM ramenée de 9 à 8	restructuration du dispositif d'accueil des enfants cérébro-lésés
SESSAD augmenté de 40 à 76	restructuration du dispositif CAMSP,
58 places programmées	
17 places programmées 9 places à redéployer	
27 places programmées	
disposer de 10 places de service médicalisé	restructuration du dispositif géré par le CHS
capacité SESSAD augmentée de 58 pl, dont 25 par redéploiement	restructuration du dispositif d'accueil géré par les promoteurs (ADSEA, FOL, CHS)
disposer d'au moins 15 places SESSAD pour enfants handicapés visuels	partenariat avec les autres gestionnaires de la région dans le domaine du handicap visuel
porter la capacité SSIAD/PH Saône et Loire de 105 à 143 places (+38)	projet de plateforme médicalisée
capacité SESSAD DI/TCC augmentée de 8	rapprocher le taux d'équipement S et L tous SESSAD (2,57 / 000 en 2011) de la moyenne régionale (2,92 / 000)
porter la capacité de service médicalisé de 7 à 20 places	maillage de l'ensemble du département
nouvelle antenne SESSAD handicap moteur de 20	rapprocher le taux d'équipement S et L tous SESSAD (2,57 / 000 en 2011) de la moyenne régionale (2,92 / 000)
capacité SESSAD DI/TCC augmentée de 10	rapprocher le taux d'équipement S et L tous SESSAD (2,57 / 000 en 2011) de la moyenne régionale (2,92 / 000)
155 places programmées	Arrondissement de Mâcon

Accompagnement et maintien à domicile	
Objectifs	Territoires concernés (départemental et infra départemental) par ordre de priorité
PA en ciblant prioritairement les zones à faible démographie en IDE libérales ou centres de soins infirmiers et/ou les services qui ont un grand nombre de personnes en listes d'attente	Saône-et-Loire
Restructurer les accueils de jour par la création de nouvelles places et le redéploiement de places qui ne fonctionnent.	Saône-et-Loire
Développer l'hébergement temporaire	Saône-et-Loire
Mailler l'ensemble de la région en places de SSIAD PA en ciblant prioritairement les zones à faible démographie en IDE libérales ou centres de soins infirmiers et/ou les services qui ont un grand nombre de personnes en listes d'attente	Yonne
Restructurer les accueils de jour par la création de nouvelles places et le redéploiement de places qui ne fonctionnent.	Yonne
Développer l'hébergement temporaire	Yonne
proposer une offre pour des enfants handicapés moteur	Yonne Auxerrois
développer l'offre SSIAD PH	Yonne Auxerrois et périphérie Sud
Restructurer les accueils de jour en rédéploiant les places qui ne fonctionnent pas vers les structures qui fonctionnent	région Bourgogne
créer une offre SESSAD pour des enfants handicapés visuels	Yonne

Prise en charge en institution	
Objectifs	Territoires concernés (départemental et infra départemental) par ordre de priorité
développer l'accueil en ESAT autres projets	Côte d'Or
Créer de nouvelles places en EHPAD et les adapter à l'accueil de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés	Côte d'Or
développer l'offre pour enfants autistes en IME	Côte d'Or proche agglo Dijon
répondre à la demande d'accueil en ESAT	Nièvre
création section autistes à l'IME de Varennes Vauzelles	Nièvre Varennes Vauzelles
créer une nouvelle section autistes	Saône et Loire pays parodien

Accompagnement et maintien à domicile	
Objectifs quantifiés d'amélioration	Critères de priorisation
155 places programmées	arrondissement de Charolles arrondissement d'Autun arrondissement de Louhans
52 places programmées	
38 places programmées	
41 places programmées	
39 places programmées 3 places redéployés	
47 places programmées	
capacité SESSAD enfants handicapés moteur augmentée de 18 pl	projet prioritaire
porter la capacité SSIAD PH de 39 à 60 places	Auxerrois et périphérie Sud prioritaires
conformité circulaire du 25 février 2010 49 accueils de jours à conformer	Nbre d'Etablissement conformes, maillage du territoire
créer un SESSAD de 20 places	partenariat avec PEP de la région

Prise en charge en institution	
Objectifs quantifiés d'amélioration	Critères de priorisation
+ 107, dont 15 pour des adultes handicapés psychiques	opérations réalisables sans délais - CPOM
212 places programmées pour un besoin exprimé de 354 places	amélioration de l'offre sur l'agglomération dijonnaise
capacité augmentée de 7 pl	solder le financement d'un projet de section de 15 pl pour autistes en IME
capacité augmentée de 54 pl	opérations réalisables sans délai
créer une section de 5 pl	
section de 10 pl	disposer d'un accueil d'enfants autistes sur tout le

Objectifs	Territoires concernés (départemental et infra départemental) par ordre de priorité
crer une nouvelle section autistes	Saône et Loire pays parodien
Créer de nouvelles places en EHPAD et les adapter à l'accueil de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés	Nièvre
développer l'offre pour enfants autistes en IME, par conversion de capacités DI	Nièvre Marzy
soldier l'extension d'une MAS pour des adultes déficients psychiques très lourdement handicapés	Nièvre Pays charitois
soldier le dispositif d'accueil spécifique pour des enfants handicapés psychiques	Saône et Loire Chalonnais
extension d'IME, dont 1 offre d'hébergement innovante	Saône et Loire
proposer une offre médicalisée pour des adultes handicapés psychiques	Saône et Loire
création ESAT handicap psychique	Saône et Loire
extension ESAT	Saône et Loire
proposer une offre médicalisée pour des adultes handicapés moteur	Saône et Loire Mâconnais
accueil médico-social d'adultes déficients psychiques lourdement handicapés	Saône et Loire Mâconnais
territorialiser l'offre de foyer médicalisé, en faveur de secteurs non pourvus	Saône et loire Pays charolais
Créer de nouvelles places en EHPAD et les adapter à l'accueil de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés	Saône-et-Loire
extension de foyer médicalisé pour adultes handicapés moteur	Yonne
extension ESAT	Yonne
soldier la transformation ME/iistitut de rééducation en une seule structure ITEP (sur mesures nouvelles)	Yonne Auxerrois
création ESAT pour des adultes handicapés psychiques	Yonne Auxerrois
transformations par redéploiement	Yonne

Objectifs quantifiés d'amélioration	Critères de priorisation
section de 10 pl	département
87 places programmées pour un besoin exprimé de 98 places	
capacité augmentée de 10	opération de transformation d'un IME DI
extension 45 places	adultes en hôpital, très lourdement handicapés et relevant d'un accueil médico-social
création d'un établissement expérimental de 12 pl	rapprocher le taux d'équipement de la S et L en institution tous handicaps (5,75 / 000 en 2011) de la moyenne régionale (6,83 / 000)
capacité augmentée de 17 pl	rapprocher le taux d'équipement de la S et L en institution déficience intellectuelle (3,89 / 000 en 2011 de la moyenne régionale (5 / 000)
création 11 places	département non pourvu
+ 16 pl dans le cadre d'un projet de 80, dont 24 déjà financées	département à pourvoir en ESAT pour handicapés psychiques
extension 33 pl	secteurs peu pourvus
réalisation partielle (30 places) de la médicalisation d'un foyer de vie de 60 places	médicalisation indispensable, public relevant de prises en charge médicalisées
réaliser une MAS de 60 places, dont 12 par redéploiement d'enveloppe hospitalière en 2013	adultes en hôpital, très lourdement handicapés et relevant d'un accueil médico-social
création 24 places	enveloppe anticipée projet prioritaire
400 places programmées pour un besoin exprimé de 602 places	
extension 6 places	opération réalisable sans délai
extensions 30 places	opérations réalisables sans délai
requalifier 13 places d'IME en ITEP	solde d'une opération
création 40 places	Yonne non pourvu en ESAT pour des adultes handicapés psychiques
transformation de 42 pl TCC : 14, DI : 24, poly-handicap : 4	opérations déjà réalisées ou réalisables sans délai

2 Situation régionales de mise en œuvre des programmations

2.1 Bilan de mise en œuvre des programmations : fichier en annexe de manière dissociée

2.2 Nature des difficultés rencontrées

Information indisponible

3 Programmation prévisionnelle des actions prioritaires selon la thématique

3.1 Le dépistage et la prise en charge précoce

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Enfants	21	CAMSP	toutes déficiences		Infra-départementale	ouvrir la prise en charge à 33 nouveaux nés présentant un risque de développer un handicap (23 programmés en 2013, 10 en 2014)	Extension	2013
								2014
				ouvrir par redéploiement d'enveloppe d'IME, la prise en charge à 35 enfants présentant des pathologies psycho-sociales et à 105 autres enfants dans le cadre du plan périnatalité	Infra-départementale	ouvrir la prise en charge à 35 enfants supplémentaires présentant des pathologies psycho-sociales et à 105 autres enfants dans le cadre du plan périnatalité	Transformation	2011
	58	CAMSP	toutes déficiences	solde par redéploiement (6 x 2)	Infra-départementale	solde le financement de 2 antennes pour 12 enfants chacune	Transformation	2011
	71	CAMSP	toutes déficiences		Infra-départementale	compléter le maillage CAMSP avec deux nouvelles antennes	Création	2012
								2013
	89	CAMSP	toutes déficiences		Infra-départementale	extension CAMSP avec création d'une antenne au Sud du département	Extension	2013
	CMPP	toutes déficiences		Infra-départementale	créer un CMPP desservant le Nord Yonne (programmé sur 2012 et 2013)	Création	2012	
								2013
Total Enfants								
Total								

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2013	23	79 649	23	79 649	0	0	0	0
2014	10	35 016	10	35 016	0	0	0	0
2011	140	426 221	0	0	140	426 221	0	0
2011	12	37 000	0	0	12	37 000	0	0
2012	100	287 000	100	287 000	0	0	0	0
2013	3	16 000	3	16 000	0	0	0	0
2013	70	130 044	70	130 044	0	0	0	0
2012	50	200 000	50	200 000	0	0	0	0
2013	25	100 956	25	100 956	0	0	0	0
	433	1 311 886	281	848 665	152	463 221	0	0
	433	1 311 886	281	848 665	152	463 221	0	0

3.2 L'accompagnement en milieu ordinaire de vie

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Enfants	21	CAFS	déficience intellectuelle		Infra-départementale	accueil familial spécialisé 5 enfants par redéploiement d'enveloppe d'établissement	Transformation	2011
		Service Expérimental	déficience intellectuelle	ouverture à hauteur de 50 places du service expérimental d'aide à l'insertion par redéploiement d'enveloppe d'IME; Le nombre de places est difficile à préciser car il s'agit d'une adaptation de l'offre (opérations tiroirs et moins d'internat)	Infra-départementale	ouverture de 50 places sur redéploiement et extension de 50 à 75 places, sur crédits nouveaux	Extension	2013
		SESSAD	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux	extension SESSAD (+ 2) par redéploiement IEM (- 1)	Infra-départementale	extension SESSAD de 13 à 15	Transformation	2012
			déficience auditive	extension de 50 à 86 (+36) par redéploiement d'enveloppe CAMSP	Infra-départementale	extension de 50 à 86 (+36)	Transformation	2011
			déficience intellectuelle	extension SESSAD (+45) par transformation de capacités IME (- 49)	Infra-départementale	extension de 155 à 200 places (15 en 2011, 10 en 2012, 20 en 2013)	Transformation	2011
						2012		
						2013		
			déficience motrice	extension SESSAD (+ 8) par redéploiement IEM (- 9)	Infra-départementale	extension SESSAD de 47 à 55	Transformation	2012
		troubles du langage et des apprentissages		Infra-départementale	création de 18 places, dont 8 programmées en 2013,10 en 2014	Création	2013	
							2014	
	58	SESSAD	déficience intellectuelle		Infra-départementale	antenne SESSAD, s'appuyant sur un projet de restructuration (+ 7 dont 2 en redéploiement)	Extension	2012
				extension antenne SESSAD de 12 à 18	Infra-départementale	extension antenne SESSAD de 12 à 15	Transformation	2011

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2011	5	397 558	0	0	5	397 558	0	0
2013	25	144 171	25	144 171	0	0	0	0
2012	2	34 296	0	0	2	34 296	0	0
2011	36	177 873	0	0	36	177 873	0	0
2011	15	257 220	0	0	15	257 220	0	0
2012	10	171 480	0	0	10	171 480	0	0
2013	20	342 960	0	0	20	342 960	0	0
2012	8	137 184	0	0	8	137 184	0	0
2013	8	121 964	8	121 964	0	0	0	0
2014	10	152 455	10	152 455	0	0	0	0
2012	5	88 310	5	88 310	0	0	0	0
2011	3	54 711	0	0	3	54 711	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	
Enfants	58	SESSAD	déficience intellectuelle	extension de 10 par redéploiement IME	Infra-départementale	extension de 18 à 28, avec création d'1 antenne	Transformation	2011	
				extension de 20 à 25 par rebasage	Infra-départementale	extension de 20 à 25 places	Transformation	2011	
				extension du secteur d'intervention d'1 SESSAD	Infra-départementale	extension du secteur d'intervention d'1 SESSAD	Transformation	2011	
			déficience visuelle		Infra-départementale	solder la création de 20 pl, dont 10 financées	Création	2012	
			troubles de la personnalité - troubles du caractère et du comportement	extension de 5 places par redéploiement d'enveloppe	Infra-départementale	extension de 17 à 22, dans le cadre d'un projet visant à porter la capacité à 34	Transformation	2011	
			troubles du langage et des apprentissages		Infra-départementale	extension d'1 unité enfants présentant des troubles sévères du langage (+ 11) (7 financées par redéploiement : 5 en 2010, 2 en 2011)	Extension	2013	
	unité pour troubles sévères du langage au sein d'1 SESSAD (+2)	Transformation		2011					
		71	SESSAD	autisme - troubles envahissants du développement		Infra-départementale	SESSAD + 20 dont 10 autistes en rebasage, 5 DI, 5 TCC en mesures nouvelles	Rebasage	2012
	déficience intellectuelle				Infra-départementale	Extension SESSAD (+20 places), programmé 10 autistes en rebasage	Extension	2012	
				5 places DI 5 TCC en mesures nouvelles		Extension			2013
				SESSAD + 10 (8 TCC, 2 DI)					
	déficience motrice				Infra-départementale	SESSAD handicap moteur (SEVA APF) renforcement de capacités existantes, en partenariat avec éducation nationale diversification pour pallier partiellement l'absence d'IEM	Extension	2012	
						Extension			2013
				extension de 55 à 75 avec création d'1 antenne	Extension		2012		
						2014			

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2011	10	171 480	0	0	10	171 480	0	0
2011	5	89 100	0	0	5	89 100	0	0
2011	2	35 324	0	0	2	35 324	0	0
2012	10	176 620	10	176 620	0	0	0	0
2011	5	92 170	0	0	5	92 170	0	0
2013	18	317 916	18	317 916	0	0	0	0
2011	2	34 800	0	0	2	34 800	0	0
2012	10	171 480	0	0	10	171 480	0	0
2012	5	85 740	5	85 740	0	0	0	0
2013	2	34 296	2	34 296	0	0	0	0
2012	4	32 253	4	32 253	0	0	0	0
2013	2	16 127	2	16 127	0	0	0	0
2012	4	96 000	4	96 000	0	0	0	0
2014	16	384 000	16	384 000	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement			
Enfants	71	SESSAD	déficience visuelle		Infra-départementale	Création d'un SESSAD (35 pl), la Saône et Loire est dépourvue de SESSAD pour des enfants handicapés visuels	Création	2013			
			polyhandicap		Infra-départementale	Appels à projets en 2013 pour la création d'un SESSAD pour le handicap dont le besoin prioritaire aura été défini par le schéma	Création	2013			
			troubles de la personnalité - troubles du caractère et du comportement		Infra-départementale	Extension SESSAD (+10), dont TCC : 8, DI : 2	Extension	2012			
						SESSAD + 20, 20 programmées (10 autistes en rebasage, 5 DI, 5 TCC en mesures nouvelles)	Extension	2012			
	89	SESSAD	déficience motrice		Infra-départementale	solder la création de 35 pl, dont 17 financées, 14 en 2012, 4 en 2013	Création	2012 2013			
			déficience visuelle		Infra-départementale	créer 20 places (département dépourvu de SESSAD handicap visuel)	Création	2012 2013 2014			
Total Enfants											
Adultes	21	SAMSAH	déficience psychique		Infra-départementale	solder la création d'un SAMSAH 218 restant à financer	Création	2012 2013			
		SPASAD	toutes déficiences		Infra-départementale	extension 13 pl restant à financer	Extension	2012 2013			
		SSIAD	toutes déficiences			Infra-départementale	extension 10 pl à financer	Extension	2012 2013		
									extension 2 pl restant à financer	Extension	2012 2013
											extension 5 pl à financer
									extension 6 pl	Création	

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2013	15	287 400	15	287 400	0	0	0	0
2013	30	525 000	30	525 000	0	0	0	0
2012	4	68 592	4	68 592	0	0	0	0
2013	4	68 592	4	68 592	0	0	0	0
2012	5	85 740	5	85 740	0	0	0	0
2012	14	292 536	14	292 536	0	0	0	0
2013	4	83 581	4	83 581	0	0	0	0
2012	5	95 000	5	95 000	0	0	0	0
2013	5	95 000	5	95 000	0	0	0	0
2014	10	190 000	10	190 000	0	0	0	0
	338	5 608 929	205	3 441 293	133	2 167 636	0	0
2012	14	194 460	14	194 460	0	0	0	0
2013	14	194 460	14	194 460	0	0	0	0
2012	7	97 202	7	97 202	0	0	0	0
2013	6	83 316	6	83 316	0	0	0	0
2012	6	83 316	6	83 316	0	0	0	0
2013	4	55 544	4	55 544	0	0	0	0
2012	1	13 886	1	13 886	0	0	0	0
2013	1	13 886	1	13 886	0	0	0	0
2012	2	27 772	2	27 772	0	0	0	0
2013	3	41 658	3	41 658	0	0	0	0
2013	3	41 658	3	41 658	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Adultes	21	SSIAD	toutes déficiences		Infra-départementale	extension 6 pl	Extension	2012
						extension 6 pl à financer	Extension	2012 2013
	58	SAMSAH	déficience psychique		Infra-départementale	création (22 places), en lien avec le projet de maison relai	Création	2013
			personnes handicapées vieillissantes		Infra-départementale	création 10 pour des agultes handicapés vieillissants	Création	2012
		SSIAD	toutes déficiences		Infra-départementale	extension 5 pl restant à financer	Extension	2012
	extension capacités SSIAD PH par redéploiement SSIAD PA			Infra-départementale	extension capacités SSIAD PH par redéploiement SSIAD PA (2 pl)	Transformation	2011	
	extension par transformation SSIAD PA			Infra-départementale	extension par transformation SSIAD PA (1)	Transformation	2011	
	71	SAMSAH	déficience motrice	ouvrir 2 places en redéploiement d'enveloppe (SSIAD PH), dans le cadre d'un projet de création de 20 places	Infra-départementale	ouvrir 2 places en redéploiement dans le cadre d'un projet de création de 20 places pour handicap moteur (7 financées en 2009, 3 en redéploiement 2011, 11 programmées sur 2012)	Rebasage	2011
				solder le projet de création d'1 SAMSAH de 20 places, dont 11 restent à financer)	Infra-départementale	projet 20 places Solde (13 places), dont 7 financées en 2009 et 3 en 2011	Création	2012
	89	SSIAD	toutes déficiences				Création	2013
							Extension	2012
	Total Adultes							
Personnes âgées	21	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ / EHPAD CH Beaune + 2	Extension	2011
						AJ / EHPAD création 2 pl (enveloppe anticipée) Agglomération dijonnaise	Création	2011
						AJ / EHPAD solde création 5 pl (enveloppe anticipée) sur Messigny et Vantoux	Création	2011

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	3	41 658	3	41 658	0	0	0	0
2012	3	41 658	3	41 658	0	0	0	0
2013	3	41 658	3	41 658	0	0	0	0
2013	10	138 900	10	138 900	0	0	0	0
2012	10	138 900	10	138 900	0	0	0	0
2012	5	69 450	5	69 450	0	0	0	0
2011	2	25 766	0	0	2	25 766	0	0
2011	1	12 788	0	0	1	12 788	0	0
2011	2	74 025	0	0	2	74 025	0	0
2012	11	316 175	11	316 175	0	0	0	0
2013	5	69 430	5	69 430	0	0	0	0
2012	5	69 430	5	69 430	0	0	0	0
	121	1 886 996	116	1 774 417	5	112 579	0	0
2011	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2011	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2011	5	27 265	5	27 265	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Personnes âgées	21	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ Asnières les Dijon extension 3 pl	Extension	2011
						AJ EHPAD Saulieu + 2	Extension	2011
						AJ itinérant projet création 26 pl solde à financer 16 places	Création	2012 2013
		HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / Etablissement d'accueil temporaire création 8 pl agglomération dijonnaise	Création	2013
						SSIAD	personnes âgées dépendantes	Infra-départementale
		ADMR SSIAD Seure / St Jean de Losne + 8 pl	Création	2013				
			Ass. CSI SSIAD + 6 pl	Extension	2011 2012			
		FEDOSAD SSIAD		Extension	2012 2013			
			Hôpital SSIAD Alise + 5 pl	Extension	2012 2013			
				Hôpital SSIAD Saulieu extension	Extension			
		Hôpital SSIAD Vitteaux + 3 pl	Extension	2012				
		Mutualité Gevrey Chambertin + 7 pl	Extension	2012 2013				
			Mutualité Laignes + 7 pl	Extension	2012 2013			
		Mutualité SSIAD Semur en Auxois + 3 pl		Extension	2012			
		Mutualité aggro Dijon + 11 places	Extension	2011 2012				

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2011	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2011	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2012	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2013	13	70 889	13	70 889	0	0	0	0
2013	8	42 400	8	42 400	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2011	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2011	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	8	42 000	8	42 000	0	0	0	0
2013	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2013	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2011	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Personnes âgées	21	SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	Mutualité agglo Dijon + 11 places	Extension	2013
						appel à projets agglo Dijon	Extension	2012
								2013
	58	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ / EHPAD Chateau Chinon 6	Création	2011
						AJ / EHPAD Corbigny + 1	Extension	2012
						AJ / EHPAD Decize + 1 pl	Extension	2011
						AJ / EHPAD Guérigny	Extension	2013
						AJ / EHPAD St Pierre le Moutiers + 6	Extension	2012
						AJ / EHPAD Imphy + 3 pl	Extension	2011
						AJ Chatillon en Bazois solde création 1 pl	Création	2011
		personnes âgées dépendantes	Infra-départementale	AJ / EHPAD Clamecy + 2 pl	Extension	2012		
		HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Nevers + 3	Transformation	2011
						HT / EHPAD Guérigny + 3 pl	Extension	2011
						HT / EHPAD Moulin Engilbert création 2 pl	Création	2012
						HT / EHPAD Varennes Vauzelles création 3	Création	2013
						HT agglo Nevers création 10 pl	Création	2012
						MR HT / EHPAD Corbigny création 2 pl	Création	2012
						HT / EHPAD Dornes création 1 pl	Création	2011
		personnes âgées dépendantes	Infra-départementale	HT / FL-EHPAD St Amand en Puisaye 2 pl	Extension	2011		
	SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	ADMR SSIAD La Charité / Prémary + 3 pl	Extension	2013	
					Ass Soins et Services à Domicile SSIAD Cosne + 11 pl	Extension	2011	
						2012		
						2013		
Ass. ASAD SSIAD Pouilly sur Loire + 5 pl					Extension	2012		
		2013						

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2013	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2012	25	131 250	25	131 250	0	0	0	0
2013	25	131 250	25	131 250	0	0	0	0
2011	6	32 718	6	32 718	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2013	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2012	6	32 718	6	32 718	0	0	0	0
2011	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2012	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2011	3	15 900	0	0	3	15 900	0	0
2011	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2012	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2013	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2012	10	53 000	10	53 000	0	0	0	0
2012	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2011	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2013	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2011	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	6	31 500	6	31 500	0	0	0	0
2013	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	
Personnes âgées	58	SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	Croix Rouge SSIAD Brinon / Corbigny + 3 pl	Extension	2012	
						Croix Rouge SSIAD Luzy + 4 pl	Extension	2013	
						Croix Rouge SSIAD Montsauche + 4 pl	Extension	2013	
						Croix Rouge SSIAD St Benin d'Azy / Fours + 5 pl	Extension	2012	
						Hôpital SSIAD Lormes + 5 places	Extension	2011	
						Mutualité SSIAD Nevers St Exupéry + 6 pl	Extension	2012	
						SSIAD Imphy + 5 pl (2 programmées)	Extension	2013	
						SSIAD Moulins Engilbert + 2	Extension	2012	
						SSIAD St "Perre le Mouters + 8	Extension	2012	
						SSIAD St "Perre le Mouters + 8	Extension	2013	
			SSIAD spécialisé	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	SSIAD Nièvre + 10 pl Appel à candidatures	Création	2011
		71	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ / EHAD CH Autun + 1	Extension	2011
	AJ / EHPAD Couches + 1						Extension	2011	
	AJ / EHPAD EHPAD Toulon sur Arroux						Extension	2012	
	AJ / EHPAD Gueugnon + 1						Extension	2011	
	AJ / EHPAD Hôpital Louhans + 6 pl						Extension	2011	
	AJ / EHPAD Marcigny création 6						Création	2013	
	AJ EHPAD Hôpital Tournus + 2						Extension	2011	
	Appels à projets, création d'un accueil de jour de 6 places adossé à un EHPAD selon besoins identifiés par le schéma.						Création	2013	
	Extension de 3 places de l'AJ CH de Macon pour conformité circulaire suite au déménagement de bâtiment						Extension	2013	
							HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	
						HT / EHPAD Mellecey création 8 pl	Création	2011	

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2012	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2011	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2012	6	31 500	6	31 500	0	0	0	0
2013	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2012	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2011	10	150 000	10	150 000	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2012	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2011	6	32 718	6	32 718	0	0	0	0
2013	6	32 718	6	32 718	0	0	0	0
2011	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2013	6	32 718	6	32 718	0	0	0	0
2013	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2012	4	21 200	4	21 200	0	0	0	0
2011	4	21 200	4	21 200	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Personnes âgées	71	HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Mellecey création 8 pl	Création	2012
						HT / EHPAD Montcenis création 10 pl	Création	2012 2013
						Hôpital HT / EHPAD Chagny création 2 pl	Création	2011
		SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	SSIAD Chagny + 2	Extension	2012
						SSIAD Chauffailles + 9	Extension	2012
						SSIAD Digoïn + 3	Extension	2012
						SSIAD La Guiche + 16	Extension	2012
						SSIAD Marcigny + 11	Extension	2012 2013
		SSIAD spécialisé	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	SSIAD création d'une unité spécialisée 10 pl appel à candidatures	Création	2011
		89	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Infra-départementale		EHPAD Arces Dilo 5 pl dont 1 par redéploiement	Création
	Transformation							2011
	AJ / EHPAD Florentin + 3 pl						Extension	2011 2012
	Ass Foyer Résidence PA AJ / EHPAD Colanges la Vineuse + 2 pl						Extension	2012
	CH AJ / EHPAD Joigny + 3 pl						Extension	2011
	CH AJ / EHPAD Migennes + 4 pl						Extension	2011
	MDR Yonne AJ / EHPAD Auxerre + 4 pl						Extension	2012 2013
	MR Gandrille en Bel Air AJ / EHPAD St Sauveur en Puisaye + 6 pl						Extension	2011 2012
	SARL AJ / EHPAD Appoigny + 3 pl						Extension	2012 2013

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	4	21 200	4	21 200	0	0	0	0
2012	9	47 700	9	47 700	0	0	0	0
2013	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2012	9	47 250	9	47 250	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	16	84 000	16	84 000	0	0	0	0
2012	8	42 000	8	42 000	0	0	0	0
2013	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2011	10	150 000	10	150 000	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2012	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2011	1	5 453	0	0	1	5 453	0	0
2011	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2012	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2012	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2011	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2011	4	21 812	4	21 812	0	0	0	0
2012	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2013	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2011	5	27 265	5	27 265	0	0	0	0
2013	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2012	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2013	2	10 905	2	10 905	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Personnes âgées	89	HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Appoigny création 2 pl	Création	2011
								2012
						HT / EHPAD Champcevais	Création	2011
								2013
						HT / EHPAD Coulanges sur Yonne création 3 pl	Création	2011
						HT / EHPAD Mailly-le-Château + 3	Création	2011
								2012
						HT / EHPAD Saint Agnan création 4 pl	Création	2011
								2012
						HT / EHPAD Villefargeau 3 places autorisées sur 2010	Création	2011
								2012
								2013
						HT Coulanges-la-Vineuse	Création	2011
								2012
				2013				
HT EHPAD Villeneuve sur Yonne création 7 pl dont 1 en redéploiement	Création	2012						
		2013						
	Transformation	2011						
HT Migennes	Création	2011						
		2012						
		2013						
		redéploiement AJ en HT	Infra-départementale	redéploiement AJ en 2 pl HT pour EHPAD Carisey	Transformation	2011		
SSIAD		personnes âgées dépendantes			Infra-départementale	SSIAD Pont sur Yonne + 5 pl	Extension	2012
								2013
						SSIAD Coulanges sur Yonne + 3 pl	Extension	2012
							2013	

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2011	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2012	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2011	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2013	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2011	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2012	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2012	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2011	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2012	4	21 200	4	21 200	0	0	0	0
2013	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2012	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2013	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2012	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2013	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2011	1	5 300	0	0	1	5 300	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2012	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2013	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2011	2	10 600	0	0	2	10 600	0	0
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2013	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2013	1	5 250	1	5 250	0	0	0	0

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2013	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2013	1	5 250	1	5 250	0	0	0	0
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2011	1	5 250	1	5 250	0	0	0	0
2011	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2013	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2011	10	150 000	10	150 000	0	0	0	0
	507	2 982 185	500	2 944 932	7	37 253	0	0
	966	10 478 110	821	8 160 642	145	2 317 468	0	0

3.3 L'accompagnement en institution

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Enfants	21	IME	autisme - troubles envahissants du développement		Infra-départementale	Solde d'un projet de création d'une section pour enfants autistes de 15 places (dont 3 financées en 2008)	Extension	2012
	58	IME	autisme - troubles envahissants du développement	Requalification de places DI en places autistes	Infra-départementale	Restructuration IME avec transformation de places DI (10) en capacités autistes	Extension	2012
				requalification avec financement surcoût sur mesures nouvelles	Infra-départementale	requalification de 4 places DI en 4 places autistes	Extension	2012 2013
	71	Etablissement Expérimental	toutes déficiences		Infra-départementale	création d'un "dispositif spécifique" de 12 pl pour des enfants présentant un handicap psychique	Création	2011
		IME	autisme - troubles envahissants du développement	créer une section autistes par requalification DI avec financement sur enveloppe prénotifiée 2010 fléchée adultes autistes	Infra-départementale	créer une section pour enfants autistes par requalification de places DI (sur enveloppe prénotifiée 2010 fléchée adultes autistes)	Rebasage	2011
			déficience intellectuelle		Infra-départementale	extension IME de 12 pl, dont 4 programmées en 2011, 4 en 2012, 4 en 2013	Extension	2012 2013
	89	Etablissement Expérimental	polyhandicap	ouverture d'une structure de répit par redéploiement d'enveloppe	Infra-départementale	ouverture d'une structure de répit par redéploiement	Transformation	2011
		IME	autisme - troubles envahissants du développement		Infra-départementale	création d'1 section autistes par requalification de capacités DI	Création	2012 2013
			déficience intellectuelle	redéploiement de 24 places permettant de porter la capacité IME à 52 places	Infra-départementale	projet visant à transformer un ensemble IME (40) ITEP (8) en une seule structure IME de 72 places - le redéploiement de 12 places, dont 8 venant de l'ITEP conduit à un IME de 64 places	Transformation	2012

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	7	438 846	7	438 846	0	0	0	0
2012	10	141 372	10	141 372	0	0	0	0
2012	2	28 000	2	28 000	0	0	0	0
2013	2	28 000	2	28 000	0	0	0	0
2011	12	313 511	12	313 511	0	0	0	0
2011	8	100 000	0	0	8	100 000	0	0
2012	8	384 000	8	384 000	0	0	0	0
2013	4	192 000	4	192 000	0	0	0	0
2011	4	207 500	0	0	4	207 500	0	0
2012	5	147 800	5	147 800	0	0	0	0
2013	5	130 000	5	130 000	0	0	0	0
2012	24	853 728	0	0	24	853 728	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement				
Enfants	89	ITEP	troubles de la personnalité - troubles du caractère et du comportement		Inter-départementale	transformation de capacités IME en capacités ITEP	Transformation	2012				
				solde (7 places) d'un projet de transformation IME DI en ITEP	Infra-départementale	Extension de capacités ITEP par transformation de capacités IME DI	Transformation	2012				
Total Enfants												
Adultes	21	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	créer un centre de pré-orientation en lien avec celui existant dans l'Yonne	Transformation	2012				
		ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extension de 60 places (cf CPOM 2000-2013), dont 15 autorisées et financées	Extension	2011				
								2012				
								extension 8 pl	Extension	2011		
								2012				
			déficience psychique		Infra-départementale	Extension de 15 places	Extension	2013				
		FAM	déficience motrice	accueil médicalisé d'adultes handicapés moteur de foyer de vie	Infra-départementale	Solde de la médicalisation d'un foyer de vie (20 places en projet dont 18 financées)	Extension	2011				
								2012				
								2013				
								toutes déficiences		Infra-départementale	Redéploiement de moyens en interne sur le FAM de Beire le Chatel pour extension de 12 places	Extension
		CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	création d'une antenne CPO	Création	2012				
								2013				
								ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extension via CPOM, passerelle avec jeunes adultes d'IME
2012												
capacité à mettre à parité avec l'effectif accueilli	Extension											
	déficience psychique		Infra-départementale	création d'un ESAT pour adultes handicapés psychiques	Création	2013						

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	14	158 212	0	0	14	158 212	0	0
2012	7	641 411	7	641 411	0	0	0	0
	112	3 764 380	62	2 444 940	50	1 319 440	0	0
2012	10	100 000	0	0	10	100 000	0	0
2013	10	100 000	0	0	10	100 000	0	0
2011	13	154 700	13	154 700	0	0	0	0
2012	13	154 700	13	154 700	0	0	0	0
2011	4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
2012	4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
2013	15	178 500	15	178 500	0	0	0	0
2011	2	10 000	2	10 000	0	0	0	0
2011	12	142 166	12	142 166	0	0	0	0
2012	22	544 109	22	544 109	0	0	0	0
2013	8	194 460	8	194 460	0	0	0	0
2012	12	269 000	0	0	12	269 000	0	0
2012	5	144 150	5	144 150	0	0	0	0
2013	5	144 150	5	144 150	0	0	0	0
2011	5	59 500	5	59 500	0	0	0	0
2012	7	83 300	7	83 300	0	0	0	0
2011	2	23 800	2	23 800	0	0	0	0
2013	20	300 000	20	300 000	0	0	0	0
2014	20	300 000	20	300 000	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	
Adultes	58	FAM	personnes handicapées vieillissantes		Infra-départementale	Médicalisation de 10 places de foyer de vie pour adultes handicapés vieillissants	Création	2012	
								2013	
		MAS	toutes déficiences		Infra-départementale	MAS adultes très lourdement handicapés	Création	2012	
								2013	
	71	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux			Infra-départementale	création d'une antenne de pré-orientation de 10 pl	Création	2012
									2013
		ESAT	déficience intellectuelle			Infra-départementale	extension 2 pl	Extension	2013
							extension 3 pl	Extension	2013
							extension ESAT 20 pl	Extension	2011
									2012
			extension ESAT 8 pl	Extension	2013				
									2014
		FAM	autisme - troubles envahissants du développement			Infra-départementale	Création d'un FAM de 24 places sur 2 sites (16 et 24)	Création	2011
			déficience intellectuelle			Infra-départementale	Création d'un FAM de 40 places, sur 2 sites (16 et 24), dont 24 restant à financer	Création	2011
			déficience motrice			Infra-départementale	médicalisation 30 places dans le cadre d'un projet portant sur 60 pl	Extension	2011
									2012
			déficience psychique	Projet de 21 places de foyer médicalisé, dont 10 par médicalisation d'un foyer de vie			Infra-départementale	Création d'un FAM de 40 places sur 2 sites (16 et 24)	Création
Infra-départementale	Médicalisation de capacités de foyer de vie et extension de la capacité de foyer d'accueil médicalisé						Extension	2012	
personnes handicapées vieillissantes				Infra-départementale	création pour adultes handicapés vieillissants	Création	2013		
MAS	déficience psychique		Réalisation d'une MAS avec un financement de 12 places par apport de l'enveloppe sanitaire	Infra-départementale	réalisation d'une MAS de 60 places, dont 48 sur moyens nouveaux	Création	2013		
				Infra-départementale	Réalisation d'une MAS de 60 places, dont 12 par transfert d'enveloppe	Transformation	2013		

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	5	117 385	5	117 385	0	0	0	0
2013	5	117 385	5	117 385	0	0	0	0
2012	14	1 018 372	14	1 018 372	0	0	0	0
2013	24	1 762 023	24	1 762 023	0	0	0	0
2012	5	140 150	5	140 150	0	0	0	0
2013	5	140 150	5	140 150	0	0	0	0
2013	2	23 800	2	23 800	0	0	0	0
2012	3	35 700	3	35 700	0	0	0	0
2011	10	119 000	10	119 000	0	0	0	0
2012	10	119 000	10	119 000	0	0	0	0
2013	4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
2014	4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
2011	8	99 296	8	99 296	0	0	0	0
2011	8	99 296	8	99 296	0	0	0	0
2011	17	225 065	17	225 065	0	0	0	0
2012	13	337 233	13	337 233	0	0	0	0
2011	8	99 296	8	99 296	0	0	0	0
2012	11	284 331	11	284 331	0	0	0	0
2013	12	320 628	12	320 628	0	0	0	0
2013	5	340 240	5	340 240	0	0	0	0
2013	12	833 697	0	0	0	0	12	833 697

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Adultes	89	ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extensions d'ESAT	Extension	2013
							2014	
			déficience psychique		Infra-départementale	Création d'un ESAT de 40 places pour des adultes handicapés psychiques	Création	2011
								2012
		FAM	déficience motrice		Infra-départementale	Extension d'un foyer médicalisé de 44 à 50 places	Extension	2012
							2013	
		UEROS	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Inter-départementale	création d'une UEROS	Création	2012
Total Adultes								
Personnes âgées	21	EHPAD	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	EHPAD "Pré Thomas" sur le site "le Val Sully" à St Apollinaire création 22 pl	Création	2013
						EHPAD Longvic MR Marcel Jacquelinet extension de 10 places pour unités Alzheimer	Extension	2013
						FEDOSAD EHPAD / Domiciles Protégés Dijon + 17 pl	Extension	2012
								2013
			personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	EHPAD Epoisses + 10 PH vieillissantes	Extension	2011
								2013
						EHPAD Les Hortensias + 14	Extension	2013
						EHPAD Marcel Jacquelinet Longvic + 13 pl	Extension	2011
						EHPAD Messigny et Vantoux solde création solde 44 pl	Création	2011
	EHPAD Moutiers Saint Jean + 10 pl	Extension		2011				
	EHPAD St François Dijon + 13 pl	Extension		2013				
	EHPAD St Vincent de Paul Beaune + 15 pl	Extension		2013				
SARL EHPAD Velars sur Ouche +	Extension	2012						
71	EHPAD	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	EHPAD CH Cluny 9 pl	Extension	2011	
					EHPAD Verdun sur le Doubs + 29 pl	Extension	2011	

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2013	15	178 500	15	178 500	0	0	0	0
2014	15	178 500	15	178 500	0	0	0	0
2011	20	238 000	20	238 000	0	0	0	0
2012	20	238 000	20	238 000	0	0	0	0
2012	3	126 493	3	126 493	0	0	0	0
2012	3	126 493	3	126 493	0	0	0	0
2012	10	422 890	10	422 890	0	0	0	0
	460	10 833 858	416	9 531 161	32	469 000	12	833 697
2013	22	105 600	22	105 600	0	0	0	0
2013	10	48 000	10	48 000	0	0	0	0
2012	15	72 000	15	72 000	0	0	0	0
2013	2	9 600	2	9 600	0	0	0	0
2011	4	19 200	4	19 200	0	0	0	0
2013	6	28 800	6	28 800	0	0	0	0
2013	14	67 200	14	67 200	0	0	0	0
2011	3	14 400	3	14 400	0	0	0	0
2011	44	211 200	44	211 200	0	0	0	0
2011	10	48 000	10	48 000	0	0	0	0
2013	13	62 400	13	62 400	0	0	0	0
2013	15	72 000	15	72 000	0	0	0	0
2012	1	4 800	1	4 800	0	0	0	0
2011	9	43 200	9	43 200	0	0	0	0
2011	24	115 200	24	115 200	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Personnes âgées	71	EHPAD	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	EHPAD Verdun sur le Doubs + 29 pl	Extension	2012
			personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	CH Chalon EHPAD + 81 pl (déjà autorisées)	Extension	2011
						EHPAD La Chapelle de Guinchay + 2 pl	Extension	2012
				Appels à projet pour deux structures une dans le canton du Creusot et une dans le canton de Louhans	Infra-départementale	arrondissement du Creusot et de Louhans - appel à projet	Création	2012
	89	EHPAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	EHPAD Château de Nantou à POURRAIN + 7 pl	Rebasage	2011
						EHPAD Mémoire d'Auxerre + 43 pl (déjà autorisées)	Création	2011
								2012
								2013
Total Personnes âgées								
Total								

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	5	24 000	5	24 000	0	0	0	0
2011	56	268 800	56	268 800	0	0	0	0
2012	25	120 000	25	120 000	0	0	0	0
2012	2	9 600	2	9 600	0	0	0	0
2012	58	278 400	58	278 400	0	0	0	0
2013	90	432 000	90	432 000	0	0	0	0
2012	7	67 200	0	0	7	67 200	0	0
2011	11	52 800	11	52 800	0	0	0	0
2012	13	62 400	13	62 400	0	0	0	0
2012	19	91 200	19	91 200	0	0	0	0
	478	2 328 000	471	2 260 800	7	67 200	0	0
	1 050	16 926 238	949	14 236 901	89	1 855 640	12	833 697

3.4 La programmation prévisionnelle en ESAT

N° du département	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	Année de réalisation
21	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extension de 60 places (cf CPOM 2000-2013), dont 15 autorisées et financées	Extension	2011	2011
						2012	2012
	déficience psychique		Infra-départementale	extension 8 pl	Extension	2011	2011
						2012	2012
			Extension de 15 places	Extension	2013	2013	
58	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extension via CPOM, passerelle avec jeunes adultes d'IME	Extension	2011	2011
						2012	2012
	déficience psychique		Infra-départementale	capacité à mettre à parité avec l'effectif accueilli	Extension	2011	2011
						2013	2013
			création d'un ESAT pour adultes handicapés psychiques	Création	2013	2014	
71	déficience intellectuelle		Infra-départementale	extension 2 pl	Extension	2013	2013
				extension 3 pl		2013	2012
				extension ESAT 20 pl	Extension	2011	2011
						2012	2012
				extension ESAT 8 pl	Extension	2013	2013
	2014	2014					
89	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extensions d'ESAT	Extension	2013	2013
						2014	2014
	déficience psychique		Infra-départementale	Création d'un ESAT de 40 places pour des adultes handicapés psychiques	Création	2011	2011
						2012	2012
Total							

Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
		Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
13	154 700	13	154 700	0	0	0	0
13	154 700	13	154 700	0	0	0	0
4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
15	178 500	15	178 500	0	0	0	0
5	59 500	5	59 500	0	0	0	0
7	83 300	7	83 300	0	0	0	0
2	23 800	2	23 800	0	0	0	0
20	300 000	20	300 000	0	0	0	0
20	300 000	20	300 000	0	0	0	0
2	23 800	2	23 800	0	0	0	0
3	35 700	3	35 700	0	0	0	0
10	119 000	10	119 000	0	0	0	0
10	119 000	10	119 000	0	0	0	0
4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
15	178 500	15	178 500	0	0	0	0
15	178 500	15	178 500	0	0	0	0
20	238 000	20	238 000	0	0	0	0
20	238 000	20	238 000	0	0	0	0
206	2 575 400	206	2 575 400	0	0	0	0

3.5 L'adaptation de l'offre : transformations

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation	
Enfants	21	Dépistage	CAMSP	toutes déficiences		Infra-départementale	ouvrir la prise en charge à 33 nouveaux nés présentant un risque de développer un handicap (23 programmés en 2013, 10 en 2014)	2013	2013	
								2014	2014	
		Institution	IME	autisme - troubles envahissants du développement			Infra-départementale	ouvrir la prise en charge à 35 enfants supplémentaires présentant des pathologies psychosociales et à 105 autres enfants dans le cadre du plan péri-natalité	2011	2011
									2012	2012
		Milieu ordinaire	Service Expérimental	défiance intellectuelle		ouverture à hauteur de 50 places du service expérimental d'aide à l'insertion par redéploiement d'enveloppe d'IME; Le nombre de places est difficile à préciser car il s'agit d'une adaptation de l'offre (opérations tiroirs et moins d'internat)	Infra-départementale	accueil familial spécialisé 5 enfants par redéploiement d'enveloppe d'établissement	2011	2011
								ouverture de 50 places sur redéploiement et extension de 50 à 75 places, sur crédits nouveaux	2013	2013
								extension SESSAD (+ 2) par redéploiement IEM (- 1)	Infra-départementale	extension SESSAD de 13 à 15

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
23	0	79 649	23	79 649	0	0	0	0
10	0	35 016	10	35 016	0	0	0	0
140	0	426 221	0	0	140	426 221	0	0
7	0	438 846	7	438 846	0	0	0	0
5	0	397 558	0	0	5	397 558	0	0
25	0	144 171	25	144 171	0	0	0	0
2	1	34 296	0	0	2	34 296	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation		
Enfants	21	Milieu ordinaire	SESSAD	déficience auditive	extension de 50 à 86 (+36) par redéploiement d'enveloppe CAMSP	Infra-départementale	extension de 50 à 86 (+36)	2011	2011		
				déficience intellectuelle	extension SESSAD (+45) par transformation de capacités IME (-49)	Infra-départementale	extension de 155 à 200 places (15 en 2011, 10 en 2012, 20 en 2013)	2011	2011		
								2012	2012		
								2013	2013		
	déficience motrice	extension SESSAD (+8) par redéploiement IEM (-9)	Infra-départementale	extension SESSAD de 47 à 55	2012	2012					
	troubles du langage et des apprentissages		Infra-départementale	création de 18 places, dont 8 programmées en 2013, 10 en 2014	2013	2013					
					2014	2014					
	58	Dépistage	CAMSP	toutes déficiences	solde par redéploiement (6 x 2)	Infra-départementale	solder le financement de 2 antennes pour 12 enfants chacune	2011	2011		
		Institution	IME	autisme - troubles envahissants du développement	Requalification de places DI en places autistes	Infra-départementale	Restructuration IME avec transformation de places DI (10) en capacités autistes	2012	2012		
	requalification avec financement surcoût sur mesures nouvelles				Infra-départementale	requalification de 4 places DI en 4 places autistes	2012	2012			
	Milieu ordinaire	SESSAD	déficience intellectuelle			Infra-départementale	antenne SESSAD, s'appuyant sur un projet de restructuration (+7 dont 2 en redéploiement)	2012	2012		
							extension antenne SESSAD de 12 à 18	Infra-départementale	extension antenne SESSAD de 12 à 15	2011	2011
							extension de 10 par redéploiement IME	Infra-départementale	extension de 18 à 28, avec création d'1 antenne	2011	2011
							extension de 20 à 25 par rebasage	Infra-départementale	extension de 20 à 25 places	2011	2011
							extension du secteur d'intervention d'1 SESSAD	Infra-départementale	extension du secteur d'intervention d'1 SESSAD	2011	2011
							déficience visuelle	Infra-départementale	solder la création de 20 pl, dont 10 financées	2012	2012
							troubles de la personnalité - troubles du caractère et du comportement	extension de 5 places par redéploiement d'enveloppe	Infra-départementale	extension de 17 à 22, dans le cadre d'un projet visant à porter la capacité à 34	2011

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
36	0	177 873	0	0	36	177 873	0	0
15	49	257 220	0	0	15	257 220	0	0
10	49	171 480	0	0	10	171 480	0	0
20	49	342 960	0	0	20	342 960	0	0
8	9	137 184	0	0	8	137 184	0	0
8	0	121 964	8	121 964	0	0	0	0
10	0	152 455	10	152 455	0	0	0	0
12	0	37 000	0	0	12	37 000	0	0
10	0	141 372	10	141 372	0	0	0	0
2	0	28 000	2	28 000	0	0	0	0
2	0	28 000	2	28 000	0	0	0	0
5	0	88 310	5	88 310	0	0	0	0
3	0	54 711	0	0	3	54 711	0	0
10	4	171 480	0	0	10	171 480	0	0
5	0	89 100	0	0	5	89 100	0	0
2	2	35 324	0	0	2	35 324	0	0
10	0	176 620	10	176 620	0	0	0	0
5	0	92 170	0	0	5	92 170	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation	
Enfants	58	Milieu ordinaire	SESSAD	troubles du langage et des apprentissages		Infra-départementale	extension d'1 unité enfants présentant des troubles sévères du langage (+ 11) (7 financées par redéploiement : 5 en 2010, 2 en 2011) extension d'1 unité enfants handicapés auditifs (+ 7)	2013	2013	
							unité pour troubles sévères du langage au sein d'1 SESSAD (+2)	2011	2011	
	71	Dépistage	CAMSP		toutes déficiences		Infra-départementale	compléter le maillage CAMSP avec deux nouvelles antennes	2012	2012
								2013	2013	
		Institution	Etablissement Expérimental		toutes déficiences		Infra-départementale	création d'un "dispositif spécifique" de 12 pl pour des enfants présentant un handicap psychique	2011	2011
								IME	autisme - troubles envahissants du développement	créer une section autistes par requalification DI avec financement sur enveloppe prénotifiée 2010 fléchée adultes autistes
					déficience intellectuelle		Infra-départementale		extension IME de 12 pl, dont 4 programmées en 2011, 4 en 2012, 4 en 2013	2012
					2013	2013				
		Milieu ordinaire	SESSAD		autisme - troubles envahissants du développement		Infra-départementale	SESSAD + 20 dont 10 autistes en rebasage, 5 DI, 5 TCC en mesures nouvelles	2012	2012
					déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extension SESSAD (+20 places), programmé 10 autistes en rebasage 5 places DI 5 TCC en mesures nouvelles	2012	2012
								SESSAD + 10 (8 TCC, 2 DI)	2013	2013

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
18	0	317 916	18	317 916	0	0	0	0
2	0	34 800	0	0	2	34 800	0	0
100	0	287 000	100	287 000	0	0	0	0
3	0	16 000	3	16 000	0	0	0	0
12	0	313 511	12	313 511	0	0	0	0
8	0	100 000	0	0	8	100 000	0	0
8	0	384 000	8	384 000	0	0	0	0
4	0	192 000	4	192 000	0	0	0	0
10	0	171 480	0	0	10	171 480	0	0
5	0	85 740	5	85 740	0	0	0	0
2	0	34 296	2	34 296	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation				
Enfants	71	Milieu ordinaire	SESSAD	déficience motrice		Infra-départementale	SESSAD handicap moteur (SEVA APF) renforcement de capacités existantes, en partenariat avec éducation nationale diversification pour pallier partiellement l'absence d'IEM	2012	2012				
							2013	2013					
							extension de 55 à 75 avec création d'1 antenne	2012	2012				
												2014	2014
				déficience visuelle		Infra-départementale	Création d'un SESSAD (35 pl), la Saône et Loire est dépourvue de SESSAD pour des enfants handicapés visuels	2013	2013				
				polyhandicap		Infra-départementale	Appels à projets en 2013 pour la création d'un SESSAD pour le handicap dont le besoin prioritaire aura été défini par le schéma	2013	2013				
				troubles de la personnalité - troubles du caractère et du comportement		Infra-départementale	Extension SESSAD (+10), dont TCC : 8, DI : 2	2012	2012				
	SESSAD + 20, 20 programmées (10 autistes en rebasage, 5 DI, 5 TCC en mesures nouvelles)	2013	2013										
	89	Dépistage		CAMSP	toutes déficiences		Infra-départementale	extension CAMSP avec création d'une antenne au Sud du département	2013	2013			
				CMPP	toutes déficiences		Infra-départementale	créer un CMPP desservant le Nord Yonne (programmé sur 2012 et 2013)	2012	2012			
		Institution		Etablissement Expérimental	polyhandicap	ouverture d'une structure de répit par redéploiement d'enveloppe	Infra-départementale	ouverture d'une structure de répit par redéploiement	2011	2011			
				IME	autisme - troubles envahissants du développement		Infra-départementale	création d'1 section autistes par requalification de capacités DI	2012	2012			
									2013	2013			

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
4	0	32 253	4	32 253	0	0	0	0
2	0	16 127	2	16 127	0	0	0	0
4	0	96 000	4	96 000	0	0	0	0
16	0	384 000	16	384 000	0	0	0	0
15	0	287 400	15	287 400	0	0	0	0
30	0	525 000	30	525 000	0	0	0	0
4	0	68 592	4	68 592	0	0	0	0
4	0	68 592	4	68 592	0	0	0	0
5	0	85 740	5	85 740	0	0	0	0
70	0	130 044	70	130 044	0	0	0	0
50	0	200 000	50	200 000	0	0	0	0
25	0	100 956	25	100 956	0	0	0	0
4	0	207 500	0	0	4	207 500	0	0
5	0	147 800	5	147 800	0	0	0	0
5	0	130 000	5	130 000	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation	
Enfants	89	Institution	IME	déficience intellectuelle	redéploiement de 24 places permettant de porter la capacité IME à 52 places	Infra-départementale	projet visant à transformer un ensemble IME (40 ITEP (8) en une seule structure IME de 72 places - le redéploiement de 12 places, dont 8 venant de l'ITEP conduit à un IME de 64 places	2012	2012	
								2012	2012	
			ITEP	troubles de la personnalité - troubles du caractère et du comportement	solde (7 places) d'un projet de transformation IME DI en ITEP	Inter-départementale	transformation de capacités IME en capacités ITEP	2012	2012	
						Infra-départementale	Extension de capacités ITEP par transformation de capacités IME DI	2012	2012	
		Milieu ordinaire	SESSAD	déficience motrice	Infra-départementale	solder la création de 35 pl, dont 17 financées, 14 en 2012, 4 en 2013	2012	2012		
							2013	2013		
			déficience visuelle	Infra-départementale	créer 20 places (département dépourvu de SESSAD handicap visuel)	2012	2012			
						2013	2013			
		2014	2014							
		Total Enfants								
Adultes	21	Institution	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	créer un centre de pré-orientation en lien avec celui existant dans l'Yonne	2012	2012	
								2013	2013	
			ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extension de 60 places (cf CPOM 2000-2013), dont 15 autorisées et financées	2011	2011	
								2012	2012	
								extension 8 pl	2011	2011
									2012	2012
			déficience psychique			Infra-départementale	Extension de 15 places	2013	2013	
						FAM	déficience motrice	accueil médicalisé d'adultes handicapés moteur de foyer de vie	Infra-départementale	Solde de la médicalisation d'un foyer de vie (20 places en projet dont 18 financées)
			déficience psychique							
						2012	2012			
2013	2013									

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
24	24	853 728	0	0	24	853 728	0	0
14	0	158 212	0	0	14	158 212	0	0
7	13	641 411	7	641 411	0	0	0	0
14	0	292 536	14	292 536	0	0	0	0
4	0	83 581	4	83 581	0	0	0	0
5	0	95 000	5	95 000	0	0	0	0
5	0	95 000	5	95 000	0	0	0	0
10	0	190 000	10	190 000	0	0	0	0
883	200	10 685 195	548	6 734 898	335	3 950 297	0	0
10	0	100 000	0	0	10	100 000	0	0
10	0	100 000	0	0	10	100 000	0	0
13	0	154 700	13	154 700	0	0	0	0
13	0	154 700	13	154 700	0	0	0	0
4	0	47 600	4	47 600	0	0	0	0
4	0	47 600	4	47 600	0	0	0	0
15	0	178 500	15	178 500	0	0	0	0
2	0	10 000	2	10 000	0	0	0	0
12	0	142 166	12	142 166	0	0	0	0
22	0	544 109	22	544 109	0	0	0	0
8	0	194 460	8	194 460	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation
Adultes	21	Institution	FAM	toutes déficiences		Infra-départementale	Redéploiement de moyens en interne sur le FAM de Beire le Chatel pour extension de 12 places	2012	2012
			SAMSAH	déficience psychique		Infra-départementale	solder la création d'un SAMSAH 218 restant à financer	2012 2013	2012 2013
		Milieu ordinaire	SPASAD	toutes déficiences		Infra-départementale	extension 13 pl restant à financer	2012 2013	2012 2013
			SSIAD	toutes déficiences		Infra-départementale	extension 10 pl à financer	2012 2013	2012 2013
							extension 2 pl restant à financer	2012 2013	2012 2013
							extension 5 pl à financer	2012 2013	2012 2013
							extension 6 pl	2012 2013	2012 2013
							extension 6 pl à financer	2012 2013	2012 2013
			58	Institution	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaires cérébraux		Infra-départementale	création d'une antenne CPO
	ESAT	déficience intellectuelle				Infra-départementale	Extension via CPOM, passerelle avec jeunes adultes d'IME	2011 2012	2011 2012
							capacité à mettre à parité avec l'effectif accueilli	2011	2011
							création d'un ESAT pour adultes handicapés psychiques	2013	2013 2014
	FAM	personnes handicapées vieillissantes				Infra-départementale	Médicalisation de 10 places de foyer de vie pour adultes handicapés vieillissants	2012 2013	2012 2013
	MAS	toutes déficiences				Infra-départementale	MAS adultes très lourdement handicapés	2012 2013	2012 2013

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
12	0	269 000	0	0	12	269 000	0	0
14	0	194 460	14	194 460	0	0	0	0
14	0	194 460	14	194 460	0	0	0	0
7	0	97 202	7	97 202	0	0	0	0
6	0	83 316	6	83 316	0	0	0	0
6	0	83 316	6	83 316	0	0	0	0
4	0	55 544	4	55 544	0	0	0	0
1	0	13 886	1	13 886	0	0	0	0
1	0	13 886	1	13 886	0	0	0	0
2	0	27 772	2	27 772	0	0	0	0
3	0	41 658	3	41 658	0	0	0	0
3	0	41 658	3	41 658	0	0	0	0
3	0	41 658	3	41 658	0	0	0	0
3	0	41 658	3	41 658	0	0	0	0
3	0	41 658	3	41 658	0	0	0	0
5	0	144 150	5	144 150	0	0	0	0
5	0	144 150	5	144 150	0	0	0	0
5	0	59 500	5	59 500	0	0	0	0
7	0	83 300	7	83 300	0	0	0	0
2	0	23 800	2	23 800	0	0	0	0
20	0	300 000	20	300 000	0	0	0	0
20	0	300 000	20	300 000	0	0	0	0
5	0	117 385	5	117 385	0	0	0	0
5	0	117 385	5	117 385	0	0	0	0
14	0	1 018 372	14	1 018 372	0	0	0	0
24	0	1 762 023	24	1 762 023	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation
Adultes	58	Milieu ordinaire	SAMSAH	déficience psychique		Infra-départementale	création (22 places), en lien avec le projet de maison relai	2013	2013
				personnes handicapées vieillissantes		Infra-départementale	création 10 pour des agultes handicapés vieillissants	2012	2012
			SSIAD	toutes déficiences		Infra-départementale	extension 5 pl restant à financer	2012	2012
					extension capacités SSIAD PH par redéploiement SSIAD PA	Infra-départementale	extension capacités SSIAD PH par redéploiement SSIAD PA (2 pl)	2011	2011
					extension par transformation SSIAD PA	Infra-départementale	extension par transformation SSIAD PA (1)	2011	2011
			CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	création d'une antenne de pré-orientation de 10 pl	2012	2012
		2013			2013				
	ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	extension 2 pl	2013	2013		
					extension 3 pl	2013	2012		
					extension ESAT 20 pl	2011	2011		
						2012	2012		
					extension ESAT 8 pl	2013	2013		
					2014	2014			
	71	Institution	FAM	autisme - troubles envahissants du développement		Infra-départementale	Création d'un FAM de 24 places sur 2 sites (16 et 24)	2011	2011
				déficience intellectuelle		Infra-départementale	Création d'un FAM de 40 places, sur 2 sites (16 et 24), dont 24 restant à financer	2011	2011
			FAM	déficience motrice		Infra-départementale	médicalisation 30 places dans le cadre d'un projet portant sur 60 pl	2011	2011
						Infra-départementale	2012	2012	
			déficience psychique	Projet de 21 places de foyer médicalisé, dont 10 par médicalisation d'un foyer de vie	Infra-départementale	Création d'un FAM de 40 places sur 2 sites (16 et 24)	2011	2011	
					Infra-départementale	Médicalisation de capacités de foyer de vie et extension de la capacité de foyer d'accueil médicalisé	2012	2012	
	personnes handicapées vieillissantes		Infra-départementale	création pour adultes handicapés vieillissants	2013	2013			

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
10	0	138 900	10	138 900	0	0	0	0
10	0	138 900	10	138 900	0	0	0	0
5	0	69 450	5	69 450	0	0	0	0
2	2	25 766	0	0	2	25 766	0	0
1	1	12 788	0	0	1	12 788	0	0
5	0	140 150	5	140 150	0	0	0	0
5	0	140 150	5	140 150	0	0	0	0
2	0	23 800	2	23 800	0	0	0	0
3	0	35 700	3	35 700	0	0	0	0
10	0	119 000	10	119 000	0	0	0	0
10	0	119 000	10	119 000	0	0	0	0
4	0	47 600	4	47 600	0	0	0	0
4	0	47 600	4	47 600	0	0	0	0
8	0	99 296	8	99 296	0	0	0	0
8	0	99 296	8	99 296	0	0	0	0
17	0	225 065	17	225 065	0	0	0	0
13	0	337 233	13	337 233	0	0	0	0
8	0	99 296	8	99 296	0	0	0	0
11	10	284 331	11	284 331	0	0	0	0
12	0	320 628	12	320 628	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation
Adultes	71	Institution	MAS	déficience psychique		Infra-départementale	réalisation d'une MAS de 60 places, dont 48 sur moyens nouveaux	2013	2013
					Réalisation d'une MAS avec un financement de 12 places par apport de l'enveloppe sanitaire	Infra-départementale	Réalisation d'une MAS de 60 places, dont 12 par transfert d'enveloppa	2013	2013
		Milieu ordinaire	SAMSAH	déficience motrice	ouvrir 2 places en redéploiement d'enveloppe (SSIAD PH), dans le cadre d'un projet de création de 20 places	Infra-départementale	ouvrir 2 places en redéploiement dans le cadre d'un projet de création de 20 places pour handicap moteur (7 financées en 2009, 3 en redéploiement 2011, 11 programmées sur 2012)	2011	2011
					solder le projet de création d'1 SAMSAH de 20 places, dont 11 restent à financer)	Infra-départementale	projet 20 places Solde (13 places), dont 7 financées en 2009 et 3 en 2011	2012	2012
	89	Institution	ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extensions d'ESAT	2013	2013
				déficience psychique		Infra-départementale	Création d'un ESAT de 40 places pour des adultes handicapés psychiques	2011	2011
			FAM	déficience motrice		Infra-départementale	Extension d'un foyer médicalisé de 44 à 50 places	2012	2012
						Infra-départementale		2013	2012
		UEROS	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux	Inter-départementale	création d'une UEROS	2012	2012		
		Milieu ordinaire	SSIAD	toutes déficiences		Infra-départementale		2012	2012
					Infra-départementale		2013	2013	
	Total Adultes								
Personnes âgées	21	Institution	EHPAD	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	EHPAD "Pré Thomas" sur le site "le Val Sully" à St Apollinaire création 22 pl	2013	2013
							EHPAD Longvic MR Marcel Jacquelinet extension de 10 places pour unités Alzheimer	2013	2013

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
5	0	340 240	5	340 240	0	0	0	0
12	0	833 697	0	0	0	0	12	833 697
2	0	74 025	0	0	2	74 025	0	0
11	0	316 175	11	316 175	0	0	0	0
15	0	178 500	15	178 500	0	0	0	0
15	0	178 500	15	178 500	0	0	0	0
20	0	238 000	20	238 000	0	0	0	0
20	0	238 000	20	238 000	0	0	0	0
3	0	126 493	3	126 493	0	0	0	0
3	0	126 493	3	126 493	0	0	0	0
10	0	422 890	10	422 890	0	0	0	0
5	0	69 430	5	69 430	0	0	0	0
5	0	69 430	5	69 430	0	0	0	0
581	13	12 720 854	532	11 305 578	37	581 579	12	833 697
22	0	105 600	22	105 600	0	0	0	0
10	0	48 000	10	48 000	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation		
Personnes âgées	21	Institution	EHPAD	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	FEDOSAD EHPAD / Domiciles Protégés Dijon + 17 pl	2012	2012		
								2013	2013		
				personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	EHPAD Epoisses + 10 PH vieillissantes			2011	2011
							EHPAD Les Hortensias + 14			2013	2013
							EHPAD Marcel Jacquelinet Longvic + 13 pl			2011	2011
							EHPAD Messigny et Vantoux solde création solde 44 pl			2011	2011
							EHPAD Moutiers Saint Jean + 10 pl			2011	2011
							EHPAD St François Dijon + 13 pl			2013	2013
							EHPAD St Vincent de Paul Beaune + 15 pl			2013	2013
		SARL EHPAD Velars sur Ouche +			2012	2012					
		Milieu ordinaire	AJ	Infra-départementale	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés			AJ / EHPAD CH Beaune + 2	2011	2011	
								AJ / EHPAD création 2 pl (enveloppe anticipée) Agglomération dijonnaise	2011	2011	
								AJ / EHPAD solde création 5 pl (enveloppe anticipée) sur Messigny et Vantoux	2011	2011	
								AJ Asnières les Dijon extension 3 pl	2011	2011	
								AJ EHPAD Saulieu + 2	2011	2011	
								AJ itinérant projet création 26 pl solde à financer 16 places	2012	2012	
									2013	2013	
					HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés			Infra-départementale	HT / Etablissement d'accueil temporaire création 8 pl agglomération dijonnaise	2013
SSIAD	personnes âgées dépendantes				Infra-départementale				ADMR SSIAD Genlis + 3 pl	2012	2012
						ADMR SSIAD Seure / St Jean de Losne + 8 pl	2011	2011			
							2012	2012			

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
15	0	72 000	15	72 000	0	0	0	0
2	0	9 600	2	9 600	0	0	0	0
4	0	19 200	4	19 200	0	0	0	0
6	0	28 800	6	28 800	0	0	0	0
14	0	67 200	14	67 200	0	0	0	0
3	0	14 400	3	14 400	0	0	0	0
44	0	211 200	44	211 200	0	0	0	0
10	0	48 000	10	48 000	0	0	0	0
13	0	62 400	13	62 400	0	0	0	0
15	0	72 000	15	72 000	0	0	0	0
1	0	4 800	1	4 800	0	0	0	0
2	0	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2	0	10 906	2	10 906	0	0	0	0
5	0	27 265	5	27 265	0	0	0	0
3	0	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2	0	10 906	2	10 906	0	0	0	0
3	0	16 359	3	16 359	0	0	0	0
13	0	70 889	13	70 889	0	0	0	0
8	0	42 400	8	42 400	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation
Personnes âgées	21	Milieu ordinaire	SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	ADMR SSIAD Seure / St Jean de Losne + 8 pl	2013	2013
							Ass. CSI SSIAD + 6 pl	2012	2012
								2013	2013
							FEDOSAD SSIAD	2011	2011
								2012	2012
								2013	2013
							Hôpital SSIAD Alise + 5 pl	2012	2012
								2013	2013
							Hôpital SSIAD Saulieu extension	2013	2013
							Hôpital SSIAD Vitteaux + 3 pl	2012	2012
							Mutualité Gevrey Chambertin + 7 pl	2012	2012
								2013	2013
							Mutualité Laignes + 7 pl	2012	2012
								2013	2013
	Mutualité SSIAD Semur en Auxois + 3 pl	2012	2012						
	Mutualité aggro Dijon + 11 places	2011	2011						
		2012	2012						
		2013	2013						
	appel à projets aggro Dijon	2012	2012						
		2013	2013						
	58	Milieu ordinaire	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ / EHPAD Chateau Chinon 6	2011	2011
AJ / EHPAD Corbigny + 1							2012	2011	
AJ / EHPAD Decize + 1 pl							2011	2011	
AJ / EHPAD Guérigny							2013	2013	
AJ / EHPAD St Pierre le Moutiers + 6							2012	2012	
AJ / EHPAD Imphy + 3 pl							2011	2011	
AJ Chatillon en Bazois solde création 1 pl							2011	2011	

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
8	0	42 000	8	42 000	0	0	0	0
5	0	26 250	5	26 250	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0
5	0	26 250	5	26 250	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
4	0	21 000	4	21 000	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
4	0	21 000	4	21 000	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
5	0	26 250	5	26 250	0	0	0	0
25	0	131 250	25	131 250	0	0	0	0
25	0	131 250	25	131 250	0	0	0	0
6	0	32 718	6	32 718	0	0	0	0
1	0	5 453	1	5 453	0	0	0	0
1	0	5 453	1	5 453	0	0	0	0
3	0	16 359	3	16 359	0	0	0	0
6	0	32 718	6	32 718	0	0	0	0
3	0	16 359	3	16 359	0	0	0	0
1	0	5 453	1	5 453	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation	
Personnes âgées	58	Milieu ordinaire	AJ	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	AJ / EHPAD Clamecy + 2 pl	2012	2012	
			HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Nevers + 3	2011	2011	
							HT / EHPAD Guérigny + 3 pl	2011	2011	
							HT / EHPAD Moulin Engilbert création 2 pl	2012	2012	
							HT / EHPAD Varennes Vauzelles création 3	2013	2013	
							HT agglo Nevers création 10 pl	2012	2012	
							MR HT / EHPAD Corbigny création 2 pl	2012	2012	
			personnes âgées dépendantes			Infra-départementale	HT / EHPAD Dornes création 1 pl	2011	2011	
							HT / FL-EHPAD St Amand en Puisaye 2 pl	2011	2011	
			SSIAD	personnes âgées dépendantes			Infra-départementale	ADMR SSIAD La Charité / Prémercy + 3 pl	2013	2013
								Ass Soins et Services à Domicile SSIAD Cosne + 11 pl	2011	2011
									2012	2012
									2013	2013
								Ass. ASAD SSIAD Pouilly sur Loire + 5 pl	2012	2012
									2013	2013
								Croix Rouge SSIAD Brinon / Corbigny + 3 pl	2012	2012
								Croix Rouge SSIAD Luzy + 4 pl	2013	2013
								Croix Rouge SSIAD Montsauche + 4 pl	2013	2013
								Croix Rouge SSIAD St Benin d'Azy / Fours + 5 pl	2012	2012
								Hôpital SSIAD Lormes + 5 places	2011	2011
Mutualité SSIAD Nevers St Exupéry + 6 pl	2012	2012								
SSIAD Imphy + 5 pl (2 programmées)	2013	2013								
SSIAD Moulins Engilbert + 2	2012	2012								
SSIAD St Perre le Mouters + 8	2012	2012								
	2013	2013								

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2	0	10 906	2	10 906	0	0	0	0
3	0	15 900	0	0	3	15 900	0	0
3	0	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2	0	10 600	2	10 600	0	0	0	0
3	0	15 900	3	15 900	0	0	0	0
10	0	53 000	10	53 000	0	0	0	0
2	0	10 600	2	10 600	0	0	0	0
1	0	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2	0	10 600	2	10 600	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
6	0	31 500	6	31 500	0	0	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
4	0	21 000	4	21 000	0	0	0	0
4	0	21 000	4	21 000	0	0	0	0
5	0	26 250	5	26 250	0	0	0	0
5	0	26 250	5	26 250	0	0	0	0
6	0	31 500	6	31 500	0	0	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0
4	0	21 000	4	21 000	0	0	0	0
4	0	21 000	4	21 000	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation
Personnes âgées	58	Milieu ordinaire	SSIAD spécialisé	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	SSIAD Nièvre + 10 pl Appel à candidatures	2011	2011
				maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	EHPAD CH Cluny 9 pl	2011	2011
	71	Institution	EHPAD	personnes âgées dépendantes	Appels à projet pour deux structures une dans le canton du Cresuot et une dans le canton de Louhans	Infra-départementale	CH Chalons EHPAD + 81 pl (déjà autorisées)	2011	2011
							EHPAD Verdun sur le Doubs + 29 pl	2012	2012
							EHPAD La Chapelle de Guinchay + 2 pl	2012	2012
				AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Infra-départementale	arrondissement du Creusot et de Louhans - appel à projet	2012	2012
								2013	2013
				Milieu ordinaire	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Infra-départementale	AJ / EHAD CH Autun + 1	2011
	AJ / EHPAD Couches + 1	2011	2011						
	AJ / EHPAD EHPAD Toulon sur Arroux	2012	2012						
	AJ / EHPAD Gueugnon + 1	2011	2011						
	AJ / EHPAD Hôpital Louhans + 6 pl	2011	2011						
	AJ / EHPAD Marcigny création 6	2013	2013						
	AJ EHPAD Hôpital Tournus + 2	2011	2011						
	Appels à projets, création d'un accueil de jour de 6 places adossé à un EHPAD selon besoins identifiés par le schéma.	2013	2013						
	Extension de 3 places de l'AJ CH de Macon pour conformité circulaire suite au déménagement de bâtiment	2013	2013						
	HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Infra-départementale	HT / EHPAD La Chapelle de Guinchay solde création 4 pl	2012	2012			
				HT / EHPAD Mellecey création 8 pl	2011	2011			
				HT / EHPAD Montcenis création 10 pl	2012	2012			

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
10	0	150 000	10	150 000	0	0	0	0
9	0	43 200	9	43 200	0	0	0	0
24	0	115 200	24	115 200	0	0	0	0
5	0	24 000	5	24 000	0	0	0	0
56	0	268 800	56	268 800	0	0	0	0
25	0	120 000	25	120 000	0	0	0	0
2	0	9 600	2	9 600	0	0	0	0
58	0	278 400	58	278 400	0	0	0	0
90	0	432 000	90	432 000	0	0	0	0
1	0	5 453	1	5 453	0	0	0	0
1	0	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2	0	10 906	2	10 906	0	0	0	0
1	0	5 453	1	5 453	0	0	0	0
6	0	32 718	6	32 718	0	0	0	0
6	0	32 718	6	32 718	0	0	0	0
2	0	10 906	2	10 906	0	0	0	0
6	0	32 718	6	32 718	0	0	0	0
3	0	16 359	3	16 359	0	0	0	0
4	0	21 200	4	21 200	0	0	0	0
4	0	21 200	4	21 200	0	0	0	0
4	0	21 200	4	21 200	0	0	0	0
9	0	47 700	9	47 700	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation	
Personnes âgées	71	Milieu ordinaire	HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Montcenis création 10 pl	2013	2013	
							Hôpital HT / EHPAD Chagny création 2 pl	2011	2011	
			SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	SSIAD Chagny + 2	2012	2012	
							SSIAD Chauffailles + 9	2012	2012	
							SSIAD Digoïn + 3	2012	2012	
							SSIAD La Guiche + 16	2012	2012	
	SSIAD spécialisé	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	SSIAD création d'une unité spécialisée 10 pl appel à candidatures	2012	2012			
						2013	2013			
	89	Institution	EHPAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	EHPAD Château de Nantou à POURRAIN + 7 pl	2011	2012	
								2011	2011	
							EHPAD Mémoire d'Auxerre + 43 pl (déjà autorisées)	2012	2012	
								2013	2012	
		Milieu ordinaire	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés			Infra-départementale	EHPAD Arces Dilo 5 pl dont 1 par redéploiement	2011	2011
									2012	2012
								AJ / EHPAD St Florentin + 3 pl	2011	2011
									2012	2012
								Ass Foyer Résidence PA AJ / EHPAD Colanges la Vineuse + 2 pl	2012	2012
								CH AJ / EHPAD Joigny + 3 pl	2011	2011
								CH AJ / EHPAD Migennes + 4 pl	2011	2011
								MDR Yonne AJ / EHPAD Auxerre + 4 pl	2012	2012
								2013	2013	
MR Gandrille en Bel Air AJ / EHPAD St Sauveur en Puisaye + 6 pl								2011	2011	
	2012	2013								
SARL AJ / EHPAD Appoigny + 3 pl	2012	2012								
	2013	2013								

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
1	0	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2	0	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0
9	0	47 250	9	47 250	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
16	0	84 000	16	84 000	0	0	0	0
8	0	42 000	8	42 000	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
10	0	150 000	10	150 000	0	0	0	0
7	0	67 200	0	0	7	67 200	0	0
11	0	52 800	11	52 800	0	0	0	0
13	0	62 400	13	62 400	0	0	0	0
19	0	91 200	19	91 200	0	0	0	0
2	0	10 906	1	5 453	1	5 453	0	0
3	0	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2	0	10 906	2	10 906	0	0	0	0
1	0	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2	0	10 906	2	10 906	0	0	0	0
3	0	16 359	3	16 359	0	0	0	0
4	0	21 812	4	21 812	0	0	0	0
3	0	16 359	3	16 359	0	0	0	0
1	0	5 453	1	5 453	0	0	0	0
5	0	27 265	5	27 265	0	0	0	0
1	0	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2	0	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2	0	10 905	2	10 905	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation
Personnes âgées	89	Milieu ordinaire	HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Appoigny création 2 pl	2011	2011
								2012	2012
							HT / EHPAD Champcevrains	2011	2011
								2013	2013
							HT / EHPAD Coulanges sur Yonne création 3 pl	2011	2011
							HT / EHPAD Mailly-le-Château + 3	2011	2011
								2012	2012
							HT / EHPAD Saint Agnan création 4 pl	2011	2011
								2012	2012
							HT / EHPAD Villefargeau 3 places autorisées sur 2010	2011	2011
				2012	2012				
				2013	2013				
			HT Coulanges-la-Vineuse	2011	2011				
				2012	2012				
				2013	2013				
			HT EHPAD Villeneuve sur Yonne création 7 pl dont 1 en redéploiement	2011	2011				
				2012	2012				
				2013	2013				
			HT Migennes	2011	2011				
				2012	2012				
	2013	2013							
			redéploiement AJ en HT			Infra-départementale	redéploiement AJ en 2 pl HT pour EHPAD Carisey	2011	2011
			SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	SSIAD Pont sur Yonne + 5 pl	2012	2012
								2013	2013
								2012	2012
								2013	2013
								2013	2013
						SSIAD Sens + 3 pl	2012	2012	

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
1	0	5 300	1	5 300	0	0	0	0
1	0	5 300	1	5 300	0	0	0	0
3	0	15 900	3	15 900	0	0	0	0
3	0	15 900	3	15 900	0	0	0	0
3	0	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2	0	10 600	2	10 600	0	0	0	0
1	0	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2	0	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2	0	10 600	2	10 600	0	0	0	0
3	0	15 900	3	15 900	0	0	0	0
4	0	21 200	4	21 200	0	0	0	0
3	0	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2	0	10 600	2	10 600	0	0	0	0
1	0	5 300	1	5 300	0	0	0	0
1	0	5 300	1	5 300	0	0	0	0
1	0	5 300	0	0	1	5 300	0	0
3	0	15 900	3	15 900	0	0	0	0
3	0	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2	0	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2	0	10 600	2	10 600	0	0	0	0
1	0	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2	2	10 600	0	0	2	10 600	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0
1	0	5 250	1	5 250	0	0	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0

Public	N° du dépm	Thématique	Catégorie de structure	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Année de Financement	Année de réalisation
Personnes âgées	89	Milieu ordinaire	SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	SSIAD Sens + 3 pl	2013	2013
							SSIAD St sauveur en Puisaye + 6 pl	2012	2012
								2013	2013
								2012	2012
							SSIAD Toucy / Aillant sur Tholon + 8 pl	2013	2013
						2011		2011	
			Inter-départementale	Mutualité antenne SSIAD + 10 pl avec intervention sur Quarré les Tombes	2011	2011			
		2013	2013						
SSIAD spécialisé	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	SSIAD Yonne création d'1 unité spécialisée (10 pl) Appel à candidatures	2011	2011			
Total Personnes âgées									
Total									

Nombre total de places nouvelles	Nombre de places transformées	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
1	0	5 250	1	5 250	0	0	0	0
2	0	10 500	2	10 500	0	0	0	0
4	0	21 000	4	21 000	0	0	0	0
3	0	15 750	3	15 750	0	0	0	0
5	0	26 250	5	26 250	0	0	0	0
1	0	5 250	1	5 250	0	0	0	0
5	0	26 250	5	26 250	0	0	0	0
5	0	26 250	5	26 250	0	0	0	0
10	0	150 000	10	150 000	0	0	0	0
985	2	5 310 185	971	5 205 732	14	104 453	0	0
2 449	215	28 716 234	2 051	23 246 208	386	4 636 329	12	833 697

3.6 L'adaptation de l'offre : contractualisations

N° du dépt	Forme juridique	Nom du gestionnaire	Date de la signature	Durée de la contractualisation	Statut	Public concerné	Description des objectifs poursuivis	Catégorie de structure	Nombre de places concernées	Nombre d'ETP global de salariés
89	CPOM	APAJH	2011	5	CCNT 1951	Enfants, Adultes		ESAT	188	
								IME	129	
								SESSAD	10	
Légende										
RE	Retour à l'équilibre			BT	Baisse des tarifs usagers			RS	Réorganisation des structures	
MC	Maîtrise des coûts			RR	Restructuration ou redéploiements			MF	Mutualisation de fonctions	
CT	Convergence tarifaire			TA	Développement des taux d'activité			DQ	Démarche qualité	

Volume budgétaire actuel	Ressources nécessaires				Objectifs		
	Crédits CPOM	Marge de mainoeuvre	Crédits mesures nouvelles	Crédits non reconductibles	Budgétaires	Organisationnels	Amélioration
Légende							
AG	Amélioration de la gestion RH			MA	Diversification des modes d'accueil		
PP	Professionnalisation du personnel			DA	Développement d'activités non couvertes		
RO	Recomposition de l'offre			PR	Développement de plates-formes ou réseaux		

3.7 Les besoins locaux sur crédits spécifiques

Public	N° du dépt.	Thématique	Catégorie de structure concernée	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Enfants	71	Institution	Etablissement Expérimental	toutes déficiences		Infra-départementale	création d'un "dispositif spécifique" de 12 pl pour des enfants présentant un handicap psychique	Création	2011
Total Enfants									
Adultes	21	Milieu ordinaire	SPASAD	toutes déficiences		Infra-départementale	extension 13 pl restant à financer	Extension	2012 2013
	58	Institution	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	création d'une antenne CPO	Création	2012 2013
		Milieu ordinaire	SAMSAH	personnes handicapées vieillissantes		Infra-départementale	création 10 pour des adultes handicapés vieillissants	Création	2012
	71	Institution	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	création d'une antenne de pré-orientation de 10 pl	Création	2012 2013
			FAM	personnes handicapées vieillissantes		Infra-départementale	création pour adultes handicapés vieillissants	Création	2013
	89	Institution	UEROS	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Inter-départementale	création d'une UEROS	Création	2012
	Total Adultes								
Total									

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2011	12	313 511	12	313 511	0	0	0	0
	12	313 511	12	313 511	0	0	0	0
2012	7	97 202	7	97 202	0	0	0	0
2013	6	83 316	6	83 316	0	0	0	0
2012	5	144 150	5	144 150	0	0	0	0
2013	5	144 150	5	144 150	0	0	0	0
2012	10	138 900	10	138 900	0	0	0	0
2012	5	140 150	5	140 150	0	0	0	0
2013	5	140 150	5	140 150	0	0	0	0
2013	12	320 628	12	320 628	0	0	0	0
2012	10	422 890	10	422 890	0	0	0	0
	65	1 631 536	65	1 631 536	0	0	0	0
	77	1 945 047	77	1 945 047	0	0	0	0

4 Valorisation de la programmation prévisionnelle médico-sociale en emplois.

Catégorie de public : Enfants					
Départements	21	58	71	89	Total
Qualifications					
Personnel de direction, administration, services généraux	3,10	1,15	13,24	5,60	23,09
Personnel socio-éducatif	5,05	4,40	21,21	14,65	45,31
dont éducateurs spécialisés	4,90	3,60	19,20	13,45	41,15
dont aide médico-psychologique	0,00	0,00	0,20	0,00	0,20
Personnel médical	0,56	0,30	1,29	1,72	3,87
dont psychiatre	0,25	0,30	0,76	0,82	2,13
dont généraliste	0,00	0,00	0,10	0,80	0,90
Personnel paramédical	3,10	4,71	18,04	15,35	41,20
dont infirmiers (IDE)	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00
dont aide soignant	2,00	0,00	0,10	0,00	2,10
dont psychologue	0,50	1,60	4,46	5,00	11,56
dont orthophoniste	0,15	2,41	3,28	2,58	8,42
dont psychomotricien	0,35	0,70	4,20	2,60	7,85
dont kinésithérapeute	0,00	0,00	3,00	0,80	3,80
dont ergothérapeute	0,10	0,00	2,00	2,07	4,17
Total	11,81	10,56	53,78	37,32	113,47

Catégorie de public : Adultes					
Départements	21	58	71	89	Total
Qualifications					
Personnel de direction, administration, services généraux	7,07	14,30	18,18	7,50	47,05
Personnel socio-éducatif	6,18	20,62	5,26	5,42	37,48
dont éducateurs spécialisés	4,38	2,38	5,18	5,38	17,32
dont aide médico-psychologique	1,75	18,00	0,00	0,00	19,75
Personnel médical	0,86	0,62	1,24	0,32	3,04
dont psychiatre	0,13	0,00	0,30	0,20	0,63
dont généraliste	0,42	0,62	0,90	0,12	2,06
Personnel paramédical	28,29	28,11	48,36	2,90	107,66
dont infirmiers (IDE)	10,14	3,12	10,64	0,92	24,82
dont aide soignant	15,64	23,00	33,40	1,00	73,04
dont psychologue	1,21	0,65	1,91	0,80	4,57
dont orthophoniste	0,12	0,12	0,12	0,12	0,48
dont psychomotricien	0,00	0,10	0,20	0,00	0,30
dont kinésithérapeute	0,05	1,05	0,65	0,05	1,80
dont ergothérapeute	0,00	0,06	1,20	0,00	1,26
Total	42,40	63,65	73,04	16,14	195,23

Catégorie de public : Personnes âgées					
Départements	21	58	71	89	Total
Qualifications					
Infirmiers IDE	8,48		19,10	2,20	29,78
Aide soignant	49,37	26,50	63,00	7,94	146,81
Aide médico-psychologique					0,00
Médecins coordonateur	0,75	0,30	0,50	0,20	1,75
Total	58,60	26,80	82,60	10,34	178,34

5 Les articulations sanitaires, médico-sociales et sociales

5.1 PRIAC et SROS III : les actions prioritaires de coopération

Informations non disponibles.

5.2 Les réseaux associant soins de ville-hôpitaux-secteur médico-social

Dénomination du réseau	Description	Territoire concerné	Participants
Réseau gérontologique de la haute Côte d'Or	favoriser le maintien à domicile	21	Les 3 secteurs (hôpital médecine de ville et médico-social)
réseau gérontologique de l'Autunois	favoriser le maintien à domicile	71	les 3 secteurs
réseau géronto du Charolais	favoriser le maintien à domicile	71	les 3 secteurs
réseau géronto du Creusot	favoriser le maintien à domicile	71	les 3 secteurs
réseau géronto de la Bresse	favoriser le maintien à domicile	71	les 3 secteurs
Réseau géronto Arroux-Bopurbince	Favoriser le maintien à domicile	71	les 3 secteurs
coordination géronto les 3 rivières	favoriser le maintien à domicile	71	les 3 secteurs
Réseau santé mentale de l'Yonne	améliorer les pratiques professionnelles des personnes intervenants auprès des personnes souffrant de troubles psychologiques	89	les 3 secteurs
coordination géronto du Tonnerrois	favoriser le maintien à domicile	89	les 3 secteurs
RGAD réseau géronto de l'agglomération Dijonnaise	favoriser le maintien à domicile	21	les 3 secteurs
RSHN réseau de santé du haut Nivernais	approche globale dont un volet géronte	58	les 3 secteurs
pluradys	troubles du langage	21	les 3 secteurs

Public concerné	Financements		
	DRDR	Autres	Nature
personnes âgées dépendantes	141 780,00		
personnes âgées dépendantes	105 676,00		
personnes âgées dépendantes	128 264,00		
personnes âgées dépendantes	157 094,00		
personnes âgées dépendantes	58 000,00		
personnes âgées dépendantes	104 272,00		
personnes âgées dépendantes	163 280,00		
toutes déficiences	187 500,00		
personnes âgées dépendantes	206 380,00		
personnes âgées dépendantes	186 669,00		
toutes déficiences	221 250,00		
troubles du langage et des apprentissages			

5.3 PRIAC et PRSP : les actions de prévention et de promotion de la santé en établissements et services

Informations non disponibles.

6 Tableaux de synthèse des actions

6.1 Synthèse des actions par année de financement

6.1.1 2011

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Enfants	21	CAFS	déficience intellectuelle		Infra-départementale	accueil familial spécialisé 5 enfants par redéploiement d'enveloppe d'établissement	Transformation	2011
		CAMSP	toutes déficiences	ouvrir par redéploiement d'enveloppe d'IME, la prise en charge à 35 enfants présentant des pathologies psycho-sociales et à 105 autres enfants dans le cadre du plan péri-natalité	Infra-départementale	ouvrir la prise en charge à 35 enfants supplémentaires présentant des pathologies psycho-sociales et à 105 autres enfants dans le cadre du plan péri-natalité	Transformation	2011
		SESSAD	déficience auditive	extension de 50 à 86 (+36) par redéploiement d'enveloppe CAMSP	Infra-départementale	extension de 50 à 86 (+36)	Transformation	2011
			déficience intellectuelle	extension SESSAD (+45) par transformation de capacités IME (-49)	Infra-départementale	extension de 155 à 200 places (15 en 2011, 10 en 2012, 20 en 2013)	Transformation	2011
	58	CAMSP	toutes déficiences	solde par redéploiement (6 x 2)	Infra-départementale	solder le financement de 2 antennes pour 12 enfants chacune	Transformation	2011
		SESSAD	déficience intellectuelle	extension antenne SESSAD de 12 à 18	Infra-départementale	extension antenne SESSAD de 12 à 15	Transformation	2011
				extension de 10 par redéploiement IME	Infra-départementale	extension de 18 à 28, avec création d'1 antenne	Transformation	2011

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2011	5	397 558	0	0	5	397 558	0	0
2011	140	426 221	0	0	140	426 221	0	0
2011	36	177 873	0	0	36	177 873	0	0
2011	15	257 220	0	0	15	257 220	0	0
2011	12	37 000	0	0	12	37 000	0	0
2011	3	54 711	0	0	3	54 711	0	0
2011	10	171 480	0	0	10	171 480	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Enfants	58	SESSAD	déficience intellectuelle	extension de 20 à 25 par rebasage	Infra-départementale	extension de 20 à 25 places	Transformation	2011
				extension du secteur d'intervention d'1 SESSAD	Infra-départementale	extension du secteur d'intervention d'1 SESSAD	Transformation	2011
			troubles de la personnalité - troubles du caractère et du comportement	extension de 5 places par redéploiement d'enveloppe	Infra-départementale	extension de 17 à 22, dans le cadre d'un projet visant à porter la capacité à 34	Transformation	2011
			troubles du langage et des apprentissages		Infra-départementale	unité pour troubles sévères du langage au sein d'1 SESSAD (+2)	Transformation	2011
	71	IME	autisme - troubles envahissants du développement	créer une section autistes par requalification DI avec financement sur enveloppe prénotifiée 2010 fléchée adultes autistes	Infra-départementale	création d'un "dispositif spécifique" de 12 pl pour des enfants présentant un handicap psychique	Création	2011
						créer une section pour enfants autistes par requalification de places DI (sur enveloppe prénotifiée 2010 fléchée adultes autistes)	Rebasage	2011
	89	Etablissement Expérimental	polyhandicap	ouverture d'une structure de répit par redéploiement d'enveloppe	Infra-départementale	ouverture d'une structure de répit par redéploiement	Transformation	2011
	Total Enfants							
Adultes	21	ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extension de 60 places (cf CPOM 2000-2013), dont 15 autorisées et financées	Extension	2011
						extension 8 pl	Extension	2011
		FAM	déficience motrice	accueil médicalisé d'adultes handicapés moteur de foyer de vie	Infra-départementale	Solde de la médicalisation d'un foyer de vie (20 places en projet dont 18 financées)	Extension	2011
	Création d'un FAM (42 pl) pour des adultes handicapés psychiques					Création	2011	
	58	ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extension via CPOM, passerelle avec jeunes adultes d'IME	Extension	2011
						capacité à mettre à parité avec l'effectif accueilli	Extension	2011

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2011	5	89 100	0	0	5	89 100	0	0
2011	2	35 324	0	0	2	35 324	0	0
2011	5	92 170	0	0	5	92 170	0	0
2011	2	34 800	0	0	2	34 800	0	0
2011	12	313 511	12	313 511	0	0	0	0
2011	8	100 000	0	0	8	100 000	0	0
2011	4	207 500	0	0	4	207 500	0	0
	259	2 394 468	12	313 511	247	2 080 957	0	0
2011	13	154 700	13	154 700	0	0	0	0
2011	4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
2011	2	10 000	2	10 000	0	0	0	0
2011	12	142 166	12	142 166	0	0	0	0
2011	5	59 500	5	59 500	0	0	0	0
2011	2	23 800	2	23 800	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Adultes	58	SSIAD	toutes déficiences	extension capacités SSIAD PH par redéploiement SSIAD PA	Infra-départementale	extension capacités SSIAD PH par redéploiement SSIAD PA (2 pl)	Transformation	2011
				extension par transformation SSIAD PA	Infra-départementale	extension par transformation SSIAD PA (1)	Transformation	2011
	71	ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	extension ESAT 20 pl	Extension	2011
				autisme - troubles envahissants du développement	Infra-départementale	Création d'un FAM de 24 places sur 2 sites (16 et 24)	Création	2011
		FAM	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Création d'un FAM de 40 places, sur 2 sites (16 et 24), dont 24 restant à financer	Création	2011
				déficience motrice	Infra-départementale	médicalisation 30 places dans le cadre d'un projet portant sur 60 pl	Extension	2011
				déficience psychique	Infra-départementale	Création d'un FAM de 40 places sur 2 sites (16 et 24)	Création	2011
				déficience motrice	Infra-départementale	ouvrir 2 places en redéploiement dans le cadre d'un projet de création de 20 places	Rebasage	2011
	89	ESAT	déficience psychique		Infra-départementale	Création d'un ESAT de 40 places pour des adultes handicapés psychiques	Création	2011
	Total Adultes							
Personnes âgées	21	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ / EHPAD CH Beaune + 2	Extension	2011
				AJ / EHPAD création 2 pl (enveloppe anticipée) Agglomération dijonnaise		Création	2011	
				AJ / EHPAD solde création 5 pl (enveloppe anticipée) sur Messigny et Vantoux		Création	2011	
				AJ Asnières les Dijon extension 3 pl		Extension	2011	
				AJ EHPAD Saulieu + 2		Extension	2011	
				EHPAD		personnes âgées dépendantes	Infra-départementale	EHPAD Epoisses + 10 PH vieillissantes

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2011	2	25 766	0	0	2	25 766	0	0
2011	1	12 788	0	0	1	12 788	0	0
2011	10	119 000	10	119 000	0	0	0	0
2011	8	99 296	8	99 296	0	0	0	0
2011	8	99 296	8	99 296	0	0	0	0
2011	17	225 065	17	225 065	0	0	0	0
2011	8	99 296	8	99 296	0	0	0	0
2011	2	74 025	0	0	2	74 025	0	0
2011	20	238 000	20	238 000	0	0	0	0
	114	1 430 298	109	1 317 719	5	112 579	0	0
2011	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2011	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2011	5	27 265	5	27 265	0	0	0	0
2011	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2011	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2011	4	19 200	4	19 200	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Personnes âgées	21	EHPAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	EHPAD Marcel Jacquelinet Longvic + 13 pl	Extension	2011
						EHPAD Messigny et Vantoux solde création solde 44 pl	Création	2011
						EHPAD Moutiers Saint Jean + 10 pl	Extension	2011
		SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	ADMR SSIAD Seure / St Jean de Losne + 8 pl	Extension	2011
						FEDOSAD SSIAD	Extension	2011
						Mutualité agglo Dijon + 11 places	Extension	2011
	58	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ / EHPAD Chateau Chinon 6	Création	2011
						AJ / EHPAD Decize + 1 pl	Extension	2011
						AJ /EHPAD Imphy + 3 pl	Extension	2011
						AJ Chatillon en Bazois solde création 1 pl	Création	2011
		HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Nevers + 3	Transformation	2011
						HT / EHPAD Guérigny + 3 pl	Extension	2011
			personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	HT / EHPAD Dornes création 1 pl	Création	2011
						HT / FL-EHPAD St Amand en Puisaye 2 pl	Extension	2011
		SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	Ass Soins et Services à Domicile SSIAD Cosne + 11 pl	Extension	2011
						Hôpital SSIAD Lormes + 5 places	Extension	2011
	SSIAD spécialisé	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	SSIAD Nièvre + 10 pl Appel à candidatures	Création	2011	
	71	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ / EHAD CH Autun + 1	Extension	2011
						AJ / EHPAD Couches + 1	Extension	2011
						AJ / EHPAD Gueugnon + 1	Extension	2011
						AJ / EHPAD Hôpital Louhans + 6 pl	Extension	2011
						AJ EHPAD Hôpital Tournus + 2	Extension	2011
		EHPAD	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	EHPAD CH Cluny 9 pl	Extension	2011
EHPAD Verdun sur le Doubs + 29 pl						Extension	2011	

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2011	3	14 400	3	14 400	0	0	0	0
2011	44	211 200	44	211 200	0	0	0	0
2011	10	48 000	10	48 000	0	0	0	0
2011	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2011	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2011	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2011	6	32 718	6	32 718	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2011	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2011	3	15 900	0	0	3	15 900	0	0
2011	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2011	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2011	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2011	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2011	10	150 000	10	150 000	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2011	6	32 718	6	32 718	0	0	0	0
2011	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2011	9	43 200	9	43 200	0	0	0	0
2011	24	115 200	24	115 200	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	
Personnes âgées	71	EHPAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	CH Chalons EHPAD + 81 pl (déjà autorisées)	Extension	2011	
		HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Mellecey création 8 pl	Création	2011	
						Hôpital HT / EHPAD Chagny création 2 pl	Création	2011	
	SSIAD spécialisé	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	SSIAD création d'une unité spécialisée 10 pl appel à candidatures	Création	2011		
	89	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	EHPAD Arces Dilo 5 pl dont 1 par redéploiement	Création	2011	
						AJ / EHPAD St Florentin + 3 pl	Extension	2011	
						CH AJ / EHPAD Joigny + 3 pl	Extension	2011	
						CH AJ / EHPAD Migennes + 4 pl	Extension	2011	
						MR Gandrille en Bel Air AJ / EHPAD St Sauveur en Puisaye + 6 pl	Extension	2011	
		EHPAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	EHPAD Château de Nantou à POURRAIN + 7 pl	Rebasage	2011	
						EHPAD Mémoire d'Auxerre + 43 pl (déjà autorisées)	Création	2011	
		HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés			Infra-départementale	HT / EHPAD Appoigny création 2 pl	Création	2011
							HT / EHPAD Champcevrains	Création	2011
							HT / EHPAD Coulanges sur Yonne création 3 pl	Création	2011
							HT / EHPAD Mailly-le-Château + 3	Création	2011
							HT / EHPAD Saint Agnan création 4 pl	Création	2011
							HT / EHPAD Villefargeau 3 places autorisées sur 2010	Création	2011
							HT Coulanges-la-Vineuse	Création	2011
							HT EHPAD Villeneuve sur Yonne création 7 pl dont 1 en redéploiement	Transformation	2011
							HT Migennes	Création	2011
		redéploiement AJ en HT		Infra-départementale	redéploiement AJ en 2 pl HT pour EHPAD Carisey	Transformation	2011		

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2011	56	268 800	56	268 800	0	0	0	0
2011	4	21 200	4	21 200	0	0	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2011	10	150 000	10	150 000	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2011	1	5 453	0	0	1	5 453	0	0
2011	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2011	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2011	4	21 812	4	21 812	0	0	0	0
2011	5	27 265	5	27 265	0	0	0	0
2012	7	67 200	0	0	7	67 200	0	0
2011	11	52 800	11	52 800	0	0	0	0
2011	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2011	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2011	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2011	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2011	1	5 300	0	0	1	5 300	0	0
2011	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2011	2	10 600	0	0	2	10 600	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Personnes âgées	89	SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	SSIAD Villeneuve sur Yonne extension 1 pl (enveloppe anticipée 2011)	Extension	2011
					Inter-départementale	Mutualité antenne SSIAD + 10 pl avec intervention sur Quarré les Tombes	Extension	2011
		SSIAD spécialisé	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	SSIAD Yonne création d'1 unité spécialisée (10 pl) Appel à candidatures	Création	2011
Total Personnes âgées								
Total								

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2011	1	5 250	1	5 250	0	0	0	0
2011	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2011	10	150 000	10	150 000	0	0	0	0
	308	1 879 856	294	1 775 403	14	104 453	0	0
	681	5 704 622	415	3 406 633	266	2 297 989	0	0

6.1.2 2012

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Enfants	21	IME	autisme - troubles envahissants du développement		Infra-départementale	Solde d'un projet de création d'une section pour enfants autistes de 15 places (dont 3 financées en 2008)	Extension	2012
		SESSAD	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux	extension SESSAD (+ 2) par redéploiement IEM (- 1)	Infra-départementale	extension SESSAD de 13 à 15	Transformation	2012
			déficience intellectuelle	extension SESSAD (+45) par transformation de capacités IME (- 49)	Infra-départementale	extension de 155 à 200 places (15 en 2011, 10 en 2012, 20 en 2013)	Transformation	2012
			déficience motrice	extension SESSAD (+ 8) par redéploiement IEM (- 9)	Infra-départementale	extension SESSAD de 47 à 55	Transformation	2012
	58	IME	autisme - troubles envahissants du développement	Requalification de places DI en places autistes	Infra-départementale	Restructuration IME avec transformation de places DI (10) en capacités autistes	Extension	2012
				requalification avec financement surcoût sur mesures nouvelles	Infra-départementale	requalification de 4 places DI en 4 places autistes	Extension	2012
		SESSAD	déficience intellectuelle		Infra-départementale	antenne SESSAD, s'appuyant sur un projet de restructuration (+ 7 dont 2 en redéploiement)	Extension	2012
			déficience visuelle		Infra-départementale	solder la création de 20 pl, dont 10 financées	Création	2012
	71	CAMSP	toutes déficiences		Infra-départementale	compléter le maillage CAMSP avec deux nouvelles antennes	Création	2012
		IME	déficience intellectuelle		Infra-départementale	extension IME de 12 pl, dont 4 programmées en 2011, 4 en 2012, 4 en 2013	Extension	2012
		SESSAD	autisme - troubles envahissants du développement		Infra-départementale	SESSAD + 20 dont 10 autistes en rebasage, 5 DI, 5 TCC en mesures nouvelles	Rebasage	2012
			déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extension SESSAD (+20 places), programmé 10 autistes en rebasage 5 places DI 5 TCC en mesures nouvelles	Extension	2012

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	7	438 846	7	438 846	0	0	0	0
2012	2	34 296	0	0	2	34 296	0	0
2012	10	171 480	0	0	10	171 480	0	0
2012	8	137 184	0	0	8	137 184	0	0
2012	10	141 372	10	141 372	0	0	0	0
2012	2	28 000	2	28 000	0	0	0	0
2012	5	88 310	5	88 310	0	0	0	0
2012	10	176 620	10	176 620	0	0	0	0
2012	100	287 000	100	287 000	0	0	0	0
2012	8	384 000	8	384 000	0	0	0	0
2012	10	171 480	0	0	10	171 480	0	0
2012	5	85 740	5	85 740	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	
Enfants	71	SESSAD	déficience motrice		Infra-départementale	SESSAD handicap moteur (SEVA APF) renforcement de capacités existantes, en partenariat avec éducation nationale diversification pour pallier partiellement l'absence d'IEM	Extension	2012	
						extension de 55 à 75 avec création d'1 antenne	Extension	2012	
			troubles de la personnalité - troubles du caractère et du comportement		Infra-départementale	Extension SESSAD (+10), dont TCC : 8, DI : 2	Extension	2012	
	89	CMPP	toutes déficiences			Infra-départementale	SESSAD + 20, 20 programmées (10 autistes en rebasage, 5 DI, 5 TCC en mesures nouvelles)	Extension	2012
							créer un CMPP desservant le Nord Yonne (programmé sur 2012 et 2013)	Création	2012
		IME	déficience intellectuelle	autisme - troubles envahissants du développement		Infra-départementale	création d'1 section autistes par requalification de capacités DI	Création	2012
				redéploiement de 24 places permettant de porter la capacité IME à 52 places		Infra-départementale	projet visant à transformer un ensemble IME (40 ITEP (8) en une seule structure IME de 72 places - le redéploiement de 12 places, dont 8 venant de l'ITEP conduit à un IME de 64 places	Transformation	2012
		ITEP	troubles de la personnalité - troubles du caractère et du comportement			Inter-départementale	transformation de capacités IME en capacités ITEP	Transformation	2012
				solde (7 places) d'un projet de transformation IME DI en ITEP		Infra-départementale	Extension de capacités ITEP par transformation de capacités IME DI	Transformation	2012
		SESSAD	déficience motrice			Infra-départementale	solder la création de 35 pl, dont 17 financées, 14 en 2012, 4 en 2013	Création	2012
				déficience visuelle		Infra-départementale	créer 20 places (département dépourvu de SESSAD handicap visuel)	Création	2012
		Total Enfants							
Adultes	21	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	créer un centre de pré-orientation en lien avec celui existant deans l'Yonne	Transformation	2012	

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	4	32 253	4	32 253	0	0	0	0
2012	4	96 000	4	96 000	0	0	0	0
2012	4	68 592	4	68 592	0	0	0	0
2012	5	85 740	5	85 740	0	0	0	0
2012	50	200 000	50	200 000	0	0	0	0
2012	5	147 800	5	147 800	0	0	0	0
2012	24	853 728	0	0	24	853 728	0	0
2012	14	158 212	0	0	14	158 212	0	0
2012	7	641 411	7	641 411	0	0	0	0
2012	14	292 536	14	292 536	0	0	0	0
2012	5	95 000	5	95 000	0	0	0	0
	313	4 815 600	245	3 289 220	68	1 526 380	0	0
2012	10	100 000	0	0	10	100 000	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Adultes	21	ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extension de 60 places (cf CPOM 2000-2013), dont 15 autorisées et financées	Extension	2012
						extension 8 pl	Extension	2012
		FAM	déficience psychique		Infra-départementale	Création d'un FAM (42 pl) pour des adultes handicapés psychiques	Création	2012
			toutes déficiences		Infra-départementale	Redéploiement de moyens en interne sur le FAM de Beire le Chatel pour extension de 12 places	Extension	2012
		SAMSAH	déficience psychique		Infra-départementale	solder la création d'un SAMSAH 218 restant à financer	Création	2012
		SPASAD	toutes déficiences		Infra-départementale	extension 13 pl restant à financer	Extension	2012
		SSIAD	toutes déficiences		Infra-départementale	extensio 10 pl à financer	Extension	2012
						extension 2 pl restant à financer	Extension	2012
						extension 5 pl à financer	Extension	2012
						extension 6 pl	Extension	2012
	extension 6 pl à financer					Extension	2012	
	58	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	création d'une antenne CPO	Création	2012
		ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extension via CPOM, passerelle avec jeunes adultes d'IME	Extension	2012
		FAM	personnes handicapées vieillissantes		Infra-départementale	Médicalisation de 10 places de foyer de vie pour adultes handicapés vieillissants	Création	2012
		MAS	toutes déficiences		Infra-départementale	MAS adultes très lourdement handicapés	Création	2012
		SAMSAH	personnes handicapées vieillissantes		Infra-départementale	création 10 pour des adultes handicapés vieillissants	Création	2012
		SSIAD	toutes déficiences		Infra-départementale	extension 5 pl restant à financer	Extension	2012
	71	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	création d'une antenne de pré-orientation de 10 pl	Création	2012
		ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	extension ESAT 20 pl	Extension	2012

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	13	154 700	13	154 700	0	0	0	0
2012	4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
2012	22	544 109	22	544 109	0	0	0	0
2012	12	269 000	0	0	12	269 000	0	0
2012	14	194 460	14	194 460	0	0	0	0
2012	7	97 202	7	97 202	0	0	0	0
2012	6	83 316	6	83 316	0	0	0	0
2012	1	13 886	1	13 886	0	0	0	0
2012	2	27 772	2	27 772	0	0	0	0
2012	3	41 658	3	41 658	0	0	0	0
2012	3	41 658	3	41 658	0	0	0	0
2012	5	144 150	5	144 150	0	0	0	0
2012	7	83 300	7	83 300	0	0	0	0
2012	5	117 385	5	117 385	0	0	0	0
2012	14	1 018 372	14	1 018 372	0	0	0	0
2012	10	138 900	10	138 900	0	0	0	0
2012	5	69 450	5	69 450	0	0	0	0
2012	5	140 150	5	140 150	0	0	0	0
2012	10	119 000	10	119 000	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Adultes	71	FAM	déficience motrice		Infra-départementale	médicalisation 30 places dans le cadre d'un projet portant sur 60 pl	Extension	2012
			déficience psychique	Projet de 21 places de foyer médicalisé, dont 10 par médicalisation d'un foyer de vie	Infra-départementale	Médicalisation de capacités de foyer de vie et extension de la capacité de foyer d'accueil médicalisé	Extension	2012
		SAMSAH	déficience motrice	solder le projet de création d'1 SAMSAH de 20 places, dont 11 restent à financer)	Infra-départementale	projet 20 places Solde (13 places), dont 7 financées en 2009 et 3 en 2011	Création	2012
	89	ESAT	déficience psychique		Infra-départementale	Création d'un ESAT de 40 places pour des adultes handicapés psychiques	Création	2012
		FAM	déficience motrice		Infra-départementale	Extension d'un foyer médicalisé de 44 à 50 places	Extension	2012
		SSIAD	toutes déficiences		Infra-départementale		Extension	2012
		UEROS	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Inter-départementale	création d'une UEROS	Création	2012
	Total Adultes							
Personnes âgées	21	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ itinérant projet création 26 pl solde à financer 16 places	Création	2012
		EHPAD	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	FEDOSAD EHPAD / Domiciles Protégés Dijon + 17 pl	Extension	2012
			personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	SARL EHPAD Velars sur Ouche +	Extension	2012
	SSIAD	personnes âgées dépendantes			Infra-départementale	ADMR SSIAD Genlis + 3 pl	Extension	2012
						ADMR SSIAD Seurre / St Jean de Losne + 8 pl	Extension	2012
						Ass. CSI SSIAD + 6 pl	Extension	2012
						FEDOSAD SSIAD	Extension	2012
						Hôpital SSIAD Alise + 5 pl	Extension	2012
						Hôpital SSIAD Vitteaux + 3 pl	Extension	2012
						Mutualité Gevrey Chambertin + 7 pl	Extension	2012
Mutualité Laignes + 7 pl	Extension	2012						
Mutualité SSIAD Semur en Auxois + 3 pl	Extension	2012						

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	13	337 233	13	337 233	0	0	0	0
2012	11	284 331	11	284 331	0	0	0	0
2012	11	316 175	11	316 175	0	0	0	0
2012	20	238 000	20	238 000	0	0	0	0
2012	3	126 493	3	126 493	0	0	0	0
2012	5	69 430	5	69 430	0	0	0	0
2012	10	422 890	10	422 890	0	0	0	0
	231	5 240 620	209	4 871 620	22	369 000	0	0
2012	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2012	15	72 000	15	72 000	0	0	0	0
2012	1	4 800	1	4 800	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	8	42 000	8	42 000	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Personnes âgées	21	SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	Mutualité aggro Dijon + 11 places	Extension	2012
						appel à projets aggro Dijon	Extension	2012
	58	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ / EHPAD Corbigny + 1	Extension	2012
						AJ / EHPAD St Pierre le Moutiers + 6	Extension	2012
		HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ / EHPAD Clamecy + 2 pl	Extension	2012
						HT / EHPAD Moulin Engilbert création 2 pl	Création	2012
						HT aggro Nevers création 10 pl	Création	2012
		SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	MR HT / EHPAD Corbigny création 2 pl	Création	2012
						Ass Soins et Services à Domicile SSIAD Cosne + 11 pl	Extension	2012
						Ass. ASAD SSIAD Pouilly sur Loire + 5 pl	Extension	2012
						Croix Rouge SSIAD Brinon / Corbigny + 3 pl	Extension	2012
						Croix Rouge SSIAD St Benin d'Azy / Fours + 5 pl	Extension	2012
	71	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	Mutualité SSIAD Nevers St Exupéry + 6 pl	Extension	2012
						SSIAD Moulins Engilbert + 2	Extension	2012
		EHPAD	personnes âgées dépendantes	Appels à projet pour deux structures une dans le canton du Creusot et une dans le canton de Louhans	Infra-départementale	SSIAD St "Perre le Moutiers + 8	Extension	2012
						AJ / EHPAD EHPAD Toulon sur Arroux	Extension	2012
						EHPAD Verdun sur le Doubs + 29 pl	Extension	2012
		HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	CH Chalon EHPAD + 81 pl (déjà autorisées)	Extension	2012
						EHPAD La Chapelle de Guinchay + 2 pl	Extension	2012
						arrondissement du Creusot et de Louhans - appel à projet	Création	2012
					HT / EHPAD La Chapelle de Guinchay solde création 4 pl	Création	2012	

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	25	131 250	25	131 250	0	0	0	0
2011	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2012	6	32 718	6	32 718	0	0	0	0
2012	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2012	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2012	10	53 000	10	53 000	0	0	0	0
2012	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2012	6	31 500	6	31 500	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2012	6	31 500	6	31 500	0	0	0	0
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2012	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2012	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2012	5	24 000	5	24 000	0	0	0	0
2012	25	120 000	25	120 000	0	0	0	0
2012	2	9 600	2	9 600	0	0	0	0
2012	58	278 400	58	278 400	0	0	0	0
2012	4	21 200	4	21 200	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Personnes âgées	71	HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Mellecey création 8 pl	Création	2012
						HT / EHPAD Montcenis création 10 pl	Création	2012
		SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	SSIAD Chagny + 2	Extension	2012
						SSIAD Chauffailles + 9	Extension	2012
						SSIAD Digoïn + 3	Extension	2012
						SSIAD La Guiche + 16	Extension	2012
						SSIAD Marcigny + 11	Extension	2012
		89	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Infra-départementale	EHPAD Arces Dilo 5 pl dont 1 par redéploiement	Création	2012
						AJ / EHPAD St Florentin + 3 pl	Extension	2012
						Ass Foyer Résidence PA AJ / EHPAD Colanges la Vineuse + 2 pl	Extension	2012
	MDR Yonne AJ / EHPAD Auxerre + 4 pl					Extension	2012	
	MR Gandrille en Bel Air AJ / EHPAD St Sauveur en Puisaye + 6 pl					Extension	2012	
	SARL AJ / EHPAD Appoigny + 3 pl					Extension	2012	
	EHPAD		personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	EHPAD Mémoire d'Auxerre + 43 pl (déjà autorisées)	Création	2012
						HT / EHPAD Appoigny création 2 pl	Création	2012
	HT		maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Mailly-le-Château + 3	Création	2012
						HT / EHPAD Saint Agnan création 4 pl	Création	2012
						HT / EHPAD Villefargeau 3 places autorisées sur 2010	Création	2012
						HT Coulanges-la-Vineuse	Création	2012
		HT EHPAD Villeneuve sur Yonne création 7 pl dont 1 en redéploiement				Création	2012	
		HT Migennes				Création	2012	
		SSIAD				personnes âgées dépendantes		Infra-départementale
	SSIAD Coulanges sur Yonne + 3 pl		Extension	2012				

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	4	21 200	4	21 200	0	0	0	0
2012	9	47 700	9	47 700	0	0	0	0
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2012	9	47 250	9	47 250	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2012	16	84 000	16	84 000	0	0	0	0
2012	8	42 000	8	42 000	0	0	0	0
2012	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2012	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2012	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2012	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2013	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2012	2	10 906	2	10 906	0	0	0	0
2012	13	62 400	13	62 400	0	0	0	0
2012	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2012	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2012	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2012	4	21 200	4	21 200	0	0	0	0
2012	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2012	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2012	2	10 600	2	10 600	0	0	0	0
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Personnes âgées	89	SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	SSIAD Sens + 3 pl	Extension	2012
						SSIAD St sauveur en Puisaye + 6 pl	Extension	2012
						SSIAD Toucy / Aillant sur Tholon + 8 pl	Extension	2012
Total Personnes âgées								
Total								

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2012	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2012	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
	328	1 675 978	328	1 675 978	0	0	0	0
	872	11 732 198	782	9 836 818	90	1 895 380	0	0

6.1.3 2013

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Enfants	21	CAMSP	toutes déficiences		Infra-départementale	ouvrir la prise en charge à 33 nouveaux nés présentant un risque de développer un handicap (23 programmés en 2013, 10 en 2014)	Extension	2013
		Service Expérimental	déficience intellectuelle	ouverture à hauteur de 50 places du service expérimental d'aide à l'insertion par redéploiement d'enveloppe d'IME; Le nombre de places est difficile à préciser car il s'agit d'une adaptation de l'offre (opérations tiroirs et moins d'internat)	Infra-départementale	ouverture de 50 places sur redéploiement et extension de 50 à 75 places, sur crédits nouveaux	Extension	2013
		SESSAD	déficience intellectuelle	extension SESSAD (+45) par transformation de capacités IME (-49)	Infra-départementale	extension de 155 à 200 places (15 en 2011, 10 en 2012, 20 en 2013)	Transformation	2013
			troubles du langage et des apprentissages		Infra-départementale	création de 18 places, dont 8 programmées en 2013, 10 en 2014	Création	2013
	58	IME	autisme - troubles envahissants du développement	requalification avec financement surcoût sur mesures nouvelles	Infra-départementale	requalification de 4 places Di en 4 places autistes	Extension	2013
		SESSAD	troubles du langage et des apprentissages		Infra-départementale	extension d'1 unité enfants présentant des troubles sévères du langage (+ 11) (7 financées par redéploiement : 5 en 2010, 2 en 2011) extension d'1 unité enfants handicapés auditifs (+ 7)	Extension	2013
		71	CAMSP	toutes déficiences		Infra-départementale	compléter le maillage CAMSP avec deux nouvelles antennes	Création

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2013	23	79 649	23	79 649	0	0	0	0
2013	25	144 171	25	144 171	0	0	0	0
2013	20	342 960	0	0	20	342 960	0	0
2013	8	121 964	8	121 964	0	0	0	0
2013	2	28 000	2	28 000	0	0	0	0
2013	18	317 916	18	317 916	0	0	0	0
2013	3	16 000	3	16 000	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	
Enfants	71	IME	déficience intellectuelle		Infra-départementale	extension IME de 12 pl, dont 4 programmées en 2011, 4 en 2012, 4 en 2013	Extension	2013	
		SESSAD	déficience intellectuelle		Infra-départementale	SESSAD + 10 (8 TCC, 2 DI)	Extension	2013	
			déficience motrice		Infra-départementale	SESSAD handicap moteur (SEVA APF) renforcement de capacités existantes, en partenariat avec éducation nationale diversification pour pallier partiellement l'absence d'IEM	Extension	2013	
			déficience visuelle		Infra-départementale	Création d'un SESSAD (35 pl), la Saône et Loire est dépourvue de SESSAD pour des enfants handicapés visuels	Création	2013	
			polyhandicap		Infra-départementale	Appels à projets en 2013 pour la création d'un SESSAD pour le handicap dont le besoin prioritaire aura été défini par le schéma	Création	2013	
			troubles de la personnalité - troubles du caractère et du comportement		Infra-départementale	Extension SESSAD (+10), dont TCC : 8, DI : 2	Extension	2013	
	89	CAMSP	toutes déficiences		Infra-départementale	extension CAMSP avec création d'une antenne au Sud du département	Extension	2013	
		CMPP	toutes déficiences		Infra-départementale	créer un CMPP desservant le Nord Yonne (programmé sur 2012 et 2013)	Création	2013	
		IME	autisme - troubles envahissants du développement		Infra-départementale	création d'1 section autistes par requalification de capacités DI	Création	2013	
		SESSAD	déficience motrice		Infra-départementale	solder la création de 35 pl, dont 17 financées, 14 en 2012, 4 en 2013	Création	2013	
			déficience visuelle		Infra-départementale	créer 20 places (département dépourvu de SESSAD handicap visuel)	Création	2013	
	Total Enfants								

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2013	4	192 000	4	192 000	0	0	0	0
2013	2	34 296	2	34 296	0	0	0	0
2013	2	16 127	2	16 127	0	0	0	0
2013	15	287 400	15	287 400	0	0	0	0
2013	30	525 000	30	525 000	0	0	0	0
2013	4	68 592	4	68 592	0	0	0	0
2013	70	130 044	70	130 044	0	0	0	0
2013	25	100 956	25	100 956	0	0	0	0
2013	5	130 000	5	130 000	0	0	0	0
2013	4	83 581	4	83 581	0	0	0	0
2013	5	95 000	5	95 000	0	0	0	0
	265	2 713 656	245	2 370 696	20	342 960	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	
Adultes	21	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	créer un centre de pré-orientation en lien avec celui existant dans l'Yonne	Transformation	2013	
		ESAT	déficience psychique		Infra-départementale	Extension de 15 places	Extension	2013	
		FAM	déficience psychique		Infra-départementale	Création d'un FAM (42 pl) pour des adultes handicapés psychiques	Création	2013	
		SAMSAH	déficience psychique		Infra-départementale	solder la création d'un SAMSAH 218 restant à financer	Création	2013	
		SPASAD	toutes déficiences		Infra-départementale	extension 13 pl restant à financer	Extension	2013	
		SSIAD	toutes déficiences			Infra-départementale	extensio 10 pl à financer	Extension	2013
							extension 2 pl restant à financer	Extension	2013
							extension 5 pl à financer	Extension	2013
							extension 6 pl	Création	2013
							extension 6 pl à financer	Extension	2013
	58	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	création d'une antenne CPO	Création	2013	
		ESAT	déficience psychique		Infra-départementale	création d'un ESAT pour adultes handicapés psychiques	Création	2013	
		FAM	personnes handicapées vieillissantes		Infra-départementale	Médicalisation de 10 places de foyer de vie pour adultes handicapés vieillissants	Création	2013	
		MAS	toutes déficiences		Infra-départementale	MAS adultes très lourdement handicapés	Création	2013	
		SAMSAH	déficience psychique		Infra-départementale	création (22 places), en lien avec le projet de maison relai	Création	2013	
	71	CPO	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux		Infra-départementale	création d'une antenne de pré-orientation de 10 pl	Création	2013	
		ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	extension 2 pl	Extension	2013	
						extension 3 pl	Extension	2013	
						extension ESAT 8 pl	Extension	2013	
	FAM	personnes handicapées vieillissantes		Infra-départementale	création pour adultes handicapés vieillissants	Création	2013		

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2013	10	100 000	0	0	10	100 000	0	0
2013	15	178 500	15	178 500	0	0	0	0
2013	8	194 460	8	194 460	0	0	0	0
2013	14	194 460	14	194 460	0	0	0	0
2013	6	83 316	6	83 316	0	0	0	0
2013	4	55 544	4	55 544	0	0	0	0
2013	1	13 886	1	13 886	0	0	0	0
2013	3	41 658	3	41 658	0	0	0	0
2013	3	41 658	3	41 658	0	0	0	0
2013	3	41 658	3	41 658	0	0	0	0
2013	5	144 150	5	144 150	0	0	0	0
2013	20	300 000	20	300 000	0	0	0	0
2014	20	300 000	20	300 000	0	0	0	0
2013	5	117 385	5	117 385	0	0	0	0
2013	24	1 762 023	24	1 762 023	0	0	0	0
2013	10	138 900	10	138 900	0	0	0	0
2013	5	140 150	5	140 150	0	0	0	0
2013	2	23 800	2	23 800	0	0	0	0
2012	3	35 700	3	35 700	0	0	0	0
2013	4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
2013	12	320 628	12	320 628	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Adultes	71	MAS	déficience psychique		Infra-départementale	réalisation d'une MAS de 60 places, dont 48 sur moyens nouveaux	Création	2013
				Réalisation d'une MAS avec un financement de 12 places par apport de l'enveloppe sanitaire	Infra-départementale	Réalisation d'une MAS de 60 places, dont 12 par transfert d'enveloppa	Transformation	2013
	89	ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extensions d'ESAT	Extension	2013
		FAM	déficience motrice		Infra-départementale	Extension d'un foyer médicalisé de 44 à 50 places	Extension	2013
		SSIAD	toutes déficiences		Infra-départementale		Création	2013
Total Adultes								
Personnes âgées	21	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ itinérant projet création 26 pl solde à financer 16 places	Création	2013
		EHPAD	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	EHPAD "Pré Thomas" sur le site "le Val Sully" à St Apollinaire création 22 pl	Création	2013
						EHPAD Longvic MR Marcel Jacquelinet extension de 10 places pour unités Alzheimer	Extension	2013
						FEDOSAD EHPAD / Domiciles Protégés Dijon + 17 pl	Extension	2013
						EHPAD Epoisses + 10 PH vieillissantes	Extension	2013
		Infra-départementale	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	EHPAD Les Hortensias + 14	Extension	2013
						EHPAD St François Dijon + 13 pl	Extension	2013
						EHPAD St Vincent de Paul Beaune + 15 pl	Extension	2013
		HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / Etablissement d'accueil temporaire création 8 pl agglomération dijonnaise	Création	2013
		SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	ADMR SSIAD Seuure / St Jean de Losne + 8 pl	Création	2013
						Ass. CSI SSIAD + 6 pl	Extension	2013
						FEDOSAD SSIAD	Extension	2013
						Hôpital SSIAD Alise + 5 pl	Extension	2013

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2013	5	340 240	5	340 240	0	0	0	0
2013	12	833 697	0	0	0	0	12	833 697
2013	15	178 500	15	178 500	0	0	0	0
2012	3	126 493	3	126 493	0	0	0	0
2013	5	69 430	5	69 430	0	0	0	0
	217	5 823 836	195	4 890 139	10	100 000	12	833 697
2013	13	70 889	13	70 889	0	0	0	0
2013	22	105 600	22	105 600	0	0	0	0
2013	10	48 000	10	48 000	0	0	0	0
2013	2	9 600	2	9 600	0	0	0	0
2013	6	28 800	6	28 800	0	0	0	0
2013	14	67 200	14	67 200	0	0	0	0
2013	13	62 400	13	62 400	0	0	0	0
2013	15	72 000	15	72 000	0	0	0	0
2013	8	42 400	8	42 400	0	0	0	0
2013	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2013	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Personnes âgées	21	SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	Hôpital SSIAD Saulieu extension	Extension	2013
						Mutualité Gevrey Chambertin + 7 pl	Extension	2013
						Mutualité Laignes + 7 pl	Extension	2013
						Mutualité agglo Dijon + 11 places	Extension	2013
						appel à projets agglo Dijon	Extension	2013
	58	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ / EHPAD Guérigny	Extension	2013
		HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Varennes Vauzelles création 3	Création	2013
		SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	ADMR SSIAD La Charité / Prémary + 3 pl	Extension	2013
						Ass Soins et Services à Domicile SSIAD Cosne + 11 pl	Extension	2013
						Ass. ASAD SSIAD Pouilly sur Loire + 5 pl	Extension	2013
						Croix Rouge SSIAD Luzy + 4 pl	Extension	2013
						Croix Rouge SSIAD Montsauche + 4 pl	Extension	2013
						SSIAD Imphy + 5 pl (2 programmées)	Extension	2013
						SSIAD St "Perre le Mouters + 8	Extension	2013
		71	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	AJ / EHPAD Marcigny création 6	Création
	Appels à projets , création d'un accueil de jour de 6 places adossé à un EHPAD selon besoins identifiés par le schéma.						Création	2013
	Extension de 3 places de l'AJ CH de Macon pour conformité circulaire suite au déménagement de bâtiment						Extension	2013
	EHPAD		personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	arrondissement du Creusot et de Louhans - appel à projet	Création	2013
	HT		maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	HT / EHPAD Montcenis création 10 pl	Création	2013

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2013	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2013	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2013	25	131 250	25	131 250	0	0	0	0
2013	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2013	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2013	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2013	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2013	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2013	6	32 718	6	32 718	0	0	0	0
2013	6	32 718	6	32 718	0	0	0	0
2013	3	16 359	3	16 359	0	0	0	0
2013	90	432 000	90	432 000	0	0	0	0
2013	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement			
Personnes âgées	71	SSIAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	SSIAD Marcigny + 11	Extension	2013			
	89	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés		Infra-départementale	MDR Yonne AJ / EHPAD Auxerre + 4 pl	Extension	2013			
			EHPAD	personnes âgées dépendantes		Infra-départementale	SARL AJ / EHPAD Appoigny + 3 pl	Extension	2013		
			HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Infra-départementale	HT / EHPAD Champcevrains	Création	2013			
						HT / EHPAD Villefargeau 3 places autorisées sur 2010	Création	2013			
						HT Coulanges-la-Vineuse	Création	2013			
						HT EHPAD Villeneuve sur Yonne création 7 pl dont 1 en redéploiement	Création	2013			
						HT Migennes	Création	2013			
						SSIAD	personnes âgées dépendantes	Infra-départementale	SSIAD Pont sur Yonne + 5 pl	Extension	2013
									SSIAD Coulanges sur Yonne + 3 pl	Extension	2013
			SSIAD L'Isle sur Serein + 5 pl	Extension	2013						
			SSIAD Sens + 3 pl	Extension	2013						
			SSIAD St sauveur en Puisaye + 6 pl	Extension	2013						
			SSIAD Toucy / Aillant sur Tholon + 8 pl	Extension	2013						
			Inter-départementale	Mutualité antenne SSIAD + 10 pl avec intervention sur Quarré les Tombes	Extension	2013					
		Total Personnes âgées									
		Total									

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2013	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	1	5 453	1	5 453	0	0	0	0
2013	2	10 905	2	10 905	0	0	0	0
2012	19	91 200	19	91 200	0	0	0	0
2013	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2013	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2013	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2013	3	15 900	3	15 900	0	0	0	0
2013	1	5 300	1	5 300	0	0	0	0
2013	3	15 750	3	15 750	0	0	0	0
2013	1	5 250	1	5 250	0	0	0	0
2013	2	10 500	2	10 500	0	0	0	0
2013	1	5 250	1	5 250	0	0	0	0
2013	4	21 000	4	21 000	0	0	0	0
2013	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
2013	5	26 250	5	26 250	0	0	0	0
	349	1 754 351	349	1 754 351	0	0	0	0
	831	10 291 843	789	9 015 186	30	442 960	12	833 697

6.1.4 2014

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement
Enfants	21	CAMSP	toutes déficiences		Infra-départementale	ouvrir la prise en charge à 33 nouveaux nés présentant un risque de développer un handicap (23 programmés en 2013, 10 en 2014)	Extension	2014
		SESSAD	troubles du langage et des apprentissages		Infra-départementale	création de 18 places, dont 8 programmées en 2013, 10 en 2014	Création	2014
	71	SESSAD	déficience motrice		Infra-départementale	extension de 55 à 75 avec création d'1 antenne	Extension	2014
	89	SESSAD	déficience visuelle		Infra-départementale	créer 20 places (département dépourvu de SESSAD handicap visuel)	Création	2014
Total Enfants								
Adultes	71	ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	extension ESAT 8 pl	Extension	2014
	89	ESAT	déficience intellectuelle		Infra-départementale	Extensions d'ESAT	Extension	2014
Total Adultes								
Total								

Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
			Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
2014	10	35 016	10	35 016	0	0	0	0
2014	10	152 455	10	152 455	0	0	0	0
2014	16	384 000	16	384 000	0	0	0	0
2014	10	190 000	10	190 000	0	0	0	0
	46	761 471	46	761 471	0	0	0	0
2014	4	47 600	4	47 600	0	0	0	0
2014	15	178 500	15	178 500	0	0	0	0
	19	226 100	19	226 100	0	0	0	0
	65	987 571	65	987 571	0	0	0	0

6.1.5 2015

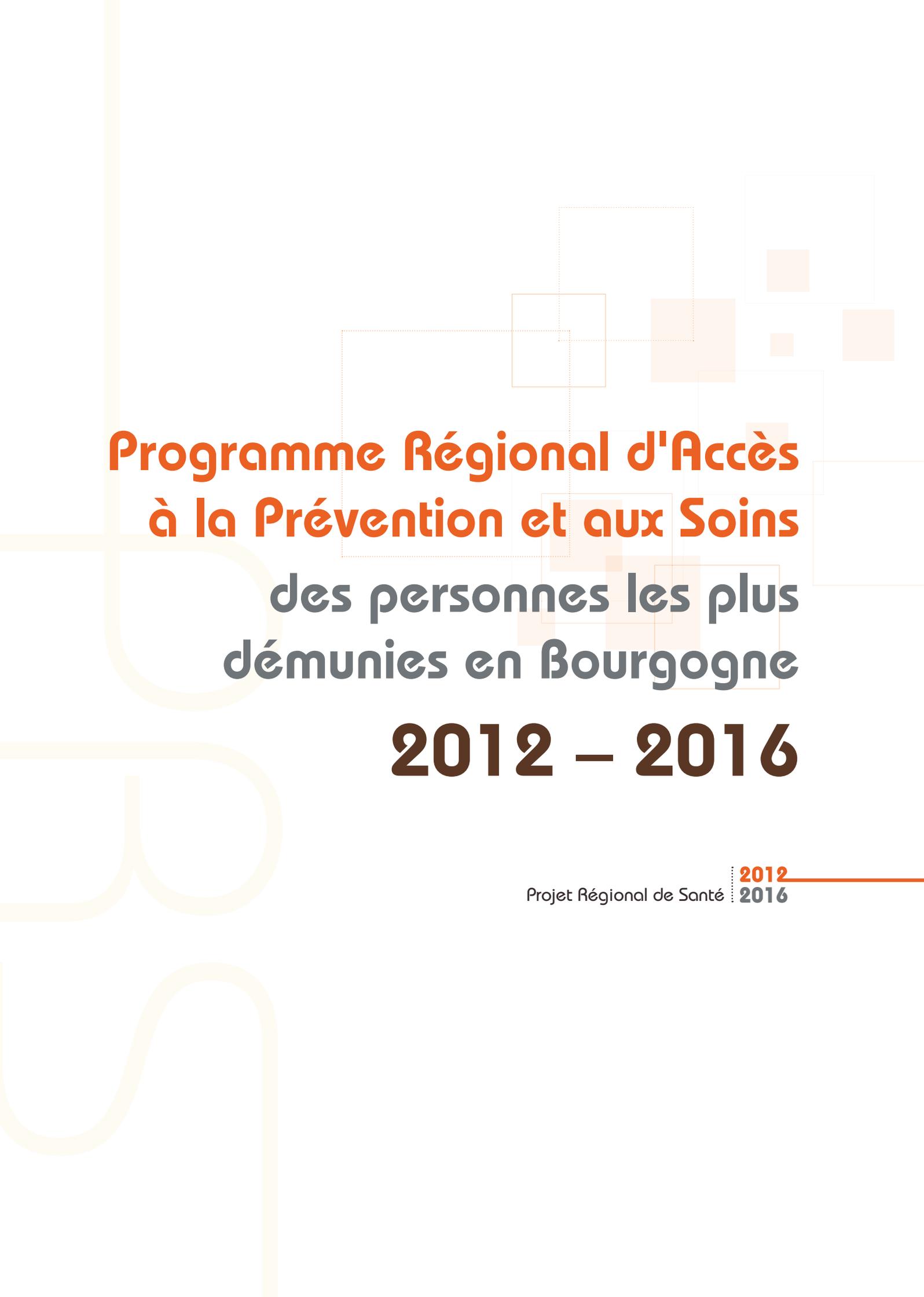
informations non disponibles

6.2 Récapitulatif des financements prévisionnels

Public	Numéro du département	Année de financement				Total
		2011	2012	2013	2014	
Enfants	21	0	0	0	0	0
	58	0	0	0	0	0
	71	0	0	0	0	0
	89	0	0	0	0	0
	Total	0	0	0	0	0
Adultes	21	0	0	0	0	0
	58	0	0	0	0	0
	71	0	0	0	0	0
	89	0	0	0	0	0
	Total	0	0	0	0	0
Personnes âgées	21	0	0	0	0	0
	58	0	0	0	0	0
	71	0	0	0	0	0
	89	0	0	0	0	0
	Total	0	0	0	0	0
Total		0	0	0	0	0

7 Annexe financière (art. L312-5-2 du CASF)

informations non disponibles



Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

des personnes les plus
démunies en Bourgogne

2012 – 2016

Projet Régional de Santé : **2012**
2016

Sommaire

/// Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies en Bourgogne 2012-2016

1 Éléments introductifs 193

- 1.1 Les repères du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 193
- 1.2 Les données générales sur le public en situation de précarité en Bourgogne 194
- 1.3 Les modalités affichées du programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 197

2 Les actions du programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 200

2.1 En amont du système de santé : promotion de la santé et éducation pour la santé 200

/// **Action 1** : lieux de vie ordinaires : S'assurer que le public précaire bénéficie des actions de prévention et promotion de la santé 200

/// **Action 2** : lieux de vie collectifs : centres d'hébergement et pensions de famille : veiller à la mise en place d'actions spécifiques 201

/// **Action 3** : l'éducation thérapeutique des patients : une attention particulière est demandée aux gestionnaires des programmes 202

/// **Action 4** : action de prévention secondaire et de formation en addictologie : promouvoir et développer l'éducation préventive et l'intervention précoce 202

2.2 En amont du système de santé : les conditions d'entrée dans le système de soins 202

/// **Action 5** : l'accès aux droits : garantir l'effectivité de l'accès aux soins 202

/// **Action 6** : l'accessibilité du système de soins : faciliter la démarche de soins 203

2.3 Parcours dans le système de soins : la prise en charge ambulatoire et extra-hospitalière 204

/// **Action 7** : la mobilisation de la médecine ambulatoire 204

/// **Action 8** : soins de proximité en addictologie et filière de soins 204

/// **Action 9** : prise en compte de la souffrance psychique ; un travail conjoint des professionnels du social et de la santé 205

2.4 Parcours dans le système de soins : les établissements de santé 205

/// **Action 10** : renforcer le rôle des permanences d'accès aux soins de santé 205

/// **Action 11** : améliorer le prendre soin en milieu hospitalier 205

2.5 La sortie du système de soins : l'accueil en structures médico-sociales 206

/// **Action 12** : les lits halte soins santé : une solution intéressante 206

/// **Action 13** : les appartements de coordination thérapeutique : une autre réponse spécifique pour les personnes démunies 206

/// **Action 14** : les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) une formule à créer par territoire de santé 206

/// **Action 15** : permettre l'accès en structure d'hébergement foyer d'accueil spécialisé, foyer d'accueil médicalisé pour les personnes présentant un handicap spécifique et très désocialisées 207

/// **Action 16** : pour les plus âgées, permettre un accueil en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes 207

2.6 La sortie du système de soins : améliorer la qualité de l'habitat 207

/// **Action 17** : lutter contre l'habitat indigne 207

/// Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies en Bourgogne 2012-2016

1 Éléments introductifs

1.1 Les repères du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

/// Une continuité des politiques publiques pour les personnes démunies :

Le programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2012-2016 s'inscrit dans la lignée des programmes antérieurs en application de la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions, et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui avait mis l'accent sur la question de la santé des plus vulnérables.

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires du 21 juillet 2009 instaure une nouvelle architecture de l'organisation du système de santé. Le projet régional de santé comprend le plan stratégique régional de santé, les trois schémas (prévention, soins, médico-social) et quatre programmes obligatoires.

Parmi ces programmes figure un programme spécifique relatif à l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes les plus démunies.

Chaque programme a pour objectif de décliner de manière décloisonnée les modalités d'application des schémas.

/// Une volonté de travail décloisonné :

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies est porteur des enjeux de transversalité au sein, ainsi qu'en dehors, de l'agence régionale de santé. Pour les publics les plus démunis, l'accès à la prévention et aux soins repose en grande partie sur des dispositions visant à accompagner et faciliter la cohérence du parcours de vie et de soins. Il s'agira d'articuler l'intervention des organismes d'assurance maladie et de protection sociale, des services sociaux départementaux, des services de la cohésion sociale et des collectivités territoriales. La coordination des actions du programme est nécessaire ainsi qu'un suivi régulier de leur réalisation. Ces actions s'inscrivent dans un cadre pluri-partenarial large. L'accès au droit commun est la finalité principale.

/// Une définition partagée :

Dans le cadre des travaux du Projet Régional de Santé, un groupe transverse a travaillé sur le parcours de santé des personnes en situation de précarité. Celui-ci était composé de représentants de l'Assurance Maladie, Conseils Généraux, Cohésion Sociale, hébergement social, établissements de santé, associations intervenant auprès des publics démunis.

Le groupe a retenu une définition en cinq points de la situation de précarité :

- Personnes en situation d'exclusion sociale : désocialisation, renoncement aux soins, publics des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion
- Bénéficiaires de minima sociaux en situation d'isolement social
- Mineurs et jeunes adultes sans ressource en situation de rupture sociale
- Population rurale avec de bas revenus, éloignée des dispositifs de soins et n'ayant pas connaissance des minimas sociaux.
- Population urbaine avec de bas revenus et n'ayant pas connaissance des minimas sociaux

/// Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies en Bourgogne 2012-2016 ● ● ● ●

Cette définition met l'accent sur des situations génératrices de précarité plus que sur des publics particuliers. Si ces populations ne sont pas précisément mentionnées (sans domicile fixe, étrangers, gens du voyage, femmes, jeunes en échec, étudiants en situation de précarité...), elles se retrouvent néanmoins dans les cinq situations identifiées.

C'est cette définition en cinq points qui est retenue pour le programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Cette définition met l'accent à la fois sur les ressources, l'isolement social ou la distance de l'offre de soins. La notion de « démunis » vise les personnes situées au plus bas de l'échelle sociale, caractérisées par des désavantages majeurs en termes de revenus, logement, emploi, utilisation des services, du lien social. Ces personnes présentent des difficultés d'accès aux droits, renoncent aux soins pour des raisons financières, repèrent mal le parcours de soins et de prise en charge médico-sociale et ont des difficultés d'accès aux soins. Ces personnes ont une moindre perméabilité aux messages de prévention et de ce fait les appliquent moins.

1.2 Les données générales sur le public en situation de précarité en Bourgogne

/// Bref aperçu de l'état de santé des personnes en situation de précarité

Il n'est pas constaté à ce jour de pathologies spécifiques à la précarité ou à la pauvreté (OMS 1993), ou plus précisément des maladies autres que celles connues et décrites à ce jour.

Par contre, ce qui ressort, et fortement, de toutes les évaluations tentées, c'est le constat du cumul et de l'intrication des symptômes, des maladies et des facteurs de risque que l'on retrouve en même temps chez les personnes et les groupes les plus fragilisés.

Les éléments suivants de l'état de santé des personnes précaires peuvent être précisés :

- Risque élevé de surcharge pondérale et d'obésité,
- Importance des déficiences sensorielles non corrigées,
- Exposition aux addictions,
- Problèmes dentaires non soignés,
- Suivi gynécologique moins régulier pour les femmes après 25 ans,
- Taux de couverture vaccinale plus faible que la population générale.

L'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne a publié, en avril et mai 2011, le résultat de deux études menées dans les centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie auprès des personnes en situation de précarité.

Concernant la couverture vaccinale, on note une diminution de la couverture avec l'âge. Les autres facteurs associés à une couverture vaccinale plus faible sont le sexe masculin et la précarité. Les personnes en situation de précarité sont moins bien couvertes que le reste de la population enquêtée : moins de deux tiers d'entre elles étaient à jour dans leurs vaccinations obligatoires.

Par ailleurs, il est observé quelque soit l'âge, un moindre recours aux professionnels de santé chez les consultants en situation de précarité par rapport aux consultants « non précaires ». Le non recours au chirurgien-dentiste est particulièrement fréquent parmi les consultants précaires et l'écart avec les consultants « non précaires » se creuse encore à partir de 60 ans.

Les consultants « précaires » sont plus nombreux à avoir des problèmes dentaires non soignés et une surface masticatoire insuffisante.

Les problèmes d'obésité et de maigreux sont plus fréquemment observés parmi les populations défavorisées.

Les femmes en situation de précarité accueillies en centres d'examens de santé bénéficient d'un suivi gynécologique moins régulier que les autres femmes après 25 ans.

De plus, le rapport à la santé est souvent caractérisé par une surexposition aux risques avec une incapacité à s'en protéger.

Par ailleurs, la grande majorité de ces personnes vit quasiment au jour le jour voire en mode « survie », les empêchant de se projeter. Elles ne peuvent pas se préoccuper de leur rythme de vie, de leur régime

alimentaire, des conditions de sécurité. Le recours aux soins et la prise en charge se font ainsi tardivement et interviennent à un stade avancé de la pathologie risquant de réduire l'espérance de vie.

La précarité est une source de fragilité pour la santé des individus. Cet état de santé est la résultante de facteurs de risques, environnementaux (famille, entourage, emploi...), socio-économiques, psycho-sociaux, psychiatriques, qui augmentent la probabilité de survenue d'une maladie.

Le nombre de difficultés rencontrées au cours de toutes les étapes de la vie, marquent et mettent les personnes dans des situations où il est difficile d'agir, d'être en position d'acteur.

Les répercussions sont très importantes, notamment sur la santé psychologique des personnes qui les ont vécues :

- Manque d'estime de soi : sentiment de ne pas être utile, sentiment de mal être, d'être rejeté ou dévalorisé,
- Angoisse et troubles psychosomatiques : incapacité à se concentrer, préoccupations à l'origine de troubles du sommeil, sentiment d'être constamment sous pression,
- Incapacité à faire face et à se projeter : l'incapacité à surmonter les difficultés, la perte de confiance en soi.

/// Les principales données socio-économiques

(Source : Observatoire Régional de la Santé — atlas social santé en Bourgogne – septembre 2010)

👉 La formation :

Les personnes ayant un faible niveau de formation occupent fréquemment des emplois peu qualifiés, peu rémunérés. Ces personnes sont plus exposées à des périodes de chômage. À l'instar du revenu et de l'emploi, le niveau de formation est indirectement un déterminant important de la santé.

Au dernier recensement, près de 20 000 personnes de 20 à 29 ans non scolarisées étaient peu ou pas diplômées, soit 14,1 % des 20-29 ans sortis du système scolaire, ce qui est au-dessus de la moyenne nationale. Leur nombre est particulièrement important en milieu urbain, sauf à Dijon en raison de l'importante population étudiante.

👉 La population sans emploi :

Le chômage affecte plus particulièrement les femmes, les jeunes de 16 à 29 ans, les ouvriers et les personnes peu ou pas diplômées. Par ailleurs, même s'ils sont moins concernés, les jeunes diplômés peuvent alterner périodes de chômage et emplois temporaires (stages, contrats à durée déterminée), rendant leur situation précaire.

Une des conséquences de la crise est le développement des emplois précaires, intérim et contrats à durée déterminée. Le chômage tout comme le niveau de revenu est un déterminant de l'accès aux soins et un facteur de renoncement et de report des soins aux conséquences délétères sur la santé.

Au 31 mars 2011, le taux de chômage bourguignon s'élevait à 8,4 % contre 9,2 % au niveau national.

👉 Les minima sociaux :

Les bénéficiaires de minima sociaux constituent la population la plus affectée par des conditions de vie précaires, ce qui n'est pas sans effet sur leur santé et leur accès aux soins.

👉 La Couverture Maladie Universelle complémentaire :

Les populations bénéficiaires sont majoritairement des ménages d'ouvriers ou d'employés. Dans 46 % des cas, le chef de ménage est au chômage. Depuis sa création en 1999, le nombre de bénéficiaires n'a cessé d'augmenter mais en 2008, la tendance semble s'inverser. Cela pourrait être dû au non recours aux droits, les personnes potentiellement éligibles n'ayant pas toutes accès à l'information. En outre le plafond de ressources fixé pour bénéficier de la Couverture Maladie Universelle agit comme un « effet de seuil » excluant de fait les personnes se trouvant légèrement au-dessus du plafond d'attribution et notamment les bénéficiaires des minima sociaux.

Fin 2010, un peu plus de 76 811 bourguignons assurés et ayants-droit du régime général, du régime agricole et du régime des indépendants bénéficiaient de la « Couverture Maladie Universelle complémentaire », soit 4,6 % de la population bourguignonne.

👉 Les familles monoparentales :

Ces familles sont fréquemment confrontées à des situations de précarité économique et sociale : leurs conditions de logement, et de vie en général, sont moins favorables. Elles disposent de revenus plus faibles que les couples avec enfants, ce qui peut avoir des répercussions sur la santé et l'accès aux soins.

/// Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies en Bourgogne 2012-2016 ● ● ● ●

En 2008, la Bourgogne compte 42 600 familles monoparentales avec enfants, soit 19,6 % de l'ensemble des familles avec un ou plusieurs enfants de moins de 25 ans.

À l'intérieur de la région, les disparités sont importantes : la Nièvre présentant la part de familles monoparentales la plus forte (21,7 %) et la Saône-et-Loire la plus faible (18,3 %).

Par ailleurs, en 2009, 29 % des ménages monoparentaux bourguignons vivent en dessous du seuil de pauvreté, contre 12 % de l'ensemble des ménages bourguignons

➤ Les personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules :

L'amélioration de l'espérance de vie et des niveaux de vie, qui s'accompagnent de la progression de l'espérance de vie sans incapacité, favorisent le maintien à domicile, de même que le développement des services d'aide à la personne.

L'espérance de vie des femmes étant plus élevée que celles des hommes, elles se retrouvent plus fréquemment seules après le décès de leur conjoint : 50 % des femmes de 75 ans et plus sont concernées par le fait de vivre seules, contre seulement 20 % des hommes du même groupe d'âge.

65 000 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules en Bourgogne, en 2006. Les effectifs de personnes âgées vivant seules sont plus élevés à proximité des pôles urbains.

➤ Jeunes en insertion

(Source : Association Régionale des Missions Locales et Conseil National des Missions Locales)

Parmi les jeunes reçus par les Missions Locales de Bourgogne en 2010, plus de 15 % (4 660 jeunes sur 30 168) ont bénéficié en moyenne de trois services relatifs à la santé : information et conseil : 11 %, aide alimentaire : 4 %, orientation vers un service de santé 5 %, accès à une couverture sociale et accès à une visite médicale.

Une enquête nationale sur la santé des jeunes en recherche d'insertion professionnelle et d'intégration sociale a été réalisée en 2010 auprès de 4 282 jeunes, dans 115 missions locales et 74 centres d'exams de santé répartis sur l'ensemble du territoire national. Elle montre que les jeunes en insertion, en recherche d'emploi ou sans activité ont 1,5 fois plus de risque d'être en souffrance psychologique et en mal être que les jeunes actifs ou en emploi stable, 1,8 fois plus de risques d'avoir une perception négative de la santé. Le risque d'une tentative de suicide est double.

/// Les profils socio-sanitaires des cantons

(Source : Observatoire Régional de la Santé – atlas social santé en Bourgogne – septembre 2010)

Cinq classes de cantons ont été identifiées par l'Observatoire Régional de la Santé. Cette typologie a permis de mettre en évidence les caractéristiques socio-sanitaires des cantons de la région dont, la difficulté d'accès aux soins. On retrouve ici l'opposition entre le rural et l'urbain. Les disparités entre ces espaces ne peuvent pas se résumer qu'en terme de population, d'autres différences socio-sanitaires demeurent. De plus, des disparités internes à ces espaces existent, notamment au sein de l'espace urbain, entre les cantons faisant partie de l'aire urbaine et les pôles urbains.

12,2 %

Classe 1 : Cantons ruraux peu peuplés, avec une population âgée, socialement peu favorisée, éloignée des équipements de santé, en surmortalité générale et prématurée

16,3 %

Classe 2 : Cantons ruraux avec une population relativement âgée, éloignée des équipements de santé, en surmortalité de causes traumatiques

33 %

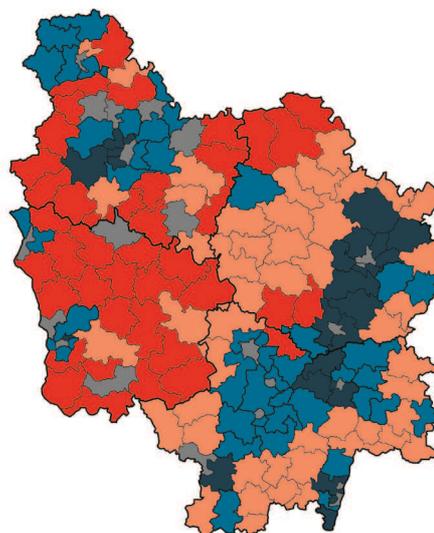
Classe 3 : Cantons très peuplés avec des situations de précarité et un mode de vie isolé fréquent, une offre de soins libéraux importante, à proximité des services de soins, en surmortalité prématurée.

20,4 %

Classe 4 : Cantons relativement favorisés, avec des densités de professionnels de santé réduites mais assez proches des services de soins, en sous-mortalité générale et prématurée

18,1 %

Classe 5 : Cantons socialement favorisés, avec une population jeune, un recours et une offre de soins libéraux importants, à proximité des équipements de santé, en sous-mortalité générale et prématurée



Deux types d'espaces ruraux peuvent être mis en avant : l'un à l'est de la région, constitué essentiellement de cantons de Côte-d'Or et de Saône-et-Loire (**classe 2**) et l'autre à l'ouest, avec principalement des cantons de la Nièvre et de l'Yonne (**classe 1**). Bien que d'une manière générale, ces deux espaces apparaissent comme peu favorisés tant sur le plan économique que sanitaire : offre de soins faible, peu dotés en équipements de santé, avec une population âgée, la situation apparaît comme étant la plus défavorable pour les cantons de la Nièvre et de l'Yonne. On y constate à la fois une surmortalité générale et prématurée et certains aspects de la précarité des conditions de vie plus fréquents (taux de chômage, part des bénéficiaires des minima sociaux...).

Par ailleurs, on retrouve le paradoxe des villes-centres (**classe 3**) où l'offre de soins et l'accès aux services hospitaliers apparaissent plus aisés du fait des densités de professionnels de santé libéraux élevées et des temps d'accès faibles, mais en surmortalité prématurée. Pour la population des cantons de cette classe, la proximité des services de soins, aussi divers soient-ils, n'induit pas nécessairement un recours aux soins libéraux plus élevé. De plus, une part non négligeable de la population de ces villes est socialement défavorisée.

Les espaces périurbains (**classe 5**), à la périphérie des pôles urbains et de ce fait proches des services de soins, disposent d'une offre de soins importante (densités élevées) et de la proximité des services hospitaliers. Dans ces espaces, socialement favorisés, en sous mortalité générale et prématurée, le recours aux services de soins est plus fréquent.

Enfin, les cantons de la **classe 4**, se situent dans un espace singulier, présentant certains atouts du rural et de l'urbain. Leurs caractéristiques allient celles des deux types d'espace. Ces cantons présentent des indicateurs sociaux favorables, un état de santé plutôt bon (sous-mortalité générale et prématurée) et sont peu éloignés des services hospitaliers même si l'offre de soins libéraux y est réduite.

On constate une surmortalité dans les zones rurales éloignées des services hospitaliers et où l'offre de soins libéraux est faible, mais également une surmortalité prématurée dans les villes-centres qui sont pourtant les mieux desservies en équipements et en professionnels de santé. De plus, une offre de soins libérale élevée n'entraîne pas nécessairement un recours plus important.

L'effet des différences sociales d'une partie de la population doit alors être pris en compte pour expliquer ce paradoxe.

L'état de santé d'une population ne peut s'expliquer uniquement par la proximité ou l'éloignement géographique des services hospitaliers, par une offre de soins importante ou réduite. Pour une meilleure compréhension des contrastes observés et pour réduire les inégalités constatées, d'autres facteurs sont nécessaires, tels que les déterminants sociaux, les conditions de vie, l'environnement physique et social. De même, compte tenu des écarts en termes d'état de santé observés, les facteurs associés aux recours aux soins différenciés doivent être analysés pour minimiser les actes et optimiser ainsi des moyens non extensibles.

Les profils socio-sanitaires des cantons seront pris en considération pour prioriser les actions du programme.

1.3 Les modalités affichées du programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

/// Le plan du programme

Le plan du programme s'appuie sur les étapes d'un parcours de santé.

En amont du système de soins :

- Promotion de la santé et éducation pour la santé.
- Les conditions d'entrée dans le système de soins

Parcours dans le système de soins :

- La prise en charge ambulatoire et extra hospitalière
- Les établissements de santé

Sortie du système de soins :

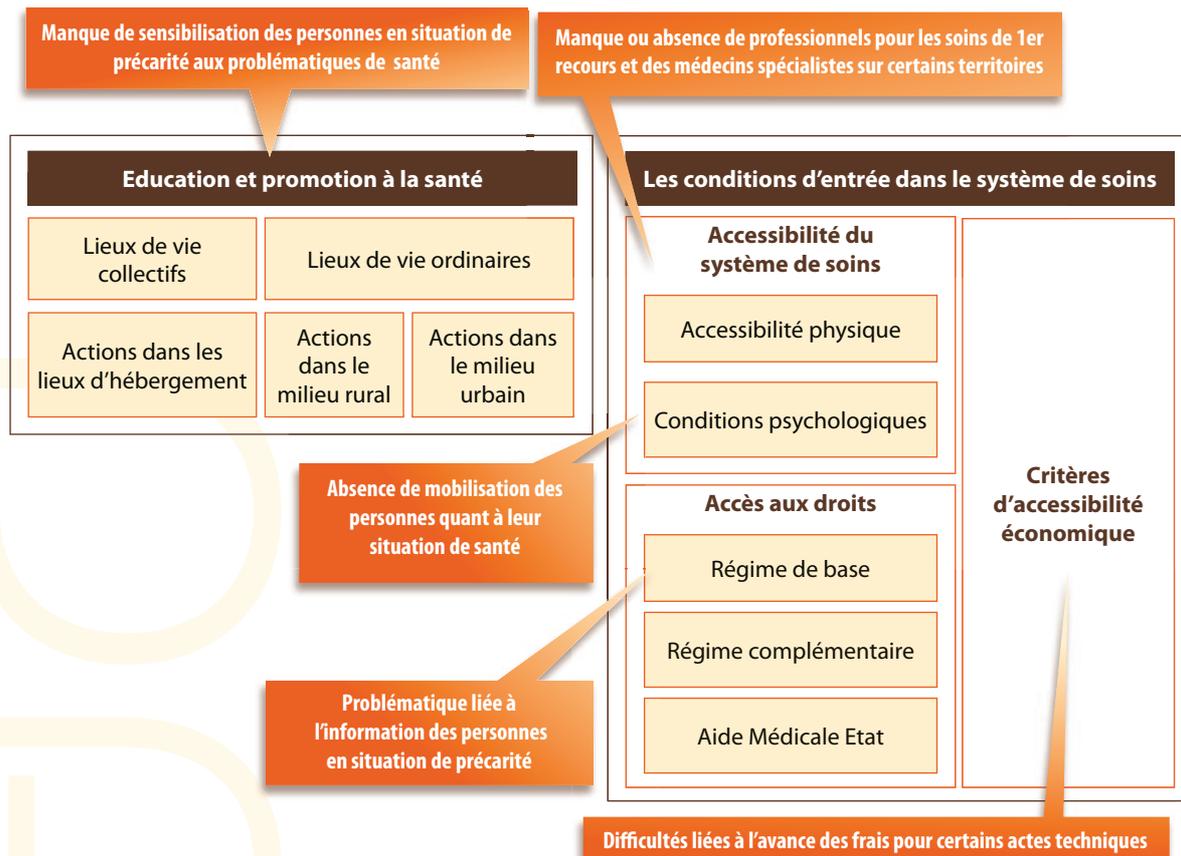
- L'accueil en structure médico-sociale
- Améliorer la qualité de l'habitat

/// Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies en Bourgogne 2012-2016 ●●●●

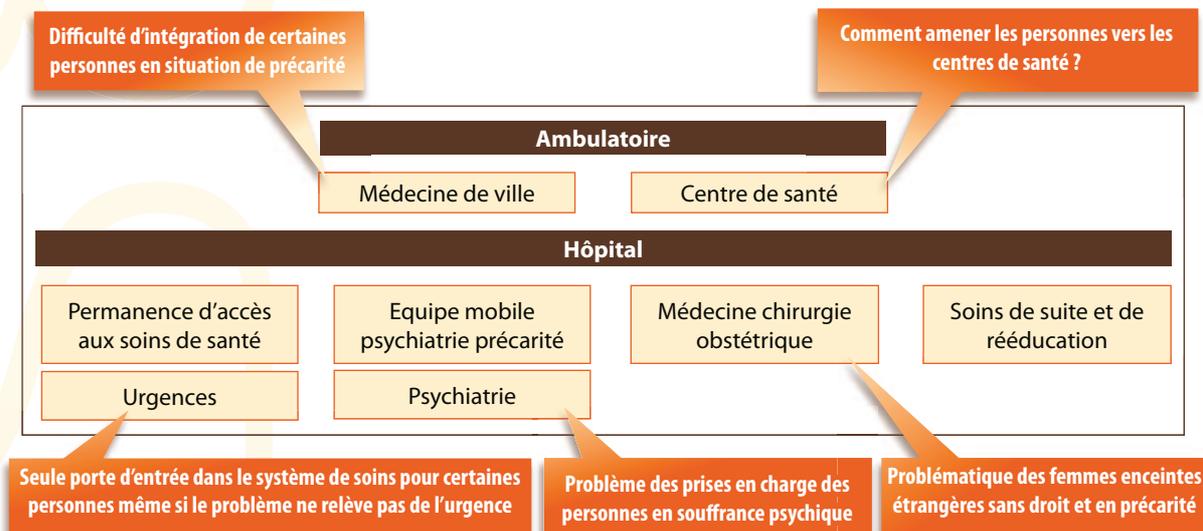
Il s'agit de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé ou médico-social de droit commun et donc d'agir sur les points de rupture constatés par le groupe transverse réuni dans le cadre des travaux de l'élaboration du projet régional de santé. Les mesures repérées pour éviter les points de rupture relèvent le plus souvent de dispositifs existants. Les mesures spécifiques à mettre en œuvre sont à assurer par l'institution responsable de la mesure ou du dispositif.

Les points de rupture identifiés dans le cadre du parcours de santé des personnes en situation de précarité

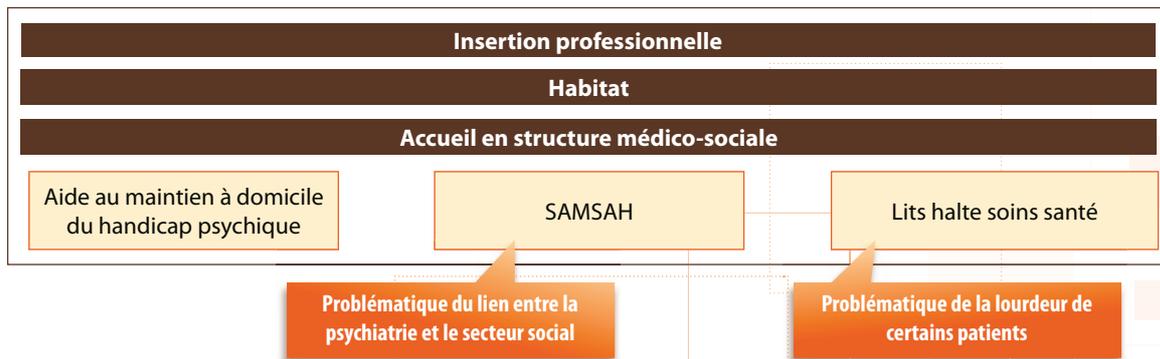
/// En amont du système de soins



/// Parcours dans le système de santé



/// **Sortie du système de soins**



👉 **L'instance de coordination**

Le programme fera l'objet d'une concertation au sein de la commission de coordination dans le domaine de la prévention, de la santé au travail, de la santé scolaire et de la protection maternelle infantile, lieu du suivi du programme et de la concertation inter-institutionnelle.

L'avis prononcé par la commission sur le programme d'accès à la prévention et aux soins ne vaut pas engagement formel des organismes représentés et notamment des Conseils Généraux qui restent soumis aux procédures décisionnelles des assemblées départementales.

Cette commission s'appuiera sur les travaux du comité de pilotage composé des partenaires institutionnels, gestionnaires, associations et usagers.

👉 **La mise en œuvre**

La participation des usagers est recherchée pour l'élaboration des actions. Cette contribution des usagers sera demandée aux opérateurs et fera l'objet d'un suivi par l'agence régionale de santé.

Pour les personnes accueillies en structure d'hébergement, la participation des usagers pourra s'appuyer sur le Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies, actuellement en cours de constitution.

Les actions peuvent concerner directement les personnes démunies, les professionnels sanitaires et sociaux, les structures institutionnelles et associatives.

Les contrats locaux de santé seront des relais de proximité. Ils pourront décliner les actions du programme. Le contrat local de santé est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé. Il a pour objectif de soutenir les dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité urbains ou ruraux qui constituent des infra-territoires de santé.

Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé.

Il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le projet régional de santé :

- en assurant à ce niveau la coordination des financeurs et des politiques impactant la santé, mais aussi la coordination des acteurs
- en s'appuyant sur les initiatives de démocratie sanitaire telle que la conférence de territoire ou des réunions publiques
- en visant un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

👉 **Suivi — Évaluation**

Le programme fera l'objet d'un suivi annuel à partir d'un tableau de bord des actions. Une journée annuelle d'information sur l'état d'avancement du programme sera organisée avec les partenaires. Cette journée organisée au niveau départemental participera à la valorisation des actions mises en place par les co-porteurs du programme.

Une rencontre régionale pourra également présenter les innovations nationales, ainsi que des thèmes de réflexion. Par ailleurs, des audits pourront être programmés conjointement entre les différents institutionnels. Il s'agira d'évaluer le fonctionnement de dispositifs dont la responsabilité et/ou l'intérêt sont partagés par plusieurs institutions. Un cahier des charges sera établi préalablement afin de définir le champ de l'audit.

/// Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies en Bourgogne 2012-2016 ● ● ● ●

Des démarches d'observation pourront utilement être initiées auprès de la plateforme sociale et sanitaire afin de mieux connaître l'état de santé de certains publics cibles (meilleure connaissance épidémiologique des populations immigrées en Bourgogne pour orienter au mieux les actions à construire).

La commission de coordination dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, et de la protection maternelle infantile est le lieu d'examen de ces dossiers.

Une évaluation intermédiaire (courant 2013) et une évaluation finale et externe à l'agence régionale de santé sera réalisée à la fin du programme.

2 Les actions du programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

2.1 EN AMONT DU SYSTÈME DE SANTÉ : promotion de la santé et éducation pour la santé

/// ACTION 1 LIEUX DE VIE ORDINAIRES : S'ASSURER QUE LE PUBLIC PRÉCAIRE BÉNÉFICIE DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

➤ Certaines actions auront une portée d'ordre général

- Jusqu'à présent, il n'existait pas d'information sur le nombre de personnes démunies bénéficiaires des actions prévention. Un des objectifs du schéma régional de prévention est de s'assurer de l'accessibilité des actions aux populations précaires. Les promoteurs financés par l'agence régionale de santé utiliseront le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé) et remettront un rapport d'activité permettant de suivre l'indicateur « pourcentage de personnes démunies bénéficiaires de l'action ».

Le score EPICES nécessite un questionnaire direct de l'utilisateur. Par conséquent, cet outil ne pourra pas être utilisé pour l'ensemble des actions et notamment celles où le promoteur n'est pas directement en contact avec les personnes visées (ex. : dépistage des cancers). D'autres moyens de repérage des populations précaires devront donc être construits.

Les promoteurs concernés seront formés à l'administration de cet outil.

Porteur de l'action : Agence Régionale de Santé

Indicateur : pourcentage de population bénéficiaire et pourcentage de promoteurs formés

- Les contrats locaux de santé, outil de déclouisonnement sur les territoires préciseront les modalités de mobilisation des personnes démunies. Les collectivités engagées dans la démarche « contrat local de santé » sont invitées à se rapprocher notamment de l'Assurance Maladie qui par ses centres d'examen de santé peut apporter un concours utile à la mobilisation de ces personnes.

L'agence régionale de santé souhaite conclure des contrats locaux avec les élus dont les territoires enregistrent les plus mauvais indicateurs de santé. Une partie des territoires ruraux de la région est concernée. En effet, les CLS regroupant une pluralité d'acteurs (collectivités territoriales, CCAS, professionnels de santé, assurance maladie, associations, préfecture, etc.), peuvent être un levier permettant de :

- Développer et renforcer le travail en réseau sur les territoires, notamment par le biais de conventions de partenariat, des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour une prise en charge globale et transversale de la santé des personnes en situation de précarité.
- Favoriser l'accès aux dispositifs de droit commun de santé des publics précaires tout en soulignant la nécessité des dispositifs de transition (tels que les PASS, sur les territoires de grande précarité).

Porteur de l'action : Agence Régionale de Santé

Indicateur : nombre d'actions

- Dans la continuité de la politique de la ville et de la signature de contrats urbains de cohésion sociale, les actions de prévention réalisées en direction des habitants des quartiers bénéficiant d'un contrat urbain de cohésion sociale, soit dans le cadre des ateliers santé ville, soit à l'initiative des communes, seront soutenues.

Porteur de l'action : Agence Régionale de Santé

Indicateur : nombre d'actions financées

- L'ensemble des associations y compris caritatives seront contactées pour connaître leurs actions en matière de prévention et une communication sera organisée. Ces associations seront intégrées aux actions de formation.

Porteur de l'action : Agence Régionale de Santé

Indicateur : nombre d'actions

👉 D'autres actions seront axées sur une thématique particulière

- L'agence régionale de santé veillera à la mise en œuvre du plan national nutrition santé 2011-2015. Il s'agira de développer des actions d'éducation et d'information spécifique et de poursuivre la formation des acteurs locaux de proximité. De plus, des informations et un accompagnement seront développés sur l'allaitement maternel afin de permettre un choix éclairé des mères concernées. La promotion de l'activité physique sera mise en avant.

Porteurs de l'action : Agence Régionale de Santé

Direction Régionale Jeunesse, Sport et Cohésion Sociale

Indicateur : nombre d'actions financées

- Les associations de gestion du dépistage organisé des cancers (du sein et colo-rectal) ont pour objectif de mettre en place un programme d'actions spécifique pour les personnes démunies, notamment sur les territoires des contrats locaux de santé où les professionnels de santé seront sensibilisés. Les services de protection des personnes (auparavant appelés services de tutelle) pourront notamment être mobilisés sur ce sujet.

Porteurs de l'action : Assurance Maladie, Agence Régionale de Santé

Indicateur : nombre d'actions par département

- Un des objectifs du schéma de prévention est l'amélioration de la couverture vaccinale. Un programme de promotion de la vaccination en direction des publics précaires sera développé avec les professionnels de santé (médecins libéraux, service de santé publique, PMI...)

Porteur de l'action : Agence Régionale de Santé

Indicateur : évolution du taux de vaccination

- Un des freins à la mobilisation des personnes démunies est celui des distances à parcourir sans moyen de transport ou bien la difficulté pour couvrir les frais de déplacement, notamment pour les populations de la région concernées par la ruralité qui peut aggraver en effet les difficultés d'accès aux soins. Certains départements mettent en place des transports à bas prix ou d'autres dispositifs multi partenariaux comme par exemple les plateformes mobilité. Ces dispositifs méritent d'être mieux connus.

Porteurs de l'action : collectivités locales

Indicateur : diffusion annuelle de l'information auprès des associations et services sociaux

/// ACTION 2 LIEUX DE VIE COLLECTIFS : CENTRES D'HÉBERGEMENT ET PENSIONS DE FAMILLE : VEILLER À LA MISE EN PLACE D' ACTIONS SPÉCIFIQUES

L'intitulé « centres d'hébergement et pensions de famille » permet de regrouper l'ensemble des dispositifs d'hébergement existants : veille sociale, structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, accueils d'urgence, maisons relais, centres d'accueil des demandeurs d'asile, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, foyers de travailleurs migrants, foyers de jeunes travailleurs.

L'information sur les droits sociaux est une nécessité, il existe des relations spécifiques avec les organismes de protection sociale et les services sociaux. Des améliorations pourraient intervenir en matière de circulation de l'information et notamment en direction des femmes, par l'intermédiaire des foyers (ADOMA et CCAS) et des centres sociaux (par exemple en lien avec les actions d'alphabétisation) qui les accueillent.

Le projet d'établissement qui comprend l'information sur les droits sociaux et la présentation du dispositif de soins français, pourra aussi s'orienter vers des actions de prévention, notamment à développer dès l'entrée en centres d'accueil des demandeurs d'asile. Ce public devra faire l'objet d'une attention particulière des actions du PRAPS car il ne relève pas du PRIPI (programme régional d'intégration des populations immigrées).

Porteurs de l'action : structures d'hébergement

Indicateur : nombre de procédures nouvelles

/// Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies en Bourgogne 2012-2016 ● ● ● ●

Les structures peuvent orienter les personnes hébergées vers les centres d'exams de santé de l'assurance maladie qui sont de bons relais pour proposer des examens périodiques de santé (le bilan de santé effectué par ces centres est un outil à développer)

Porteurs de l'action : structures d'hébergement

Indicateur : nombre d'exams périodiques de santé

Certaines actions devront se dérouler au sein des structures d'hébergement, ex : prévention de la tuberculose. Lorsque la structure d'hébergement l'estime nécessaire, un promoteur peut y délivrer son message de prévention, exemple : prévention de la tuberculose. Il serait également nécessaire de développer l'information sur l'accès à la contraception, à la sexualité, aux IST, aux relations hommes/femmes, à la santé mentale, aux addictions et à l'alcoologie, à la nutrition...

L'Agence Régionale de Santé diffusera avant la fin de chaque premier trimestre la liste des actions financées afin de permettre aux structures d'hébergement qui le souhaitent de pouvoir en faire bénéficier leurs résidents. Les Directions Départementales de Cohésion Sociale et les Directions Départementales de Cohésion Sociale et de Protection des Populations seront un vecteur important de communication et de relais d'information en direction des structures de leur réseau. Un référent santé pourrait être désigné au sein de ces institutions comme un référent cohésion sociale au sein des délégations territoriales de l'Agence Régionale de Santé.

Porteurs de l'action : structures d'hébergement

Indicateur : nombre d'actions

/// ACTION 3 L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS : UNE ATTENTION PARTICULIÈRE EST DEMANDÉE AUX GESTIONNAIRES DES PROGRAMMES.

Les gestionnaires devront proposer des actions spécifiques.

Les gestionnaires auront une information sur les spécificités des publics précaires.

Porteur de l'action : Agence Régionale de Santé

**Indicateurs : pourcentage de personnes démunies bénéficiaires
nombre d'actions spécifiques mises en place**

/// ACTION 4 ACTION DE PRÉVENTION SECONDAIRE ET DE FORMATION EN ADDICTOLOGIE : PROMOUVOIR ET DÉVELOPPER L'ÉDUCATION PRÉVENTIVE ET L'INTERVENTION PRÉCOCE

Formaliser les réseaux d'addictologie à partir des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (structure pivot : d'amont, d'aval et d'accompagnement tout au long du parcours de soin). Lieu ressource d'information, de formation et d'échanges de pratiques destinés aux professionnels des structures du dispositif d'accueil d'hébergement et d'insertion et du secteur psychiatrique, leur permettant d'acquérir ou de développer une posture favorable à l'identification des comportements problématiques et l'orientation précoce et de devenir relais au sein de leurs institutions.

Des actions de prévention en addictologie en direction des publics précaires pourront être menées dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale ou les centres d'accueil avec hébergement en lien avec les professionnels relais.

L'aide à la parentalité dans le cadre de problèmes d'addiction pour un ou plusieurs membres de la famille pourrait être développée à partir des structures du dispositif d'accueil d'hébergement et d'insertion accueillant des familles.

Porteurs de l'action : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**Indicateurs : nombre de personnes formées
nombre d'actions spécifiques engagées**

2.2 EN AMONT DU SYSTÈME DE SANTÉ : les conditions d'entrée dans le système de soins.

/// ACTION 5 L'ACCÈS AUX DROITS : GARANTIR L'EFFECTIVITÉ DE L'ACCÈS AUX SOINS.

L'Assurance Maladie conduit diverses actions visant à favoriser un accès aux soins précoce des populations les plus fragiles ou les plus éloignées au système de santé.

Le législateur a confié à l'Assurance Maladie la gestion de plusieurs dispositifs favorisant l'accès aux soins : la couverture maladie universelle complémentaire et l'aide à la complémentaire santé.

La convention signée avec trois syndicats représentatifs de médecins libéraux le 26 juillet 2011 prévoit un dispositif de tiers payant pour les personnes aux revenus les plus faibles.

Les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie permettent aux personnes en situation de précarité de bénéficier d'un bilan de santé gratuit et adapté à leur situation.

L'articulation entre les projets de santé des territoires et les services offerts par ces structures constituera un point de vigilance et d'implication de l'Assurance Maladie dans le cadre de ce programme.

Cet engagement pourra se concrétiser par une contractualisation spécifique avec les territoires engagés dans les contrats locaux de santé évoqués dans le présent document.

Des aides financières peuvent être accordées dans le cadre des commissions d'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie afin de faciliter l'accès effectif aux soins.

Service expert, le service social de l'assurance maladie assure une mission spécifique de traitement social des conséquences liées aux problèmes de santé.

Les inégalités face à la maladie et à ses déterminants (alcool, nutrition...) demeurent importantes. Les personnes en situation de précarité connaissent une exposition supérieure aux risques, un accès difficile à l'information et un recours limité aux soins.

Le service social a pour mission de contribuer au développement des conditions nécessaires à la santé en faveur des personnes en situation de précarité et ayant un problème d'accès aux soins.

Le service social est un acteur majeur dans la facilitation à l'accès aux soins et dans la prévention des populations les plus fragiles et les plus éloignées du système de soins.

En collaboration avec le réseau de l'Assurance Maladie, le service social adresse une offre de service (individuelle et /ou collective) aux personnes éligibles au chèque-santé et les incite à le mobiliser.

Il met en place des parcours prévention santé pour des publics bénéficiaires de la couverture maladie universelle, de la couverture maladie universelle complémentaire et ceux éligibles au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (minima sociaux, usagers des dispositifs d'insertion).

Les enjeux pour les personnes fragilisées sont d'accéder au système de soins dans le cadre du droit commun, d'intégrer des démarches de prévention santé par une sensibilisation aux comportements de santé et de bénéficier d'information sur l'Assurance Maladie, les dispositifs et les structures...

L'Assurance Maladie développe donc des démarches particulières de soutien à l'accès des personnes en situation difficile aux dispositifs existants, notamment l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire et apporte un service attentionné à ces publics.

L'accès à ces différents dispositifs nécessite que les personnes susceptibles d'en bénéficier en aient connaissance. La compréhension du système de soins lui-même et de ses acteurs (institutionnels et associatifs) nécessite également une compréhension de la langue française. Un travail de réflexion quant à l'accès aux informations dans la langue maternelle des patients pourrait être initié.

L'Assurance Maladie met donc à la disposition des partenaires impliqués dans le présent programme l'ensemble des informations nécessaires afin que ces derniers puissent favoriser l'accès des personnes les plus démunies aux dispositifs les concernant.

Porteur de l'action : Assurance Maladie

/// ACTION 6 L'ACCESSIBILITÉ DU SYSTÈME DE SOINS : FACILITER LA DÉMARCHÉ DE SOINS

Dans certains territoires ruraux, les cabinets de médecins généralistes ou spécialistes ne sont plus à proximité des personnes. Les collectivités locales ont développé des formules attractives de transport et parfois même des transports individualisés. Il conviendrait de bien communiquer sur ces réponses auprès du public en difficulté (relais auprès des communes et des associations)

En complément, certains départements ont mis en place des formules d'accompagnement individualisé. (Exemple : expérimentation sur deux cantons de Côte-d'Or d'agents de mobilité). Ces formules relèvent des dispositifs d'insertion.

Porteurs de l'action : collectivités locales.

/// Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies en Bourgogne 2012-2016 ● ● ● ●

Le thème du refus de soins fera également l'objet d'une vigilance de la part des différents acteurs du programme. Il est nécessaire de mieux faire connaître le rôle du conciliateur des organismes d'Assurance Maladie.

Porteur de l'action : Assurance Maladie

Créer un outil de recensement des situations d'exclusion des soins afin de réaliser une veille sociale. Dans leur pratique professionnelle quotidienne, les assistants de service social de l'assurance maladie sont à même d'observer des situations d'exclusion des soins. À partir de règles méthodologiques (neutralité, vérification...), le service social recueillera, quantifiera, catégorisera les données, afin d'objectiver des situations d'exclusion des soins.

Porteur de l'action : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail

2.3 PARCOURS DANS LE SYSTÈME DE SOINS : la prise en charge ambulatoire et extra-hospitalière

/// ACTION 7 LA MOBILISATION DE LA MÉDECINE AMBULATOIRE

- Les centres de santé sont nombreux en Bourgogne, ils accueillent également le public démuné. Ces centres pourraient être pris comme supports d'actions spécifiques. Si la présence d'un centre de santé dédié aux personnes les plus précaires n'apparaît pas nécessaire dans les départements 58, 71 et 89, les deux antennes d'accueil médical existantes sur la Côte-d'Or sont un outil important d'accès aux soins pour ce public. Ces deux structures doivent être confortées.
- Les réseaux de soins seront également mobilisés pour prendre en charge le public précaire.
- Concernant les maisons de santé pluriprofessionnelles, le projet de santé de la structure devra porter une attention particulière aux situations de précarité avec notamment la formation des personnels chargés du secrétariat.
- Il sera également précisé le développement des liens avec les services de Protection Maternelle et Infantile, les structures d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées sur le territoire d'implantation de la maison de santé pluridisciplinaire.
- De plus, les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles pourraient s'ouvrir à certains spécialistes volontaires.
- De manière plus particulière, la Bourgogne a vocation à développer la télésanté et la télémédecine, cela devra bénéficier au public démuné.
- Mobiliser les acteurs du champ de la cohésion sociale afin de mener une réflexion sur les possibilités d'aide à la traduction pour les professionnels libéraux dans certains bassins de vie particulièrement concernés.

Porteur de l'action : Agence Régionale de Santé

Indicateur : nombre d'actions

/// ACTION 8 SOINS DE PROXIMITÉ EN ADDICTOLOGIE ET FILIÈRE DE SOINS

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie pourront intervenir au plus près des usagers précaires dans le cadre de consultations de proximité mises en place en centre d'hébergement et de réadaptation sociale ou autre.

Porteurs de l'action : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Indicateur : nombre de consultations de proximité

- Établir un protocole partenarial pour l'orientation et l'adressage des patients.
- Inscrire systématiquement les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie dans les annuaires et outils d'adressage auprès des structures prenant en charge la précarité.
- Orientation à partir du Centre d'Examens de Santé vers le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, prise de contact directe.

Porteurs de l'action : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Indicateur : réalisation du protocole d'accord partenarial

nombre de personnes reçues par le CSAPA et orientées par le Centre d'Examens de Santé.

/// ACTION 9 PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE; UN TRAVAIL CONJOINT DES PROFESSIONNELS DU SOCIAL ET DE LA SANTÉ.

- Une équipe mobile psychiatrie précarité, assurant le lien ville-hôpital, par département sera mise en place et la couverture de l'ensemble du territoire régional devra être assurée.
- Un temps de psychologue dans les structures d'hébergement social devra être pris en compte sur le budget alloué dans le respect de l'équilibre budgétaire.
- Pour les personnes démunies à domicile, les actions prévues dans les Programmes Départementaux d'Insertion et les Pactes Territoriaux d'Insertion pourront être mobilisées.
- Proposer le développement des conseils locaux de santé mentale en médiatisant l'existant. Animés par les élus, ils facilitent le « vivre ensemble » et préviennent les troubles du voisinage.
- Pour les jeunes relevant des missions locales, maintenir les interventions de psychologues pour un soutien et une orientation accompagnée vers le système de soins si nécessaire.
- Formation des acteurs sociaux à la souffrance psychique à partir d'un programme cofinancé.
- Faire un bilan du fonctionnement des groupes d'entraide mutuelle et prévoir une mise en réseau et journée d'échange.
- Optimiser la réponse médicale aux situations de stress post-traumatique notamment pour les personnes demandeuses d'asile.
- Étudier la possibilité de mettre en œuvre, en Côte-d'Or, une plateforme santé-insertion tournée vers les difficultés psychiques du public en insertion en partenariat avec le Conseil Général et professionnels de la psychiatrie.
- Formation des personnels des Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale aux ateliers du bien-être.
- Les centres médico-psychologiques sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. C'est le premier lieu de référence et d'implantation de l'équipe polyvalente de secteur. C'est à partir du centre médico-psychologique que s'organisent les actions extra hospitalières en articulation avec l'hospitalisation, que s'élaborent tous les projets de structures alternatives pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et réinsérer le patient.

Porteurs de l'action : Institutions concernées
Agence Régionale de Santé

2.4 PARCOURS DANS LE SYSTÈME DE SOINS : les établissements de santé

/// ACTION 10 RENFORCER LE RÔLE DES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ.

- Faire le point régional du fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé et mieux faire connaître la permanence dans les services de soins.
- Organiser une rencontre annuelle entre les permanences d'accès aux soins de santé et l'agence régionale de santé.
- Les permanences d'accès aux soins de santé seront encouragées à conclure des conventions et protocoles de fonctionnement avec les structures sociales et médico-sociales pour mieux travailler en réseau et préparer la sortie des personnes.

Porteur de l'action : Agence Régionale de Santé
Indicateur : nombre de conventions signées

/// ACTION 11 AMÉLIORER LE PRENDRE SOIN EN MILIEU HOSPITALIER

- Organiser le repérage des situations de précarité au sein des services hospitaliers (exemple : formation des internes)
- Généraliser le dispositif de recensement des personnels pratiquant une langue étrangère dans les établissements de santé afin de pouvoir les mobiliser lorsqu'une traduction est nécessaire.
- Prendre en compte la problématique du suivi des « parturientes » étrangères et des nourrissons en situation de précarité ainsi que de leur prise en charge à la sortie d'hospitalisation.

/// Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies en Bourgogne 2012-2016 ● ● ● ●

- Réserver les places de soins de suite d'addictologie en priorité à la population régionale, notamment dans l'établissement de post-cure de l'Yonne. Le nombre de prises en charge de bourguignons devra augmenter de 5 % par an.
- L'accueil aux urgences ainsi que la sortie d'hospitalisation sont des moments clés de l'hospitalisation, parfois mal compris ou mal maîtrisés par les publics précaires. Afin de favoriser l'accès aux soins, il est important d'améliorer l'accompagnement à ces deux moments, par la présence éventuelle d'un travailleur social.

Porteur de l'action : Agence Régionale de Santé

Indicateur : nombre d'actions réalisées

2.5 LA SORTIE DU SYSTÈME DE SOINS : l'accueil en structures médico-sociales

Il existe des dispositifs intéressants de prise en charge dont le public cible ne concerne pas exclusivement les personnes en situation de précarité :

- Dispositif de retour à domicile pour les plus de 60 ans après une hospitalisation
- Cellule de coordination de prévention de la désinsertion professionnelle

/// ACTION 12 LES LITS HALTE SOINS SANTÉ : UNE SOLUTION INTÉRESSANTE.

Les lits halte soins santé sont des établissements médico-sociaux dont l'objet est de dispenser aux personnes sans domicile des soins médicaux et paramédicaux et un suivi thérapeutique dont ils bénéficieraient s'ils disposaient d'un domicile.

Leur mission est donc d'offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes vivant à la rue. Les Lits Halte Soins Santé assurent le lien entre les établissements de santé et les structures sociales qui ne sont pas pourvues de moyens médico-sociaux adaptés et doivent faire face à des difficultés de prise en charge et d'orientation de leur public.

Développer les lits halte soins santé dans chaque département et prévenir l'hospitalisation, en réservant des lits aux personnes souffrantes.

Porteur de l'action : Agence Régionale de Santé

Indicateur : nombre de lits créés

Prolonger l'hospitalisation en couplant les lits avec une possible intervention des services d'hospitalisation à domicile tout en favorisant la sortie du centre hospitalier.

/// ACTION 13 LES APPARTEMENTS DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE : UNE AUTRE RÉPONSE SPÉCIFIQUE POUR LES PERSONNES DÉMUNIES.

Les appartements de coordination thérapeutique hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion (article D312-154 du code de l'action sociale et des familles). Initialement conçus pour accueillir des personnes atteintes du VIH, ils sont désormais destinés à accueillir également des personnes atteintes de pathologies chroniques sévères comme les cancers et les hépatites chroniques évolutives.

Développer le nombre de places en Bourgogne.

Porteur de l'action : Agence Régionale de Santé

Indicateur : nombre de places créées

/// ACTION 14 LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL POUR ADULTES HANDICAPÉS (SAMSAH) UNE FORMULE À CRÉER PAR TERRITOIRE DE SANTÉ.

Créer une réponse par département de la région pour les personnes relevant du handicap psychique.

Porteurs de l'action : Conseils Généraux,
Agence Régionale de Santé

Indicateur : nombre de places créées par département

/// ACTION 15 PERMETTRE L'ACCÈS EN STRUCTURE D'HÉBERGEMENT FOYER D'ACCUEIL SPÉCIALISÉ, FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UN HANDICAP SPÉCIFIQUE ET TRÈS DÉSOCIALISÉES.

Réfléchir à la possibilité de création de petites unités spécialisées au sein de quelques établissements pour accueillir les personnes concernées. Envisager une réflexion sur un projet d'accueil spécifique.

Porteurs de l'action : Conseils Généraux
Direction de la Cohésion Sociale
Agence Régionale de Santé

Indicateur : nombre de places affectées par département

/// ACTION 16 POUR LES PLUS ÂGÉES, PERMETTRE UN ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES.

Travailler un protocole d'accueil et avoir une lisibilité sur quelques places par département.

Porteurs de l'action : Conseils Généraux
Direction de la Cohésion Sociale
Agence Régionale de Santé

Indicateur : nombre de places affectées par département

2.6 LA SORTIE DU SYSTÈME DE SOINS : améliorer la qualité de l'habitat

/// ACTION 17 LUTTER CONTRE L'HABITAT INDIGNE

Développer les outils opérationnels de repérage et de traitement des situations d'indignité au sein des pôles de lutte contre l'habitat indigne en développant des actions spécifiques de lutte contre le saturnisme, lutte contre la gale et la prévention des intoxications au monoxyde de carbone.

Le repérage de l'insalubrité nécessite une collaboration avec les services chargés du repérage, mairies, agence régionale de santé, caisses d'allocations familiales, les services sociaux et ceux chargés de la prise en charge technique et financière : agence nationale d'amélioration de l'habitat, direction régionale de l'environnement de l'aménagement et du logement.

Porteurs de l'action : Agence Régionale de Santé
Collectivités locales
Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
Directions Départementales des Territoires

Indicateur : nombre de dossiers traités par département



**Le programme régional
qualité et sécurité des soins
en Bourgogne
2012 – 2016**

Projet Régional de Santé : **2012**
2016

Sommaire . . .

/// Le programme régional qualité et sécurité des soins
en Bourgogne 2012-2016

1	Éléments introductifs	211
1.1	Définitions	211
1.2	Axes stratégiques	211
2	Le point de situation en Bourgogne	211
2.1	Les résultats des certifications Haute Autorité de Santé « HAS »	212
2.2	Les tableaux de bord « indicateurs de qualité » HAS	212
2.3	Les tableaux de bord de lutte contre les infections nosocomiales	212
2.4	L'activité d'hémovigilance	212
2.5	Les contrats de bon usage du médicament	213
2.6	Le bilan du plan régional d'élimination des déchets d'activité de soins	214
2.7	Les évaluations internes et externes des structures médico-sociales	214
3	Accompagner les professionnels de santé et les structures sanitaires et médico-sociales dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	215
3.1	Le groupe régional de coordination des vigilances et de gestion des risques	215
3.2	Le groupe régional qualiBourgogne	216
3.3	Le suivi individualisé des établissements de santé	216
3.4	La prévention des infections associées aux soins	216
3.5	Le suivi des indicateurs QUALHAS et des résultats certification	217
3.6	L'hémovigilance	218
3.7	Le circuit du médicament	218
3.8	L'environnement	219
3.9	Le suivi des structures médico-sociales dans leurs démarches d'évaluations	219
3.10	L'accompagnement des professionnels dans la création et la mise en œuvre de protocoles de coopérations entre professionnels de santé selon l'art 51 de la loi HPST	220
4	Améliorer les parcours de santé des usagers, dans l'accès, la prise en charge et la coordination des soins :	220
4.1	Le programme régional de gestion du risque	220
4.2	Le Programme Régional de Télémédecine (PRT)	221
4.3	Les parcours de santé ciblés en Bourgogne	221
5	Évaluer les attentes et la satisfaction des usagers sur la qualité des soins qui leur sera rendue	223
5.1	La mesure de la satisfaction des usagers	223
5.2	La mise en œuvre du plan « Bientraitance »	223
5.3	Les différents bilans élaborés au sein de l'ARS :	224
6	Gouvernance du programme régionale qualité et sécurité des soins en Bourgogne	224
7	Conclusion : La mise en œuvre du programme qualité et sécurité des soins en Bourgogne	224

/// Le programme régional qualité et sécurité des soins en Bourgogne 2012-2016

1 Éléments introductifs

1.1 Définitions

L'organisation mondiale de la santé définit **la qualité** comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ». La qualité se mesure à l'aide d'indicateurs de structures et de processus et aussi à travers d'enquêtes de satisfaction auprès des usagers. Les améliorations doivent porter d'une part sur la qualité des soins fournis par les professionnels de santé, d'autre part, sur la qualité du soin à travers le système entier, et sur les parcours transversaux de santé.

La sécurité des soins est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades, notion de risque iatrogénique défini ci-dessus. La sécurité est une dimension qui met l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la diminution des dommages liés aux processus de soins, pour les patients. Les grands domaines mesurés au niveau national sont les infections nosocomiales (activités de lutte contre les infections nosocomiales, consommation de solution hydroalcoolique, bon usage des antibiotiques, infections du site opératoire) et les événements sentinelles (accidents liés à la transfusion, erreurs de groupage sanguin, erreurs médicamenteuses...).

1.2 Axes stratégiques

Le plan stratégique régional de santé « PSRS » 2011 / 2016 annonce la qualité et sécurité des soins comme une exigence à renforcer en Bourgogne. Les différents leviers d'actions sont de densifier l'appui aux professionnels, d'accompagner les établissements sanitaires dans les démarches de certification et les ESMS dans les évaluations internes et externes, d'évaluer le service médical rendu, d'analyser la pertinence des soins et d'évaluer les attentes et la satisfaction des usagers sur la qualité des soins qui leur sera rendue.

Les enjeux du programme régional qualité et sécurité des soins, sont d'améliorer la qualité des parcours transversaux de prise en charge des personnes, notamment dans les 7 parcours de santé ciblés en Bourgogne : adolescents et jeunes adultes, personnes atteintes de cancer ou de maladies cardio-vasculaires, personnes âgées, personnes présentant une maladie neurologique, personnes en situation de handicap physique et personnes en situation de précarité.

L'objectif du programme régional qualité et sécurité des soins vise, à partir du point de situation en Bourgogne, à définir d'une part des actions d'accompagnement des professionnels de santé et des structures sanitaires et médico-sociales dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et d'autre part à améliorer les parcours de santé des usagers tant dans l'accès, la prise en charge et la coordination des soins qui leur sont offerts.

2 Le point de situation en Bourgogne

L'Agence Régionale de Santé de Bourgogne est engagée sur de multiples accompagnements qualité, sécurité et vigilance, à des degrés différents, et dispose d'un certain nombre d'indicateurs de suivi régionaux. Les démarches de certification des établissements de santé liées au développement des indicateurs de la qualité, les évaluations internes et externes des établissements médico-sociaux et les évaluations des pratiques professionnelles dans le développement professionnel continu des professionnels de santé, notamment libéraux, sont autant de mesures, issues des démarches nationales obligatoires (direction générale de la santé « DGOS » et haute autorité de santé « HAS »), qui permettent de suivre au niveau régional de nombreux indicateurs de qualité et de sécurité des soins. D'autres indicateurs proviennent d'actions menées localement. Les actions fixées par le programme régional qualité et sécurité des soins se basent sur les résultats de ces actions et l'analyse des indicateurs existants, annoncés également dans le PSRS 2011/2016.

2.1 Les résultats des certifications Haute Autorité de Santé « HAS »

En septembre 2011, les 95 établissements de santé de Bourgogne ont passé la certification version 2007. Pour 79 de ces établissements, la certification a été prononcée sans réserve, mais 41 d'entre eux ont obtenu ces résultats après des mesures de suivi (rapport ou seconde visite des experts visiteurs).

Les critères qui font l'objet de nombreuses réserves concernent principalement le circuit du médicament, notamment la prescription et l'administration, le programme de prévention et de gestion des risques dont le risque infectieux, la continuité des soins 24 h sur 24 h ainsi que la coordination entre les différents secteurs d'activité interventionnelle. L'actualisation du dossier du patient et le projet thérapeutique du patient ou le projet de vie en unité de soins de longue durée sont d'autres thématiques ciblées dans les réserves.

Sur les 9 établissements de Bourgogne ayant reçu les résultats de la version V2010, 1 établissement est certifié, 2 le sont avec des recommandations, 2 avec des réserves et 4 sont en attente de décision. Les principales réserves portent sur la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse, la gestion du dossier patient, les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles « EPP » liées aux indicateurs de pratique clinique, la prise en charge de la douleur et la pertinence des soins.

2.2 Les tableaux de bord « indicateurs de qualité » HAS

Les indicateurs du champ MCO sont la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë, le dossier d'anesthésie, le dossier du patient, la réunion de concertation pluridisciplinaire. Dans les champs du SSR, de l'HAD et de la psychiatrie, seul le dossier patient est évalué en 2010.

Le taux de participation des établissements de santé est 86.4 % pour la région Bourgogne, contre 95 % au niveau national.

La haute autorité de santé à partir des résultats propres à chaque établissement établit des moyennes régionales et nationales. Sur la campagne 2009, concernant le MCO, les résultats régionaux sont inférieurs à la moyenne nationale.

2.3 Les tableaux de bord de lutte contre les infections nosocomiales

Le tableau de bord annuel des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales comporte quatre indicateurs composites (à ce jour, seules les données 2009 sont publiées) :

2.3.1 ICALIN : Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Il reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans la Lutte contre les Infections Nosocomiales, au travers de l'organisation, des moyens, des activités qu'il met en place. C'est le plus ancien des indicateurs, il existe depuis six ans et a donc connu la plus importante progression puisqu'en 2009, le nombre d'établissements en classes A ou B est de 87 % versus 92 % au niveau national.

2.3.2 ICSHA : Indicateur de Consommation des Solutions hydro-alcooliques. Une augmentation d'un facteur 2.5 a été observée en 2009. Ces chiffres restent toutefois inférieurs à ceux obtenus au niveau national.

2.3.3 ICATB : Indicateur Composite de bon usage des Antibiotiques. Une nette amélioration a été observée entre 2008 et 2009 avec désormais 1/3 des établissements classés en A, 1/3 en B et 1/3 en C. Il reste toutefois une marge de progression encore importante pour atteindre la moyenne nationale : 80 % des établissements sanitaires sont en classe A ou B.

2.3.4 SURVISO : Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire. En 2009, deux établissements bourguignons n'organisent pas cette surveillance sur un total de 14 dans la même situation au plan national. Tous les autres établissements concernés, soit 29 ont satisfait à cette obligation.

2.4 L'activité d'hémovigilance

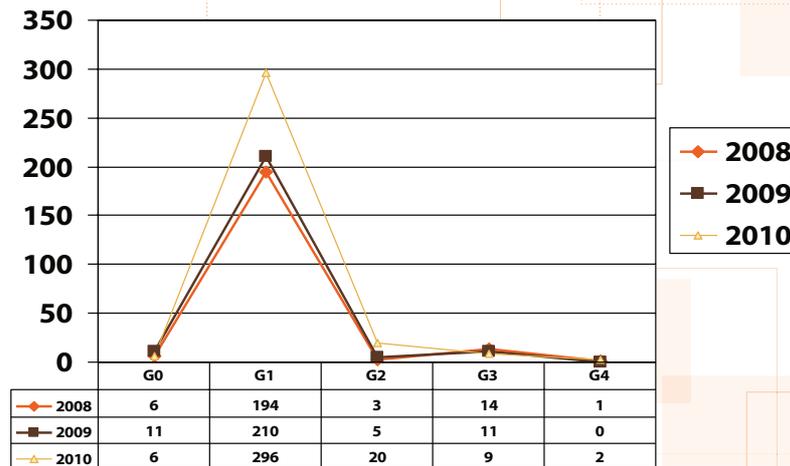
2.4.1 La déclaration des événements indésirables receveurs

Il s'agit de toute manifestation clinique et (ou) biologique, apparemment anormale, observée au cours ou au décours d'une transfusion. Ces effets indésirables receveurs de gravité différente sont classés selon quatre

grades. Du grade 1 (manifestation modérée, sans conséquence ultérieure) au grade 4 (décès du patient). Les déclarations sont obligatoires mais il persiste une non exhaustivité des déclarations transmises dues soit à des réticences ou des banalisations des signes observés et jugés insignifiants alors qu'ils peuvent entraîner dès ce stade des précautions transfusionnelles pour éviter une récurrence, souvent plus grave, lors de nouvelles transfusions.

La région Bourgogne se caractérise par un accroissement régulier du nombre de déclarations.

Évolution de la déclaration des effets indésirables receveurs



2.4.2 Les effets indésirables graves donneurs

L'ARS de Bourgogne a reçu 75 déclarations pour l'année 2010. Il est important de séparer les données :

- associées au prélèvement de sang total avec 47 « effets indésirables graves donneurs » pour 73 610 prélèvements, soit un « effet indésirable grave donneur » pour 1566 prélèvements
- associés aux aphareses (plaquettes et plasma) avec 28 « effets indésirables graves donneurs » soit un « effet indésirable grave donneur » pour 851 prélèvements

Ces données doivent faire l'objet d'une analyse pour proposer des améliorations des pratiques.

2.4.3 Les Incidents Graves de la Chaîne Transfusionnelle

En 2010, 19 déclarations d'incidents graves de la chaîne transfusionnelle dont 6 au niveau de la délivrance (établissement français du sang ou dépôt de produit sanguin labile d'un établissement de santé) et 13 dans les établissements transfuseurs ont été transmises à l'ARS de Bourgogne.

2.5 Les contrats de bon usage du médicament

En Bourgogne, les contrats de bon usage ont été prorogés d'un an en 2010. Ce sont désormais 38 établissements de santé qui sont concernés.

Les contrats de bon usage du médicament déclinent des objectifs assortis d'indicateurs portant sur :

- 2.5.1 Le développement de l'informatisation du circuit du médicament depuis la prescription, l'analyse pharmaceutique par la pharmacie, ainsi que le déploiement de modalités de dispensation plus sécurisées.
- 2.5.2 La centralisation de la préparation des chimiothérapies injectables dans une unité de reconstitution sous responsabilité du pharmacien.

2.5.3 Le développement des systèmes d'assurance de qualité du circuit des produits de santé, reposant sur le respect de règles de traçabilité, de réalisation d'audits, d'activité de la commission des produits de santé.

2.5.4 Enfin, plus des trois quart des établissements signataires d'un contrat de bon usage réalisent des réunions de Commission du Médicament et des Dispositifs Médico-Stériles conformes aux recommandations, actualisent périodiquement leur livret du médicament et émettent des avis de bon usage. Ils ne sont par contre que seize à évaluer les avis de bon usage.

2.5.5 Le développement des pratiques pluridisciplinaires, en particulier dans le champ de la cancérologie. Tous les établissements de Bourgogne adhèrent au réseau régional de cancérologie, OncoBourgogne, à l'exception d'un établissement qui relève d'un réseau auvergnat. La pratique des réunions de concertation pluridisciplinaire est de 94 % en juin 2009. Cependant ces chiffres sont à comparer à la mesure de l'indicateur national selon la Haute Autorité en Santé / Institut National du cancer à réaliser sur la base d'une enquête de dossiers. Le recours aux centres de référence ou de compétences est respecté par tous les établissements en Bourgogne, pour la prise en charge de patients atteints d'une maladie orpheline.

2.6 Le bilan du plan régional d'élimination des déchets d'activité de soins

Le plan régional d'élimination des déchets d'activités des soins de la région Bourgogne, signé par le Préfet de région en janvier 2004, déterminait pour la période 2004-2014 les objectifs prioritaires suivants :

- La coordination des actions entreprises par les pouvoirs publics et les sociétés privées pour assurer la collecte et l'élimination des déchets.
- L'inventaire des déchets à éliminer (origines, types, quantités)
- L'analyse de l'adéquation entre les capacités de traitement et les besoins d'élimination des déchets.
- L'identification des besoins en création d'installations de traitements.
- Les dispositions à prendre pour prévenir l'augmentation de la production de déchets.

Le plan régional d'élimination des déchets d'activités des soins concerne 473 établissements de santé et cabinets de ville et 435 structures médico-sociales. Son bilan intermédiaire, dressé en 2010 au moyen d'une enquête déclarative, montre des comportements généralement satisfaisants en termes d'affichage et formation du personnel sur les consignes de tri des déchets et d'utilisation de bordereaux de suivi des déchets conformes à la réglementation.

Cependant, des inspections conjointes menées en 2009-2010 par la direction régionale de l'environnement de l'aménagement et du logement et l'agence régionale de santé montrent des conditions de transport et de traçabilité des déchets améliorables pour certains prestataires de collectes. Elles mettent également en lumière les marges de progrès nécessaires en termes de lieux de stockage des déchets pour éviter les contaminations croisées.

2.7 Les évaluations internes et externes des structures médico-sociales

La loi HPST du 21 juillet 2009 avec le décret du 3 novembre 2010 fixe le rythme des évaluations obligatoires pour les établissements médicaux sociaux. Ceux-ci doivent procéder à des évaluations de leur activité et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médicaux-sociaux (ANESM).

En Bourgogne, d'ici 2017, 584 établissements doivent, dans le cadre de leur renouvellement d'autorisation, procéder à deux évaluations, une interne et une externe. À ce jour 64 structures ont effectué une évaluation interne et 7 d'entre elles se sont fait évaluer par un prestataire externe.

Ce point de situation en Bourgogne met en exergue les deux axes forts sur lesquels l'ARS doit cibler les actions de son programme régional qualité et sécurité des soins : la consolidation des dynamiques des établissements et institutionnelles et l'organisation d'une coordination entre toutes ces dynamiques dans un souci de performance des parcours de soins pour les usagers du système de santé en Bourgogne.

3 Accompagner les professionnels de santé et les structures sanitaires et médico-sociales dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Consolider les dynamiques individuelles et institutionnelles consiste dans un premier temps à poursuivre les actions développées en Bourgogne, qui répondent à un réel besoin des acteurs de la santé. Dans un second temps, la mise en place de nouvelles organisations et outils impulseront une dynamique là où elle n'existe pas encore. Enfin, relier l'ensemble de ces actions entre elles, et mettre en concordance les résultats disséminés de chacun des indicateurs de suivi permettra de dégager les thématiques prioritaires sur lesquelles la Bourgogne devra travailler de façon globale, et de pointer les difficultés à améliorer localement et ou individuellement.

3.1 Le groupe régional de coordination des vigilances et de gestion des risques

Le groupe régional de coordination des vigilances et de gestion des risques existait depuis 2003. Il a fait l'objet d'une charte de fonctionnement. Ce groupe régional comprend des professionnels des établissements de santé publics et privés. Sa mission consiste à mettre un ensemble d'outils à disposition des établissements de santé pour développer une politique de gestion des risques liés aux soins. L'action première repose sur le suivi d'indicateurs régionaux des vigilances et de la gestion des risques rassemblés dans un tableau de bord. Ce tableau de bord permet aux établissements volontaires de mettre en œuvre des actions nécessaires à l'amélioration de l'organisation et de l'efficacité des vigilances. Ce tableau facilite également la coordination des vigilances et de la gestion des risques. Les établissements peuvent suivre leur progression dans ces domaines et se comparer à ceux de même catégorie de la région. L'autre action concerne l'organisation de programmes d'audits qualité croisés entre établissements. Il permet aux professionnels d'améliorer les procédures liées au programme de la gestion des risques sur des thèmes choisis par le groupe d'auditeurs en fonction des besoins issus, en grande partie, des pré-requis de la certification par la haute autorité de santé. Cinq thèmes ont été développés depuis 2007 : la sécurisation du circuit du médicament, la communication du dossier patient, la gestion des déchets d'activités de soins, la gestion des plaintes et des réclamations des usagers, les précautions à prendre pour les patients porteurs de bactéries multi résistantes. Ces audits croisés réunissent une vingtaine d'établissements volontaires. Chaque année, davantage d'établissements souhaitent intégrer cette démarche, préparatoire à la certification par la haute autorité de santé. En 2010, le programme a permis de réaliser 21 audits dans 19 établissements participants grâce à 23 auditeurs formés mis à disposition par ces mêmes établissements.

3.1.1 Programmes d'actions :

- 3.1.1.1** Le programme développé d'audits croisés entre établissement permet aux professionnels d'améliorer les pratiques sur les thèmes du circuit du médicament, la communication du dossier patient, la gestion des DASRI, l'hygiène (prise en charge du patient infecté) et la gestion des plaintes ainsi que deux thèmes supplémentaires : Identivigilance et sécurité transfusionnelle.
- 3.1.1.2** L'incitation les établissements de santé à se mutualiser de manière à pouvoir assurer, l'organisation, la planification des audits croisés, la formation et la constitution des équipes d'auditeurs
- 3.1.1.3** La réalisation d'un annuaire régional des responsables d'établissements en vigilances et gestion du risque est prévue.
- 3.1.1.4** L'organisation d'une journée régionale annuelle des vigilances, d'hémovigilance.
- 3.1.1.5** La création d'un espace dédié sur le site internet de l'agence régionale de santé.
- 3.1.1.6** L'édition et la diffusion de trois bulletins d'informations régionaux : VigiBourgogne, hémovigilance et pharmacovigilance du centre régional de pharmacovigilance
- 3.1.1.7** Le renforcement des équipes d'hygiène hospitalière, dans la mesure des crédits régionaux disponibles
- 3.1.1.8** L'élaboration, dès la diffusion du cadre national, du plan régional de maîtrise des épidémies
- 3.1.1.9** L'accompagnement des établissements de santé dans la conception et le déploiement de leur plan interne de maîtrise des épidémies en proposant un cadre méthodologique.

3.2 Le groupe régional qualiBourgogne

Le groupe régional qualiBourgogne, constitué d'experts visiteurs de la HAS et de responsables qualité exerçant en Bourgogne a été créé à l'issue de la réunion régionale qualité organisée en octobre 2010 par l'ARS avec la participation de la Haute autorité de santé. Les missions de ce groupe ont été définies à partir des attentes des établissements de santé en termes d'accompagnement dans les démarches de certification HAS. Le besoin de partages d'expériences et d'outils est une demande forte des professionnels. Des rencontres régionales mais aussi à l'échelon du territoire de santé sont attendues pour rassurer, stimuler, valoriser et faire évoluer les démarches mises en œuvre individuellement au sein de chaque institution. La réponse à ces attentes va produire une entraide entre les professionnels et assurer un niveau de qualité plus ou moins équivalent entre les structures

3.2.1 Programmes d'actions :

- 3.2.1.1 L'utilisation du site Internet de l'ARS pour diffusion de différents outils, supports, procédures..., créés par des professionnels de la région, ainsi que des informations nationales et régionales
- 3.2.1.2 L'organisation de réunions régionales et départementales de partage d'informations et d'expériences sur la certification HAS, destinée aux professionnels des établissements de santé. La première réunion programmée au 1er trimestre 2012 a pour thème général « les attendus de l'Auto Évaluation de la V2010 ». Cette journée sera découpée en 3 séquences, la politique d'Évaluation des Pratiques Professionnelles, le guide des Pratiques Exigibles Prioritaires et la prise en compte des Indicateurs dans la certification. Chacune des thématiques sera illustrée de cas concrets présentés par des acteurs de Bourgogne. Les thématiques seront définies chaque année en fonction des évolutions des exigences nationales et des attentes des professionnels
- 3.2.1.3 Implication de l'ARS dans la préparation des autoévaluations à la demande des établissements.

3.3 Le suivi individualisé des établissements de santé

Le suivi individualisé des établissements de santé faisant l'objet d'un sursis à la décision dans les certifications V2010. Depuis les premiers résultats de certification de la V2010, plusieurs établissements font l'objet d'un sursis de décision, qui peut, sans amélioration rapide de la part de l'établissement sur les réserves posées, se transformer en décision de non-certification. L'ARS a décidé de suivre individuellement ces établissements, pour lesquels un plan d'accompagnement rédigé consensuellement est suivi régulièrement jusqu'à la seconde visite des experts visiteurs.

3.3.1 Programme d'actions :

- 3.3.1.1 L'accompagnement de chaque établissement concerné au fur et à mesure des résultats de certification de la V2010
- 3.3.1.2 L'évaluation annuelle de l'impact de cet accompagnement, au niveau des résultats des certifications et sur l'intérêt ressenti des établissements.

3.4 La prévention des infections associées aux soins

Deux opérations ont été menées dans le secteur ambulatoire : l'une sur la maîtrise du risque infectieux en cabinet dentaire, l'autre sur le risque infectieux en cabinets d'ophtalmologie. Des plaquettes d'information ont été élaborées et diffusées en action de prévention.

Une diffusion de recommandations, affichettes et procédures en cas d'épidémies est mise à disposition des établissements, via le site internet de l'agence régionale de santé.

3.4.1 Programmes d'actions :

- 3.4.1.1 La poursuite des créations de postes d'infirmières hygiénistes afin de faire progresser les établissements pour personnes âgées, dans la mesure des crédits régionaux disponibles
- 3.4.1.2 L'élaboration d'un plan de lutte contre les épidémies, déclinée selon un programme pluriannuel, pour tous les établissements médico-sociaux

- 3.4.1.3 La mise en œuvre d'actions visant à renforcer l'hygiène dans les cabinets en ciblant des professions et des domaines prioritaires définies d'ici fin 2011, avec la fédération des unions régionales des professionnels de santé. Ces actions feront l'objet de contractualisation en 2012 entre chaque union régionale des professionnels de santé concernée et l'agence régionale de santé et pourront reposer sur l'appel à des prestataires extérieurs
- 3.4.1.4 La mise en place de plusieurs actions de formations par l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales, à l'attention des médecins coordonnateurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au bon usage des antibiotiques et formation de personnels à l'hygiène
- 3.4.1.5 Le recueil des indicateurs du tableau de bord des activités de lutte contre les infections liées aux soins dans chacun des 95 établissements de santé bourguignons
- 3.4.1.6 La constitution d'une base de données régionale de ces indicateurs (fiabilisée par un contrôle des déclarations des établissements et un contrôle annuel sur sites pour 10 % d'entre eux avec la collaboration d'infirmiers de santé publique
- 3.4.1.7 L'élaboration et la diffusion d'une synthèse régionale annuelle des indicateurs des établissements de santé
- 3.4.1.8 L'établissement et la mise en œuvre en partenariat avec l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales de formations médicales et paramédicales et d'un dispositif d'aide personnalisée sur site
- 3.4.1.9 L'incorporation d'objectifs ciblés dans les avenants aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements selon les résultats obtenus par l'établissement
- 3.4.1.10 La mutualisation infra-départementale des équipes opérationnelles d'hygiène

3.5 Le suivi des indicateurs QUALHAS et des résultats certification

Chaque année le ministère de la santé publie les résultats des indicateurs de qualité obligatoires. Au fil des années, de nouveaux indicateurs sont imposés aux établissements, les plus récents concernent davantage les pratiques médicales (prise en charge de l'infarctus du myocarde). En 2010, huit établissements se sont portés volontaires pour tester de nouveaux indicateurs : « la filière de parcours de soins pour : l'obésité, l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance rénale chronique, le cancer du sein et le syndrome coronarien aigu », « l'organisation des établissements : les plaintes/réclamations des patients, le climat organisationnel et le temps de passage aux urgences », en janvier 2011 d'autres établissements se sont engagés dans l'expérimentation des indicateurs « la qualité de vie au travail » et « la sécurité du patient ».

Ces indicateurs, comme le résultat des certifications HAS, sont encore peu exploités par l'agence régionale de santé, ce en quoi un progrès est attendu.

3.5.1 Programme d'actions :

- 3.5.1.1 L'incitation des établissements à s'engager dans les nouveaux indicateurs de qualité (expérimentation, suivi des « non répondants »)
- 3.5.1.2 La création d'une fiche d'identité qualité par établissement présentant l'ensemble des résultats QUALHAS et certification HAS
- 3.5.1.3 Le niveau de la qualité de chaque structure sanitaire ou médico-sociale sera pris en compte dans les prochains CPOM, via la fiche d'identité qualité de l'établissement. Annuellement dans les revues de contrat, chaque indicateur sera suivi, permettant d'atteindre une certaine équité dans la qualité des soins offerts aux usagers, quelles que soient les structures.
- 3.5.1.4 La création de tableaux de bord permettant d'identifier les points faibles régionaux, sur lesquels des actions seront à mener

- 3.5.1.5 Le suivi annuel de la mise à disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par l'Article L6161-2 du code de la santé publique

3.6 L'hémovigilance

En 2010 un enseignement a été dispensé dans trois instituts de formation en soins infirmiers, et dans les 7 autres en 2011. Pour les prochaines années, l'efficacité et le développement de l'hémovigilance passe obligatoirement par la formation des personnels.

3.6.1 Programme d'actions :

- 3.6.1.1 La poursuite de l'enseignement dans les instituts de formation en soins infirmiers
- 3.6.1.2 La présence de l'ARS dans les comités de sécurité transfusionnelle pour entendre, écouter et répondre aux questions posées par les acteurs de la transfusion.
- 3.6.1.3 La diffusion du bulletin régional d'hémovigilance, moyen de contact et de formation pour tous les professionnels de santé, facilement accessible par tous notamment les médecins
- 3.6.1.4 L'amélioration de la déclaration des incidents de la chaîne transfusionnelle.

3.7 Le circuit du médicament

Le nouveau contrat de bon usage du médicament déployé en 2011 intègre les changements réglementaires de la loi HPST et ceux de la version 2010 de la certification HAS ;

Dès 2007, une dynamique régionale a été engagée sur la sécurisation du circuit des médicaments par les pharmaciens inspecteurs. Le but était de coordonner les divers professionnels intervenant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, d'améliorer les pratiques, et réduire les risques iatrogènes. Une enquête déclarative auprès des 341 établissements bourguignons a été menée en 2007. À l'issue de cette enquête, des formations ont été conduites par les pharmaciens inspecteurs dans les quatre départements, à l'attention des personnels et directions des établissements. À cette occasion, une fiche de recommandations de bonnes pratiques a été élaborée et diffusée.

3.7.1 Programme d'actions :

- 3.7.1.1 Le suivi des neuf indicateurs, particulièrement ciblés dans les contrats de bon usage du médicament de Bourgogne, dans le cadre du suivi des CPOM :
- formalisation, sur la proposition de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale, d'une politique de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux,
 - mise en place d'actions d'amélioration suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs médicamenteuses avec rétro-information des professionnels,
 - formalisation des règles et validation des supports de prescription avec mise en place pour l'ensemble des prescripteurs,
 - développement de l'analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient MCO et
 - développement de l'analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient est non MCO)
 - procédures des règles d'administration des médicaments définies et traçabilité de l'acte assurée sur le support de prescription.
 - traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables,
 - actions visant le bon usage des médicaments mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions...),
 - prescription complète de la thérapeutique médicamenteuse dans le système d'informatisation en secteurs MCO et non MCO.
- 3.7.1.2 Le suivi des cas déclarés au centre de pharmacovigilance
- 3.7.1.3 La concordance à instituer pour chaque établissement entre les résultats des certifications HAS, le suivi annuel du CBUM et les déclarations de pharmacovigilance

3.7.1.4 La programmation un calendrier de visite sur site sur la période du contrat

3.7.1.5 La poursuite des actions d'information et de surveillance auprès des structures médico-sociales

3.8 L'environnement

L'action principale concernant l'Environnement menée par l'ARS, touche l'élimination des déchets d'activité de soins. Cette action est totalement transversale puisqu'elle peut s'adresser aux secteurs libéral, ambulatoire, sanitaire et médicosocial.

Des actions d'information sur la prévention de la légionellose ont été organisées en 2008-2009 par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales pour les responsables des établissements de santé. Des carnets sanitaires de suivi des installations d'eau chaude ont été diffusés sur l'ensemble de la région. En collaboration avec la direction régionale de l'environnement de l'aménagement et du logement dans le cadre du plan régional santé environnement un inventaire et une cartographie des tours aéro-réfrigérantes ont été finalisés en 2009 sur le territoire bourguignon afin de localiser les sources de risque potentiel. La plupart des établissements sanitaires et médico-sociaux sont sites d'implantation d'une tour aéro-réfrigérante.

3.8.1 Programme d'actions :

- 3.8.1.1 La poursuite de la sensibilisation des établissements à l'élimination des déchets de soins selon les règles en cours
- 3.8.1.2 La rédaction d'une synthèse annuelle des résultats des contrôles avec retour d'informations concernant les anomalies constatées dans la chaîne de collecte et d'élimination des déchets
- 3.8.1.3 Le lancement d'une enquête auprès des établissements et services pour personnes âgées afin de vérifier l'existence et la conformité des conventions passées avec les prestataires chargés de l'élimination des déchets d'activité des soins
- 3.8.1.4 La campagne d'informations sur les conditions et durées de stockage des déchets en attente de collecte sera menée par l'agence régionale de santé
- 3.8.1.5 La définition des modalités régionales pratiques d'application de la circulaire ministérielle du 21 décembre 2010 selon un calendrier d'actions pluriannuelles sur la prévention de la légionellose
- 3.8.1.6 La diffusion d'une liste actualisée de prestataires de collecte à l'attention des professionnels via le site internet de l'agence régionale de santé
- 3.8.1.7 L'information sur la réglementation de la gestion des déchets de soins, dès la constitution des dossiers des maisons de santé pluridisciplinaire.

3.9 Le suivi des structures médico-sociales dans leurs démarches d'évaluations

Le recensement des évaluations réalisées par les établissements est en cours d'organisation au sein de l'agence régionale de santé ; La nature des champs explorés est intégrée au recensement, nous pourrions vérifier s'ils s'inscrivent bien dans les orientations des politiques nationales et/ou régionales comme par exemple : la bientraitance, la prise en charge de la douleur, le dépistage de la dépression, le projet d'établissement, le projet de vie, les soins palliatifs, les préventions de la dénutrition, des escarres et des chutes. Les évaluations doivent être suivies de plans d'actions d'amélioration.

3.9.1 Programme d'actions :

- 3.9.1.1 L'installation d'un suivi régulier quantitatif et qualitatif des évaluations menées par les établissements
- 3.9.1.2 La diffusion régulière de bonnes pratiques professionnelles, notamment via le programme « mobiquat »
- 3.9.1.3 La création et l'animation d'un réseau de professionnels, destiné à partager les ressources et les expériences

3.10 L'accompagnement des professionnels dans la création et la mise en œuvre de protocoles de coopérations entre professionnels de santé selon l'art 51 de la loi HPST

Le dispositif de délégation d'actes entre professionnels de santé, instauré par la loi HPST, peut permettre des réponses mieux adaptées aux besoins de santé de la population au regard des répartitions actuelles de la démographie médicale et des structures de soins en Bourgogne. On entend par « réponse mieux adaptée », une proximité et une rapidité des prises en charge. Les délégations d'actes peuvent être réalisées entre tous les professionnels de santé, quels que soient leurs modes et lieux d'exercice (libéral, public, privé, sanitaire, médicosocial...). L'agence régionale de santé arrête les autorisations d'actes délégués, après avis favorable de la haute autorité de santé. Le haut niveau d'exigences imposé par la validation HAS, rend très complexe la rédaction d'un projet de protocole par les professionnels. À ce jour, 3 projets sont en cours d'instruction en Bourgogne : « le dépistage ambulatoire de la rétinopathie diabétique » a obtenu l'avis favorable de la HAS, « le prélèvement de cornée par une infirmière de coordination des greffes » instruit par l'ARS et en cours de lecture par la HAS, et « la prise en charge des plaies et brûlures par des infirmiers en maison de santé » en cours de finalisation par le promoteur.

3.10.1 Programme d'actions :

- 3.10.1.1 L'information et l'incitation des professionnels à ce nouveau dispositif : organisation d'une journée régionale en partenariat avec la DGOS et la HAS
- 3.10.1.2 L'accompagnement des professionnels dans la préparation des dossiers
- 3.10.1.3 La diffusion des protocoles autorisés
- 3.10.1.4 Le suivi des protocoles autorisés et l'adhésion des professionnels
- 3.10.1.5 L'élaboration de tableaux de bord régionaux : nombre de protocoles et évaluation des protocoles, catégories de professionnels de santé, lieux et zones d'implantation

L'accompagnement des professionnels et des structures dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, est une mission déjà opérationnelle et dynamique au sein de l'ARS de Bourgogne, elle sera poursuivie et intensifiée dans les 5 prochaines années.

Néanmoins, il y a nécessité d'harmoniser l'ensemble des différentes actions, par l'élaboration de tableaux de bord régionaux sur la base d'indicateurs existants, pour une définition d'objectifs précis d'amélioration. Des cibles sont déjà pointées, à la lumière du point de situation et des diagnostics élaborés dans le cadre du PSRS, elles portent notamment sur le circuit du médicament et la coordination des soins entre les professionnels de santé et les structures de soins.

4 Améliorer les parcours de santé des usagers, dans l'accès, la prise en charge et la coordination des soins :

Au programme régional qualité et gestion des risques, il est essentiel, de rapprocher les différents programmes relatifs à l'organisation de l'offre de santé (accès, prises en charges coordonnées...) définis en Bourgogne. Chacun de ces programmes répond à des objectifs de qualité et de sécurité des soins, qui, dans un souci de cohérence et de lisibilité, doivent intégrer le programme régional de qualité et de sécurité des soins.

4.1 Le programme régional de gestion du risque

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 en lien avec son article L1434-14, l'ARS de Bourgogne a élaboré avec les organismes d'assurance maladie un Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque (PPRGDR). Ce programme a pour objectif d'améliorer la réponse du système de soins aux besoins de santé et d'inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins, à conduire les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins. Les objectifs communs de l'ensemble de ces actions sont d'améliorer la santé des populations couvertes et de faire croître l'efficacité du système de santé. Le programme intègre les priorités nationales et régionales (définies à partir d'une analyse précise des activités du champ ambulatoire, des établissements sanitaires et médico-sociaux) qu'il décline en plan d'actions.

Ainsi 10 priorités ont été retenues sur les thématiques suivantes :

- Les transports
- L'insuffisance rénale chronique terminale
- La prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus
- Les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville
- L'imagerie médicale
- La chirurgie ambulatoire
- L'efficacité des EHPAD
- L'efficacité de la prescription dans les EHPAD
- La permanence des soins ambulatoire et hospitalière
- Les soins de suite et de réadaptation

4.2 Le Programme Régional de Télémedecine (PRT)

Le programme régional de télémedecine, inclus dans le Projet Régional de Santé (PRS), décline les orientations stratégiques de l'ARS, en appui de la politique d'organisation des soins de la région. Le PRT contribue à :

- Organiser l'offre de santé de proximité dont les soins de 1er recours et leur articulation avec la prévention, les soins de second recours et le domaine médico-social
- Soutenir l'autonomie des personnes en situation de handicap et/ou des personnes âgées
- Organiser et coordonner la prise en charge des maladies chroniques et des polypathologies constituant des causes importantes de mortalité prématurée et de morbidité
- Développer dès l'enfance les capacités des adolescents et des jeunes adultes à être acteurs de leur santé.

Le PRT est également une réponse aux besoins de cadrage organisationnel, financier, qualitatif, technique et juridique apparaissant progressivement pour les professionnels de santé (recours à la télé-radiologie, recours à des avis spécialisés à distance...).

Parallèlement le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) va aider à améliorer la coordination des soins grâce à une meilleure circulation de l'information médicale entre les professionnels de santé de l'hôpital et de la ville

4.3 Les parcours de santé ciblés en Bourgogne

Les parcours de santé ciblés en Bourgogne posent également des axes d'amélioration, structurels et organisationnels. Pour chacun des parcours, au moins une action, répondant à la priorité de coordination des prises en charge, est inscrite dans le programme régional qualité et sécurité des soins, afin de coordonner un suivi régulier des actions mises en œuvre dans ce domaine et de leur impact, au niveau de l'agence régionale de santé.

4.3.1 Parcours de santé des adolescents et jeunes adultes

4.3.1.1 « Développer le système de convention et de protocoles entre les maisons des adolescents, les professionnels de santé et les établissements de santé »

/// Actions :

- Inciter les professionnels de santé à rédiger des conventions et protocoles
- Suivre le nombre de conventions et protocoles

4.3.1.2 « Rendre les enfants acteurs de la démarche de prévention (jeux interactifs, jeu de rôle...) »

/// Actions :

- Accompagner la diffusion d'information prévention, éducation pour la santé auprès des professionnels de santé et du public des adolescents et des jeunes adultes via des réunions régionales d'information, des bulletins d'information, le portail Web régional...

4.3.2 Parcours de santé des personnes atteintes de cancer

4.3.2.1 « Développer la télé-radiologie afin de permettre aux radiologues des sites pivots d'assurer le dépistage dans les zones rurales »

/// Actions :

- Assurer le fonctionnement des équipements lourds installés sur les sites de proximité via la télé radiologie et mettre en place la télé expertise.
- Suivre le nombre d'exams scanographiques ou IRM en carcinologie pour lesquels une télé expertise a été réalisée

4.3.2.2 « Dans l'attente du dossier médical, mettre en place un carnet de bord partagé qui retrace les étapes de la prise en charge du cancer du patient, tout au long de son parcours de santé, notamment via des dispositifs innovant de télémédecine »

/// Actions : Inciter le réseau onco Bourgogne à travailler à l'élaboration d'un carnet de bord partagé

4.3.2.3 « Inciter les établissements autorisés à traiter le cancer à passer des conventions avec les ESMS par la mise en place de protocoles »

/// Actions : Accompagner et suivre la mise en place des conventions et des protocoles avec les ESMS

4.3.3 Parcours de santé des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires,

4.3.3.1 « Télémédecine : équiper les urgences de postes de télémédecine pour améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux »

/// Actions : Suivre le nombre de mallettes d'urgence équipant les services d'urgences de la région.

4.3.3.2 « Développer les dispositifs de télémédecine, par exemple les dispositifs de MAPA (mesure ambulatoire de la pression artérielle), ou les dispositifs de contrôle à distance des "pacemakers" (qui demandent à être structurés et développés) après prise en charge dans un service de cardiologie »

/// Actions :

- Suivre le nombre annuel de patients surveillés à distance par MAPA
- Suivre le nombre annuel de patients ayant bénéficié d'un contrôle de pacemaker à distance

4.3.4 Parcours de santé des personnes âgées,

4.3.4.1 « Développer la mise en place d'outils de transmission d'information des établissements de santé vers les établissements médico-sociaux, l'HAD et les SSIAD »

/// Actions : Suivre et comptabiliser la mise en place des systèmes d'information dans les ESMS, HAD et SSIAD

4.3.5 Parcours de santé des personnes présentant une maladie neurologique,

4.3.5.1 « Intégrer la formation des urgentistes à la télé fibrinolyse dans le DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) de médecine d'urgence »

/// Actions : Recenser le nombre d'urgentistes assistés à la pratique de la fibrinolyse via la télémédecine (réseau REBON)

4.3.5.2 « Développer la collaboration précoce des praticiens de MPR des SSR avec mention "neuro" et des neurologues, dans le cadre d'une anticipation de la sortie de soins des patients et pour favoriser leur orientation dans la structure de SSR la plus adaptée à leur besoin »

/// Action :

- Soutenir et s'assurer de l'adhésion des établissements de santé MCO et SSR à la mise en place d'un outil informatique visant à fluidifier le parcours patient entre des établissements MCO et SSR
- Suivre le nombre d'établissements de santé utilisant l'outil trajectoire

4.3.6 Parcours de santé des Personnes en situation de handicap physique

4.3.6.1 « Inscrire dans les CPOM des plans d'actions, reprenant notamment des actions de formation conjointes aux professionnels des établissements psychiatriques et des établissements médico-sociaux, »

/// Actions :

- Pointer les critères de la HAS relatifs à la continuité et à la coordination des prises en charge dans les établissements psychiatriques et les inscrire dans les CPOM des établissements
- Suivre les indicateurs lors de la revue annuelle des CPOM

4.3.7 Parcours de santé des personnes en situation de précarité

4.3.7.1 « Optimiser le parcours de santé des personnes en situation de précarité »

/// Actions :

- recenser à un niveau régional l'ensemble des actions menées sur chacun des territoires de santé de la région Bourgogne
- aider à la mutualisation des actions entreprises

5 Évaluer les attentes et la satisfaction des usagers sur la qualité des soins qui leur sera rendue

Les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, au-delà des actions visant à améliorer les prises en charge « clinique » et leur coordination, doivent intégrer les notions de respect du droit des usagers et de leur satisfaction. Dans ces domaines des outils sont déjà à la disposition de l'ARS mais là aussi, une synergie est à développer pour les optimiser.

5.1 La mesure de la satisfaction des usagers

La mesure de satisfaction des usagers constitue un outil essentiel des démarches d'amélioration de la qualité à l'instar des autres indicateurs de qualité et de sécurité des soins déjà existants. C'est l'un des indicateurs les plus fréquemment utilisés dans les systèmes de performance étrangers ; il permet de connaître l'opinion des patients sur les différentes composantes humaines, techniques et logistiques concourant à la qualité de leur prise en charge globale.

5.1.1 Programme d'actions :

- 5.1.1.1 Le soutien en région, l'enquête annuelle nationale mise en place en 2010 pour les structures MCO
- 5.1.1.2 L'utilisation des résultats de l'enquête nationale dans des actions régionales et institutionnelles
- 5.1.1.3 L'exploitation des bilans des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

5.2 La mise en œuvre du plan « Bienveillance »

L'enquête annuelle de bienveillance a été menée en 2010, la Bourgogne attend ses résultats qui seront diffusés au niveau national. L'agence régionale de santé a constitué un groupe régional chargé d'élaborer un programme de travail.

5.2.1 Programme d'actions :

- 5.2.1.1 La mise en œuvre annuelle de l'enquête nationale
- 5.2.1.2 La rédaction d'une synthèse régionale des résultats et des contrôles annuels
- 5.2.1.3 L'exploitation les plaintes reçues
- 5.2.1.4 La définition d'un programme global au niveau régional de manière comparative d'une année sur l'autre

- 5.2.1.5 La définition d'un programme micro au niveau de chaque structure avec contractualisation dans le cadre des conventions tripartites pour les objectifs qui sont en deçà des valeurs régionales

5.3 Les différents bilans élaborés au sein de l'ARS :

Les plaintes, réclamations et signalements d'événements indésirables, émanant principalement des usagers font l'objet d'un recensement annuel au sein de l'ARS. Un programme des inspections et contrôles est élaboré chaque année par l'ARS et un rapport annuel de ce programme est rédigé, source d'informations qualitatives des structures visitées.

5.3.1 Programme d'actions :

- 5.3.1.1 La centralisation de l'ensemble des données disponibles au sein de l'ARS
- 5.3.1.2 La réalisation et l'analyse d'une cartographie des dysfonctionnements (par type de plaintes : hygiène, infections nosocomiales, organisationnel : attentes..., hôtellerie, qualité des soins, respect des droits : intimité, confidentialité, et par type de structures : cabinet libéral, établissement privé, public, médicosocial, maison de santé...)
- 5.3.1.3 À partir du bilan annuel des dysfonctionnements, un plan d'actions coordonnées est élaboré et mis en œuvre, en lien avec le programme régional d'inspection et de contrôle.

6 Gouvernance du programme régional qualité et sécurité des soins en Bourgogne

Afin d'organiser un pilotage régional de ce programme (tant dans sa mise en œuvre son suivi que de son évaluation), il est envisagé la constitution d'une structure ad hoc composée de professionnels concernés par les programmes santé publique, ambulatoire, sanitaire, médico-social et système d'information/télé-médecine. Cette structure, interne ou externe à l'ARS est à créer. Sa raison d'être portera sur le choix de tableaux de bord régionaux, basés sur l'ensemble des indicateurs décrits ci-dessus et au regard desquels, des objectifs ciblés régionaux seront définis, mis en œuvre et évalués de manière concertée. Elle devra s'assurer de la mise en place de l'ensemble des plans d'actions mais aussi d'offrir une vision globale et transversale des actions conduites avec leurs résultats.

7 Conclusion : La mise en œuvre du programme qualité et sécurité des soins en Bourgogne

Le programme régional qualité et sécurité des soins, répertorie un ensemble d'actions visant à accompagner les professionnels et les structures de soins dans le développement de leur démarche d'amélioration, et à assurer des parcours de santé satisfaisants et coordonnés pour les usagers. Ce programme s'inscrit dans une exigence du PSRS, consistant à rendre lisible l'action de l'ARS dans ce domaine. Il engage l'ensemble des professionnels et sa mise en œuvre nécessitera beaucoup de détermination de la part de toutes les parties prenantes, ainsi qu'un partenariat fort avec les usagers.

FRS
Bourgogne



2012
2016



The logo for ARS Bourgogne is centered in the upper half of the page. It features the letters 'ARS' in a bold, green, sans-serif font. To the right of 'ARS', the word 'Bourgogne' is written in a smaller, white, sans-serif font. The logo is surrounded by several decorative elements: a white and orange arc above the 'A', a blue square to the left, a white arc above the 'S', a blue square to the right, and a blue square below the 'S'.

ARS Bourgogne

A large, faint, dotted version of the letters 'ARS' is positioned in the lower half of the page. The letters are composed of small white dots. A solid blue arc is placed above the middle 'R', and a solid orange arc is placed above the final 'S'. A small white icon consisting of three vertical bars is located below the 'R'.

ARS



/// Agence Régionale de Santé (ARS) de Bourgogne

Tél. 08 20 20 85 20

/// Au niveau régional

(siège et délégation territoriale de Côte-d'Or)

ARS de Bourgogne

Le Diapason

2 place des Savoirs CS 73535

21035 Dijon cedex

/// Au niveau territorial : les délégations territoriales

Délégation territoriale de la Nièvre :

11 rue Paul Émile Gaspard - 58000 NEVERS

Délégation territoriale de la Saône-et-Loire :

173 bd Henri Dunant - 71000 MACON

Délégation territoriale de l'Yonne :

25 rue Pasteur - 89000 AUXERRE

/// Site internet : www.ars.bourgogne.sante.fr

2019
2016