



Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028

CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE

2018-2028 – Révision 2023

LE MOT DU DIRECTEUR GENERAL

La santé, dans notre région, est en constante évolution, confrontée à de nouveaux défis et à des besoins croissants. Afin de répondre, dans les meilleures conditions possibles aux besoins et aux attentes de nos concitoyens, pour les années à venir, il est essentiel d'avoir un Projet Régional de Santé (PRS) ambitieux et adapté aux réalités locales.

C'est dans cette perspective que nous nous engageons, en collaboration avec l'ensemble de nos partenaires, à développer un PRS qui s'inscrit dans une dynamique de solidarité, d'approche territoriale et d'innovation. Le présent COS s'inspire de ces principes, dans son élaboration et dans les grandes orientations qu'il décline.

L'enjeu principal de ce PRS est de garantir à chaque individu l'accès à la santé, dans toutes ses composantes dans une approche « une seule santé », tout en prenant en compte les spécificités de nos territoires. En effet, chaque territoire présente des caractéristiques propres en termes de démographie, de prévalence de certaines maladies, d'infrastructures de santé disponibles, etc... Il est donc primordial, chaque fois que nécessaire, de territorialiser nos politiques, en prenant en considération les besoins spécifiques de chaque zone géographique.

Pour y parvenir, la co-construction avec l'ensemble des parties prenantes du système de santé est essentielle. Nous entendons travailler en étroite collaboration avec les collectivités territoriales, les élus, les institutions, les professionnels de santé, les établissements sanitaires et médico-sociaux, les associations, les représentants des usagers... Cette approche participative et concertée nous permettra de mieux appréhender les besoins et attentes de la population et de déployer des solutions adaptées et durables.

L'universalisme proportionné est également au cœur de notre projet. Nous portons ainsi une attention toute particulière pour les personnes les plus vulnérables. Nos efforts dans ce domaine doivent être à la hauteur de l'intensité des besoins. Nous visons, ainsi, à réduire les inégalités en matière, sociales et d'accès à la santé et à garantir un accompagnement équitable pour tous, quel que soit son lieu de résidence ou sa situation sociale.

Nous souhaitons aussi créer des dispositifs innovants, tels que des structures de santé de proximité, des partenariats intersectoriels et des actions de prévention ciblées, afin d'assurer une meilleure couverture sanitaire à l'ensemble de la population.

Enfin, l'innovation joue un rôle clé dans notre démarche. Face aux enjeux complexes et évolutifs du domaine de la santé, nous sommes convaincus que seuls des projets novateurs pourront apporter des solutions durables. Nous encourageons donc la télémédecine, le développement de nouvelles technologies, l'intelligence artificielle au service de l'humain, la robotique, la domotique, les biothérapies... et l'expérimentation de nouvelles approches du prendre soin, notamment « l'aller vers », les délégations de mission, le travail pluri-professionnel, les innovations organisationnelles et managériales.

Notre objectif est de rester à la pointe des avancées médicales et de la recherche et de proposer des services de santé innovants et de qualité en Bourgogne-Franche-Comté.

En conclusion, le COS, est un volet essentiel du PRS, Il donne de l'ambition, de la perspective. Sans occulter les difficultés, il donne un cap et une ambition. Celui d'améliorer et de protéger notre santé.

Innover, travailler mieux ensemble, donner toute sa place à la prévention et à l'anticipation, prendre soin de tous, et en particulier des plus vulnérables, co-construire nos projets, avec les acteurs de la démocratie en santé, renforcer la qualité, la performance et la sécurité des soins, territorialiser au maximum nos politiques...autant de défis que nous vous proposons de relever, dans l'intérêt des usagers.

Merci aux équipes de l'ars qui y ont contribué.

Bonne lecture et vive la santé publique !

Jean-Jacques COIPLLET

INTRODUCTION

Améliorer durablement la qualité de la réponse que nous apportons aux besoins de santé et d'autonomie de nos concitoyens et lutter efficacement contre les inégalités et les iniquités territoriales et sociales de santé sont les raisons d'être de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté. Ces principes fondamentaux ont sous-tendu l'élaboration du projet régional de santé (PRS) 2018-2028 qui est l'outil majeur de planification et de régulation de la politique de santé dans notre région.

Le PRS a pour ambition d'apporter une réponse globale, évolutive, efficiente et innovante aux enjeux de santé de la région. Il se doit de faciliter les parcours des usagers, de protéger la population des risques auxquelles elle est exposée, en favorisant la coordination entre tous les acteurs, de territorialiser l'offre afin de s'adapter aux différents contextes locaux et de trouver les équilibres entre qualité, sécurité et proximité.

Le cadre d'orientation stratégique est en concordance avec la stratégie nationale de santé et s'attache à répondre aux besoins de la population identifiés grâce au diagnostic régional à mi-parcours¹. Globalement, au niveau national et au niveau régional, l'exposition aux facteurs de risque est particulièrement marquée par une disparité importante tant pour l'alcool, le tabac, l'alimentation, les drogues, l'environnement mais aussi ceux relevant des risques sociaux et culturels. Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique souligne un accroissement des inégalités sociales et territoriales de santé et de fortes tensions dans le système de santé liés à : l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement des populations, un système de santé publique qui ne répond plus aux attentes et la réponse à des crises sanitaires.

En ce sens, selon le Haut conseil de santé publique, le système de santé doit être plus agile, lisible, démocratique et décloisonné. Les défis que doit affronter notre système de santé dans la décennie à venir ont conduit la Stratégie Nationale de Santé 2023-2033 à retenir trois grandes finalités :

- Permettre à tous nos concitoyens de vivre plus longtemps en bonne santé, par la prévention, la promotion de la santé et l'accompagnement à tous les âges de la vie ;
- Répondre aux besoins de santé de chacun, sur tout le territoire, avec une offre de santé adaptée ;
- Rendre notre système de santé plus résilient et mieux préparé face aux défis écologiques et aux crises.

Celles-ci se déclinent en 4 grands objectifs :

- ⇒ Reconstruire le système de santé pour répondre aux enjeux
- ⇒ Diminuer l'impact des maladies chroniques
- ⇒ Renforcer les actions envers les plus fragiles
- ⇒ Mettre en œuvre une politique systémique de prévention agissant sur les principaux déterminants de la santé selon une approche populationnelle

Les priorités et les principes d'actions définis dans le présent cadre d'orientation stratégique découlent des orientations de la stratégie nationale de santé.

¹ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/prs-2018-2028-diagnostic-compare-mi-parcours>

SOMMAIRE

1. NOS PRIORITES.....	6
1. Agir pour les populations vulnérables et l'autonomie des personnes.....	6
2. Prévenir et mieux prendre en compte les maladies chroniques.....	6
3. Favoriser la santé mentale	7
4. Améliorer la démographie déficitaire des professionnels de santé	7
5. Réduire les risques liés à l'environnement et au changement climatique.....	8
2. NOS FINALITES.....	9
1. Améliorer l'état De santé des habitants de la région et protéger les populations	9
2. Concrétiser le concept « une seule santé ».....	9
3. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé	10
4. Garantir la qualité du système de santé ainsi que la sécurité et la pertinence des prises en charge et des actions de santé.....	10
5. Soutenir la résilience du système de santé	11
3. NOS LEVIERS.....	12
1. Faire le choix de la prévention : agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé.....	12
2. Favoriser l'autonomie des personnes dans le respect des choix de vie de chacun, en facilitant leur inclusion et leur autodétermination.....	15
3. Garantir l'équité en structurant une offre de santé diversifiée, de proximité, coordonnée et innovante, centrée sur le parcours de l'utilisateur	18
4. Attirer et fidéliser les professionnels nécessaires aux besoins de la population	22
5. Faire progresser la pertinence des soins, la performance et la qualité du système de santé	24
6. Soutenir la concrétisation de solutions innovantes par l'amélioration territoriale et partenariale de l'action publique	26
4. LES CONDITIONS DE NOTRE REUSSITE	28
1. Le soutien de la transformation des organisations en s'appuyant sur la démarche parcours	28
2. L'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques.....	28
3. La coordination des politiques publiques nationales, régionales et départementales.....	29
4. La territorialisation et l'animation de notre politique de santé : notre capacité d'agir en partenariat et en proximité.....	30
5. La mobilisation de la démocratie en santé, en particulier les représentants des usagers, dans une démarche de co-construction et de participation citoyenne.....	30
6. Un pilotage, un suivi et une évaluation renforcés de notre politique régionale de santé	31

1. NOS PRIORITES

La région Bourgogne-Franche-Comté est la 11^{ème} région de France métropolitaine par sa population : 2,8 millions d'habitants, soit 4,4% de la population métropolitaine. Sa croissance démographique est parmi les plus faibles de France. Depuis 2015, la région connaît une décroissance démographique liée à une baisse marquée des naissances et par un taux de mortalité élevé, du fait de son vieillissement plus avancé. Le taux d'accroissement naturel est de -2,9 ‰ habitants, contre +0,7 ‰ en France métropolitaine. Elle se place au 5ème rang des régions quant à sa superficie, qui s'étend de l'Île-de-France à la Suisse, la région est donc un territoire peu densément peuplé : 59 habitants/km², soit deux fois moins qu'en moyenne métropolitaine (117 habitants/km²).

1. AGIR POUR LES POPULATIONS VULNERABLES ET L'AUTONOMIE DES PERSONNES

La pyramide des âges de la population régionale, bien que similaire à celle de la France métropolitaine, affiche une représentation plus importante de la population âgée de 65 ans et plus (23,7% en BFC contre 20,6% en France métropolitaine) alors que celle des personnes âgées de moins de 20 ans est plus faible (22,6% en BFC contre 23,8%). Le vieillissement plus important, mais aussi plus ancien, en Bourgogne-Franche-Comté, est particulièrement marqué par la représentation des personnes de 75 ans et plus : 11,1 % en région contre 9,6 % en France métropolitaine. Ce phénomène est hétérogène dans le territoire puisque les effectifs âgés de 75 ans et plus représentent 9,2 % de la population du Doubs alors qu'ils atteignent 14,3 % dans la Nièvre. Les projections faites par l'INSEE montrent que le phénomène de vieillissement se poursuivra dans les années à venir, lequel s'accompagnera d'une mortalité qui augmentera avec les générations dites du baby-boom.

L'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité, de handicap, de perte d'autonomie implique de relever ensemble le défi de l'autodétermination en réaffirmant les principes de la loi de 2002 et de co-construire un projet partagé d'accompagnement qui reconnaisse la place première, pleine et entière, définitivement citoyenne et donc responsable, de la personne.

2. PREVENIR ET MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES MALADIES CHRONIQUES

En lien avec le vieillissement de la population, la région connaît un développement de la prévalence des maladies chroniques. Sur la période 2013-2017, les principales causes de décès sont les cancers (7 800 décès par an) et les maladies neuro cardio-vasculaires (7 300), représentant plus de la moitié des décès. Ces pathologies représentent donc des priorités de santé publique. En termes de mortalité, les décès prématurés représentent une part importante en région alors que la moitié pourrait être évitée par une réduction des comportements à risque et des addictions ou par une prise en charge plus précoce et donc un meilleur dépistage. A noter que, la région affiche une surmortalité liée à la consommation d'alcool et de tabac, par rapport au niveau national.

En 2019, un peu plus de 580 000² personnes étaient concernées par une affection de longue durée (ALD) en Bourgogne-Franche-Comté. En 2020³, 16 300 personnes étaient nouvellement admises en ALD pour cancer, 10 980 pour diabète, 17 390 pour une maladie neuro-cardiovasculaire et 4 200 pour une maladie psychiatrique de longue durée.

A l'échelle nationale, la prise en charge des maladies chroniques est à l'origine de près de 40 % des dépenses d'assurance maladie tous régimes confondus. Ainsi, les pathologies et traitements chroniques représentent les deux tiers (62 %) des dépenses (soit 104 milliards d'euros) pour un tiers des assurés (36 %), soit 24 millions de personnes.

3. FAVORISER LA SANTE MENTALE

En France, la santé mentale représente 23,3 milliards d'euros, soit près de 14 % des dépenses d'assurance maladie. En région, en 2019, plus de 106 600 personnes ont été prises en soins pour maladies psychiatriques, soit un taux de 39,6 ‰ bourguignons franc-comtois. Dès 2020, les effectifs atteignent 119 810 patients, soit plus de 4% de la population. Comme l'a souligné Santé Publique France, la crise sanitaire a eu un rôle de catalyseur des problèmes de santé mentale en France, mettant en exergue la nécessité de porter une attention spécifique à ces besoins. Si la santé mentale a été identifiée comme l'un des défis majeurs de notre région dès 2018, il apparaît d'autant plus important dans le contexte de post-crise sanitaire.

4. AMELIORER LA DEMOGRAPHIE DEFICITAIRE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

La région Bourgogne-Franche-Comté est déficitaire en professionnels de santé avec des densités plus faibles comparées à celles d'autres régions françaises, alors qu'elle possède de vastes zones rurales et montagneuses à couvrir et une population vieillissante.

La région recensait, au 1er janvier 2021, 82,8 médecins généralistes libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants, une densité inférieure de 4,3 points à la moyenne nationale et ce déficit est encore plus marqué pour les spécialistes (74,0 contre 86,8). Les départements de la Nièvre et de l'Yonne sont particulièrement touchés avec des densités respectives de 70 et 66 médecins pour 100 000 habitants. S'agissant des médecins spécialistes, les départements de Haute-Saône (38), du Jura (54), de la Nièvre (69) et de l'Yonne (72) sont les plus déficitaires.

Les effectifs en personnels soignants (sages-femmes, personnel d'encadrement des soignants, infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier, personnel de rééducation, psychologues) exerçant en établissements de soins publics et privés restent à peu près stables sur la période 2018-2021 en représentant environ 5% des effectifs France métropolitaine. Mais là encore, des disparités infra-régionales persistent. Au-delà des écarts entre départements, c'est au niveau infra-départemental que les disparités peuvent être très marquées, avec la coexistence de zones plus denses en professionnels de santé et de nombreuses zones sous-denses.

² Diagnostic à mi-parcours, ORS BFC

³ Diagnostic à mi-parcours, ORS BFC

5. REDUIRE LES RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT ET AU CHANGEMENT CLIMATIQUE

Le défi lié à l'environnement réside à la fois dans les actions visant à diminuer l'impact des facteurs environnementaux à risques pour la santé, mais également à développer des environnements favorables à celle-ci, au travers notamment des politiques d'urbanisme, d'habitat et d'aménagement. Les facteurs environnementaux à risques concernent la qualité de l'eau, l'habitat indigne, la qualité de l'air (radon), les polluants de l'air intérieur (benzène, formaldéhydes, monoxyde de carbone), la prévention des allergies (pollens, ambroisie). Par ailleurs, le changement climatique et les perturbations qu'il engendre suscitent des défis de santé publique, quant à l'arrivée de maladies vectorielles (par exemple les tiques et la maladie de Lyme, ou le moustique tigre potentiellement vecteur de la Dengue et du Chikungunya). Ainsi, cinq départements de la région sont déjà concernés avec une circulation active du moustique tigre.

Enfin, sans que la région Bourgogne-Franche-Comté présente de spécificité par rapport au niveau national, des défis sont également à relever en matière :

- ⇒ D'exposition aux substances nocives dont les perturbateurs endocriniens ainsi qu'aux nuisances sonores ;
- ⇒ De précarité énergétique des ménages les plus fragiles avec des conséquences en termes d'insalubrité, de pathologies liées à l'habitat et de capacités financières.

Au-delà de la nécessaire action sur ces risques identifiés, il est aujourd'hui largement reconnu que les choix de planification et d'aménagement du territoire influencent la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations. Les problématiques de santé telles que l'obésité, l'asthme, les inégalités de santé, les troubles de la santé mentale (stress, dépression...), l'exposition aux agents délétères (substances nocives, bruit, ...), constituent autant d'enjeux contemporains de santé publique étroitement conditionnés par la qualité de l'environnement urbain.

2. NOS FINALITES

1. AMELIORER L'ETAT DE SANTE DES HABITANTS DE LA REGION ET PROTEGER LES POPULATIONS

La santé de nos concitoyens dépend bien évidemment de la qualité des soins prodigués, mais également des conditions individuelles, socioéconomiques, culturelles et environnementales de chacun ; ce sont des déterminants fondamentaux des inégalités de santé et de l'augmentation, sur le long terme, des pathologies chroniques les plus courantes mais aussi les plus coûteuses. C'est donc par une approche globale et basée sur les stratégies d'intervention en promotion de la santé et la création d'environnements favorables à la santé que nous ferons progresser l'état de santé de la population. La politique de santé de notre région doit accorder une place renouvelée et plus importante à la prévention des comportements à risque et à la qualité de notre environnement afin de rééquilibrer notre système de santé qui s'est essentiellement développé autour du soin.



Approche systémique de l'état de santé : la carte de la santé et de ses déterminants⁴

2. CONCRETISER LE CONCEPT « UNE SEULE SANTE »

Le concept « Une seule santé » repose sur un principe selon lequel la protection de la santé de l'Homme passe par celle de l'animal, du végétal et de leurs interactions avec l'environnement. Cette manière d'aborder la santé dans le contexte mondial récent de la pandémie liée à la COVID-19, permet de raisonner l'ensemble du système et trouver des solutions qui répondent à la fois à des enjeux de santé et des enjeux environnementaux.

Les acteurs de la santé doivent s'inscrire dans cette démarche et prendre en compte dans leurs projets et leurs décisions, les impacts dans les domaines de la santé animale, humaine, l'écosystème (avec une attention particulière sur les aspects de préservation des ressources en eau, consommation énergétique raisonnée, faible impact carbone...).

Les établissements de santé et médico-sociaux doivent également agir sur les déterminants environnementaux de la santé. Le réseau des établissements de santé en transition leur apporte un appui sur l'efficacité énergétique, le confort hygrothermique, la qualité de l'air intérieur et l'environnement du bâti.

⁴ Carte de la santé et de ses déterminants. In : Pigeon Marjolaine. La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir. Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux – Direction des communications, 2012, p. 7. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

Le défi du changement climatique et des sécheresses récurrentes appelle à de nouvelles politiques rassemblant tous les acteurs de l'eau dans un projet de territoire. L'ARS et ses partenaires apportent un appui aux collectivités volontaires.

Plusieurs collectivités de la région s'engagent dans l'amélioration du cadre de vie et du bâti sur leur territoire. L'ARS apporte son soutien aux initiatives locales dans le cadre des contrats locaux de santé.

3. REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE

Comme au niveau national, la situation régionale est marquée par des inégalités sociales et territoriales de santé persistantes qui mettent à mal nos principes d'égalité et d'équité. Les facteurs explicatifs de la surmortalité qui frappent les catégories les moins favorisées interviennent pour l'essentiel en amont de la prise en charge proprement médicale des différentes pathologies. Ainsi, la part attribuable aux facteurs « sociaux et environnementaux » pèse pour 80 % dans la constitution des inégalités de santé, soit directement, soit indirectement par leur influence sur les facteurs comportementaux. Par ailleurs, même si les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics visent à limiter cette tendance, la baisse de la densité en professionnels de santé a conduit à l'apparition de zones particulièrement fragiles dans notre région et génère des fractures territoriales importantes. La réduction des inégalités de santé est inscrite comme l'objectif commun à l'ensemble des actions portées par le projet régional de santé.

En ce sens, l'universalisme proportionné comme principe d'action permet de combiner les approches universelles et celles plus ciblées. Ainsi, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité fonction des situations des différentes populations, notamment des inégalités sociales constatées.

4. GARANTIR LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE AINSI QUE LA SECURITE ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE ET DES ACTIONS DE SANTE

Les évolutions d'organisation de notre système de santé doivent être poursuivies pour répondre aux besoins de santé de la population. L'intérêt du patient est au premier plan et les évolutions doivent être fondées sur la qualité, la sécurité et la pertinence des accompagnements, contribuant ainsi à renforcer l'efficacité du système de soins. La structuration des soins primaires, ou de premier recours, constitue un maillon essentiel afin d'assurer la qualité et la continuité des prises en charge. L'objectif est de permettre à chacun d'accéder aux soins et aux services de santé qui lui sont nécessaires. Pour cela, une gradation de l'offre et une coopération entre les professionnels et les établissements doivent permettre l'orientation vers le bon niveau de recours et le juste soin en fonction de la situation de chaque personne. Chaque secteur de l'offre sanitaire et médico-sociale, pour être efficace, doit mener sa transformation dans une logique de complémentarité, de gradation, de mutualisation... Celle-ci doit pouvoir se traduire par des parcours de santé fluides, lisibles et sans rupture. C'est la condition indispensable à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins par le bon usage des soins, en ville comme en établissement. La pertinence doit être un critère commun pour l'ensemble des actions, des actes et des accompagnements qui seront déployés dans le cadre du projet régional de santé, quel que soit le champ couvert : prévention, soins, accompagnement médicosocial et santé environnementale.

5. SOUTENIR LA RESILIENCE DU SYSTEME DE SANTE

La pandémie de COVID-19 et son bilan sur le plan humain, social et économique ont montré que la résilience du système de santé pour parvenir à garantir l'accès et la continuité des soins, la sécurité sanitaire doit être une priorité. La pandémie de COVID a menacé de désorganiser durablement les systèmes de santé dans le monde entier. Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette période : tout d'abord la menace du risque permanent d'urgence sanitaire en cas de maladie infectieuse comparable ; ensuite le constat de besoins de santé non satisfaits, causés par une perturbation du système de santé, entraînant des retards de diagnostics et une détérioration de l'état de santé physique et mental ; enfin la capacité du système de santé à faire face, à résister, à s'adapter et se transformer et à s'en relever.

Plus globalement, les défis sont nombreux en matière de santé publique et santé environnementale dans un contexte d'internationalisation des échanges, de développement technologique, d'aggravation des impacts du changement climatique.

Dès 2020, le Ségur de la santé prévoyait un plan massif de soutien du système de santé suivi de nombreuses mesures. La résilience du système face aux futures maladies doit s'appuyer à la fois sur un système de préparation et de riposte aux urgences sanitaires, mais aussi sur un suivi plus systématique des affections chroniques qu'impose l'allongement de la vie, sur un renforcement des dispositifs de soins primaires qui permettent de soulager le système hospitalier, et sur la participation active des patients quant à la préservation et au suivi de leur propre santé.

3. NOS LEVIERS

1. FAIRE LE CHOIX DE LA PREVENTION : AGIR TOT ET FORTEMENT SUR TOUT CE QUI A UNE INFLUENCE SUR NOTRE SANTE

FAIRE DE LA PREVENTION LE PILIER DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

La prévention et la promotion de la santé représentent des leviers majeurs de réduction de la mortalité et de morbidité évitables. Elles sont aussi essentielles à la réduction des inégalités sociales de santé.

Il est nécessaire de favoriser les interventions précoces. En effet, de multiples travaux scientifiques convergent sur l'importance de la phase prénatale et des premières années de vie. Ainsi, les « 1 000 premiers jours » mettent en évidence cette période clef pour le développement de l'enfant : sa santé, son bien-être et celui de ses parents. C'est le moment de poser avec lui certaines des fondations de sa vie : pour lui et pour l'adulte qu'il deviendra. En ce sens, le concept lancé par l'UNICEF des « 1000 premiers jours », qui va de la conception aux deux premières années de l'enfant, permet d'envisager une approche globale de la santé de la mère et de l'enfant pour promouvoir des environnements favorables au développement harmonieux du fœtus et du nouveau-né.

L'impact sur l'organisme de l'enfant d'un environnement tant physique que socioéconomique dégradé a des conséquences physiologiques, comportementales, mentales, cognitives qui tendent à expliquer les inégalités sociales de santé observées. Pour cela, il est nécessaire de renforcer les compétences psychosociales tout au long de la vie. Chez les enfants et les jeunes, in fine à tout âge de la vie, les compétences psychosociales ont un impact positif sur le développement global, le bien-être, la résilience, la réussite scolaire, et permettent de réduire les troubles anxio-dépressifs, le risque de suicide et les conduites à risque. Chez les adultes, le renforcement des compétences psychosociales améliore le sentiment personnel d'efficacité, les relations adultes-enfants et la qualité de vie.

Au niveau collectif, le renforcement des capacités des personnes et leur meilleure santé mentale sont un enjeu fondamental en matière d'investissement sociétal et de santé publique. Dans ce champ, le développement des compétences psychosociales dans le cadre de la promotion de la santé revêt une importance particulière : il contribue pleinement à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ; il augmente la capacité des personnes à participer à la société ; il concourt à réduire les inégalités sociales de santé.

La prévention individuelle et médicalisée (vaccination, dépistage, activité physique adaptée, éducation thérapeutique) doit être développée et davantage intégrée dans les pratiques des professionnels et des établissements de santé et du médico-social, notamment *via* les parcours. La prévention de la perte d'autonomie notamment des personnes âgées, constitue un enjeu majeur, afin de soutenir le maintien, le plus longtemps possible et dans de bonnes conditions, des aînés dans leur milieu de vie.

NOS AMBITIONS

Développer une politique santé environnement régionale importante et partagée autour des quatre priorités du plan régional santé environnement de Bourgogne-Franche-Comté 2023-2028 (PRSE 4) :

- ⇒ Le changement climatique
- ⇒ Le concept « une seule santé »
- ⇒ Les environnements favorables à la santé
- ⇒ La poursuite des dynamiques enclenchées lors du PRSE 3

Promouvoir des environnements favorables à la santé. La santé a sa place dans toutes les politiques publiques dans une approche de co-bénéfice

- ⇒ Il nous faut convaincre et accompagner les acteurs des territoires pour qu'ils fassent le choix d'environnements permettant à chaque citoyen de préserver sa santé et son bien-être mais également d'accéder aux services de santé.
- ⇒ Il convient également de renforcer le pouvoir d'agir collectif des citoyens par l'information afin qu'elles mobilisent les ressources du territoire pour améliorer leur santé, mais également qu'elles contribuent, dans le cadre du développement de la démocratie en santé, à orienter sur le terrain, les actions mises en œuvre.

Conforter l'offre de prévention universelle dans l'ensemble du territoire

- ⇒ Au-delà des campagnes nationales relayées en région, la prévention universelle est portée par une diversité d'acteurs. L'ARS pourra les accompagner pour orienter les actions en cohérence avec les priorités de la politique régionale et territoriale et soutiendra l'expérimentation de projet innovants.

Renforcer la prévention et la promotion de la santé en proximité

- ⇒ La contractualisation constituera l'outil de l'ARS pour négocier l'inscription de ses objectifs en matière de prévention et de promotion de la santé dans les priorités des territoires en fonction des besoins identifiés et en articulation avec tous les projets de santé.
- ⇒ Les maisons de santé pluridisciplinaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, les centres de santé, les établissements de santé et du médico-social...seront sollicités pour s'engager dans des actions de prévention probantes en cohérence avec les parcours, les priorités des contrats locaux de santé, des conférences de financeurs et de la politique de santé régionale.
- ⇒ Le réseau RESET⁵ propose un accompagnement pour une meilleure adaptation du bâti au changement climatique et à l'efficacité énergétique.

Développer des axes forts et structurants de prévention/promotion de la santé dans les parcours

- ⇒ L'alimentation, l'activité physique et sportive, la réduction des addictions liées à la consommation de tabac et d'alcool, le sommeil et la santé mentale sont les principaux leviers protecteurs de la santé des personnes. Les parcours nutrition santé et addictions représentent un socle commun à l'ensemble des parcours de santé tant en prévention primaire que secondaire et tertiaire. L'enjeu est de renforcer l'offre de proximité en lien avec les acteurs et en mobilisant les associations. Chaque parcours développe un volet prévention décliné en actions ciblées, collectives et individuelles. Des objectifs croisés devront être portés afin d'améliorer les parcours des personnes.

Renforcer l'efficacité des interventions en prévention et promotion de la santé

- ⇒ Les interventions répondant au concept d'universalisme proportionné seront encouragées afin d'adapter la stratégie d'intervention, tant sous un angle quantitatif que qualitatif, en fonction des défaveurs sociales des bénéficiaires.
- ⇒ Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé devront s'appuyer sur les outils de littératie en santé.
- ⇒ Il s'agit de s'appuyer sur les données probantes et les dispositifs qui ont fait leur preuve, d'étudier les conditions de leur déploiement et de leur généralisation sur de nouveaux périmètres géographiques et populationnels.

⁵ Réseau des établissements de santé en transition

Former les professionnels et promouvoir le partage d'une culture commune prévention/promotion de la santé

- ⇒ La région est le siège d'un évènement important et reconnu en matière de formation en santé publique : l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon. Elle dispose donc de ressources et de savoirs faire pour structurer une offre de formation continue et initiale en prévention et promotion de la santé répondant aux besoins des différents acteurs de la prévention, en avec les universités et experts locaux avec l'appui des partenaires nationaux (EHESP⁶, ANSP⁷, FNES⁸).
- ⇒ Le Réseau Régional d'Appui à la Prévention et à la Promotion de la Santé (RRAPPS) de Bourgogne-Franche-Comté propose des guides et des référentiels pour accompagner le développement de la promotion de la santé et d'action favorables à la santé. Ils sont complétés par des documents de transfert de connaissances permettant une meilleure appropriation de leur contenu.

Réorienter les moyens du système curatif vers le système de prévention-promotion de la santé

- ⇒ Le financement des politiques de prévention doit être consolidé, sanctuarisé et accru : fonds d'intervention régional ; conférences de financeurs et toute autre modalité de financement sous l'égide de l'ARS et/ou en partenariat avec d'autres institutions
- ⇒ Les axes prioritaires du PRSE 4 sont orientés vers la prévention et la promotion de la santé. Qu'il s'agisse des comportements individuels, des environnements favorables à la santé ou de l'expérimentation sur le concept « Une seule santé ».

Renforcer l'organisation régionale de veille et alerte sanitaire

- ⇒ Notre société est confrontée à des évènements exceptionnels de tous types : risques climatiques, actes de terrorisme, accidents sanitaires, catastrophes environnementales, épidémies...qui place la gestion de crise au centre des préoccupations publiques.
- ⇒ La gestion d'évènements récents a démontré la nécessité d'apporter une réponse qui n'oppose pas la gestion des situations sanitaires dites « exceptionnelles » à celle du quotidien. Un dispositif intégré d'Organisation de la Réponse du système de SANTé en situations sanitaires exceptionnelles, dit « ORSAN », est mis en place

Ce que l'on attend pour 2028

- Des services de l'Etat, de l'assurance maladie, des CAF, de l'Education Nationale, des conseils départementaux et des autres collectivités territoriales qui s'accordent sur des politiques de santé publique et qui se complètent en fonction de leurs compétences et priorités respectives
- Des environnements physiques et sociaux (air, eau, habitat, cadre de vie) plus favorables pour la santé
- Des choix individuels et collectifs favorables à la santé (réduction des conduites addictives, alimentation équilibrée, sommeil, activité physique, santé sexuelle, santé mentale...)
- Des actions de prévention intégrées au niveau des soins du premier recours, mais aussi des établissements de santé et du médico-social, dans une logique de parcours de santé et de vie
- Des programmes de prévention efficaces, accessibles à tous sur l'ensemble du territoire
- Un dispositif régional de réponse aux situations exceptionnelles (attentats, épidémies, crise sanitaire...), performant.

⁶ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

⁷ Agence nationale de santé publique

⁸ Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

2. FAVORISER L'AUTONOMIE DES PERSONNES DANS LE RESPECT DES CHOIX DE VIE DE CHACUN, EN FACILITANT LEUR INCLUSION ET LEUR AUTODETERMINATION

L'accès à l'autonomie des personnes questionné par la démographie en région

Le vieillissement de la population et son corollaire l'augmentation des situations de dépendance et des maladies chroniques, les attentes des personnes et de leurs proches, ainsi que les changements sociétaux autour de la cellule familiale sont autant de mutations de notre société que le système de santé doit prendre en considération. Elles imposent aux acteurs de développer une politique plus offensive et une capacité d'action renouvelée, en faveur du soutien au maintien à domicile, dans un contexte particulièrement difficile de déficit médical dans les territoires de la région.

Au-delà du vieillissement de la population, l'accompagnement à l'autonomie des personnes les plus vulnérables, à tous les âges de la vie, constitue une problématique majeure. En effet, les attentes sociétales, majoritairement orientées vers le « milieu ordinaire », se heurtent aux capacités des territoires à soutenir et à organiser concrètement l'inclusion scolaire, sociale et professionnelle. L'aidant doit être soutenu et accompagné et des solutions de répit, de reconnaissance et de soutien doivent lui être proposées.

Il convient également de maintenir une offre d'accueil en établissement pour ceux qui ne peuvent ou ne souhaitent pas vivre en milieu ordinaire.

NOS AMBITIONS

Prévenir la dépendance

- ⇒ L'adaptation des espaces, des logements et des territoires permet de prévenir les risques d'isolement et de chutes des personnes vulnérables, notamment des personnes âgées et en situation de handicap
- ⇒ Promouvoir la santé et prévenir le risque de perte d'autonomie
- ⇒ Renforcer des programmes de type ICOPE dans notre région

Diversifier les modes de prise en charge et développer l'offre de services pour respecter les choix de vie des aidants et des aidés

- ⇒ Diversifier, cela revient à apporter des réponses adaptées à des besoins bien distincts, selon les profils des personnes et leurs situations personnelles, les types de vulnérabilités, de déficiences ou de dépendances et surtout leurs choix de vie.
- ⇒ Des alternatives au « tout hébergement » ou au « tout domicile » existent et demandent à être développées pour accompagner les personnes dans leurs besoins quotidiens, dans le respect de leur dignité, intégrité et liberté. Le soutien au maintien à domicile reposant en grande partie sur la volonté et l'énergie des aidants naturels, il s'agit d'éviter au mieux leur isolement ainsi que leur épuisement physique et psychique.
- ⇒ Pour un meilleur accompagnement, il y a nécessité de développer des coopérations accrues et décloisonner les acteurs du soin, de l'aide à domicile et du secteur médico-social, *via* notamment les dispositifs d'appui à la coordination et les communautés 360.
- ⇒ Il s'agit également de développer les solutions de domotique, de robotique, les objets connectés ou tout autre projet innovant rendant la personne plus autonome qu'elle soit dépendante ou en situation de handicap.

Diagnostiquer précocement

- ⇒ Chez l'enfant, le repérage et le dépistage précoce des retards d'apprentissage, des troubles du développement et d'autres déficiences et/ou troubles susceptibles de conduire à des restrictions de participation sociale, reste la clé de voûte d'une bonne inclusion scolaire et sociale.

Favoriser l'inclusion scolaire, l'insertion sociale et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap

- ⇒ La scolarisation des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire portée conjointement par l'Agence régionale de santé et l'Education nationale est soutenue par une diversité de modalités
- ⇒ Dans le domaine social, il convient de promouvoir une société véritablement inclusive au sein de laquelle les personnes peuvent vivre pleinement leur citoyenneté.
- ⇒ Cela passe par la participation concrète de tous à la vie de la société, et donc à toutes les activités qui permettent de construire le lien social : culturelle, sportive et de loisir.
- ⇒ Cela passe également par une offre de logement adapté permettant une insertion pleine et entière dans la cité et le libre choix du mode de vie.
- ⇒ Les stratégies régionales mettent en avant les dispositifs d'orientation, d'insertion et de réadaptation professionnelle ainsi que des emplois accompagnés. Celles-ci permettent d'améliorer la qualification des jeunes et de renforcer l'accompagnement social des travailleurs en situation de handicap.
- ⇒ Dans la droite ligne des visées inclusives, les pôles de compétences répondent aux besoins spécifiques et aux situations complexes en offrant la possibilité d'adjoindre aux services existants des interventions plus ciblées.

Garantir la qualité de la prise en charge et la bienveillance

- ⇒ Les enjeux d'efficience, de performance et de qualité de la prise en charge s'imposent fortement au secteur médico-social qui devra s'adapter pour mieux accueillir de nouveaux publics en respectant leur parcours de vie : personnes en très grande dépendance, personnes handicapées vieillissantes...

Rendre effective la coordination des acteurs de la santé autour des liaisons ville-hôpital-établissements/domicile

- ⇒ Privilégier les parcours de santé des personnes suppose en amont d'articuler fortement les professionnels en ambulatoire et en hospitalier, du sanitaire et du médico-social. Tout l'enjeu repose sur des partenariats consolidés, notamment entre établissements et services médico-sociaux, centres hospitaliers et professionnels de santé libéraux pour éviter les hospitalisations inadéquates en urgence, pour faciliter les transitions à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation, pour poursuivre le développement de l'hospitalisation à domicile.
- ⇒ Les actions de santé numérique accompagnent ces relations ville-hôpital par le biais des professionnels, notamment des dispositifs d'appui à la coordination à travers la plateforme régionale e-parcours

Décliner en région les plans nationaux en prenant en compte les spécificités régionales, départementales et infra-départementales.

Ce que l'on attend pour 2028

- ⦿ Un accès aux services et aux soins pour les personnes âgées et/ou en situation de handicap, quels que soient leur lieu de vie et leur situation personnelle.
- ⦿ Une prévention adaptée des vulnérabilités et un repérage des fragilités facilités, permettant de préserver la qualité et l'autonomie des personnes vieillissantes et/ou vivant avec un handicap.
- ⦿ Des environnements physiques et sociaux plus favorables pour la santé.
- ⦿ Des choix individuels et collectifs favorables à la santé (réduction des conduites addictives, alimentation équilibrée, activité physique, santé sexuelle, santé mentale, sommeil...)
- ⦿ Un diagnostic et un accompagnement précoce du handicap pour éviter l'errance et l'apparition de sur-handicap.
- ⦿ Des réponses souples et adaptées aux personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap, s'inscrivant dans le respect de leur choix de vie permettant un accompagnement à domicile et une intégration facilitée à l'école, dans le monde professionnel et dans la cité.
- ⦿ Une prise en charge adaptée à l'accroissement de l'âge et de la dépendance en établissement de santé.
- ⦿ Des liens à organiser entre les différents établissements et services médico-sociaux afin de proposer aux personnes un accompagnement adapté (logique de parcours et de dispositifs)
- ⦿ Une articulation efficace entre les interventions à domicile et en établissement, en ville et à l'hôpital, afin d'assurer, à la personne fragile ou dépendante et à celle en situation de handicap, la continuité des soins et le déroulement fluide de son parcours.
- ⦿ Des pratiques professionnelles renouvelées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques, permettant de garantir la bienveillance.
- ⦿ Un soutien et un accompagnement des familles et des proches aidants.

Les attentes sont majoritairement issues des mesures préconisées par les différents rapports nationaux.

3. GARANTIR L'EQUITE EN STRUCTURANT UNE OFFRE DE SANTE DIVERSIFIEE, DE PROXIMITE, COORDONNEE ET INNOVANTE, CENTREE SUR LE PARCOURS DE L'USAGER

La garantie d'une offre de soins de qualité et accessible à tous est l'objectif premier de notre système de santé.

L'accès aux soins représente une préoccupation majeure de la population de la région du fait d'une démographie des professionnels de santé, du médico-social et du social fragile, en particulier dans les zones rurales. La difficulté à trouver un professionnel de santé disponible dans un délai acceptable peut se traduire parfois, par un renoncement aux soins. Dans le même temps, la transformation de notre système de santé, pour répondre à la question de l'augmentation des maladies chroniques, du vieillissement et de l'évolution des besoins de la population, se traduit depuis quelques années par une territorialisation accrue de l'offre de soins avec la mise en œuvre de parcours structurés autour d'une offre de soins de premier recours, à partir des besoins de la personne et dans une approche globale et coordonnée avec les autres professionnels. Il est nécessaire de reconquérir au maximum du temps médical et du temps soignant, en libérant les professionnels de santé, et notamment de tâches qui peuvent être prises en charge par d'autres, pour préserver le temps d'exercice et recentrer les professionnels sur leur cœur de métier. C'est en ce sens que se développent des métiers tels que l'infirmier de pratique avancée ou l'assistant médical.

NOS AMBITIONS

Renforcer la gradation des soins dans le territoire régional

- ⇒ L'objectif de garantir à tous les patients un meilleur accès à des soins et de santé sécurisés et de qualité en renforçant la complémentarité et la coopération entre acteurs. Il implique d'améliorer la gradation de l'offre de soins et de santé.
- ⇒ Le développement des parcours et de l'approche orientée patient, et non plus structure, suppose d'améliorer la gradation de l'offre de santé par une meilleure coordination territoriale entre tous les offreurs de santé et du médico-social, afin de faciliter l'accompagnement continu des patients entre professionnels et établissements de niveaux de recours différents.
- ⇒ Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) contribuent à l'amélioration de cette gradation des soins d'autant plus qu'ils élargissent leur partenariat aux établissements de santé privés, au premier recours ainsi qu'aux établissements médico-sociaux.



Soutenir l'offre de soins de premier recours

- ⇒ Les soins de premier recours sont assurés par les professionnels de santé de proximité. Or, la région présente des disparités territoriales dans la répartition de cette offre. Elle est confrontée à de graves difficultés démographiques des professionnels de santé.
- ⇒ La mise en œuvre du plan de mobilisation doit permettre de porter des actions collectivement afin de favoriser l'attractivité des métiers de la santé mais aussi de nos territoires.
- ⇒ Les coopérations entre professionnels de santé, du médico-social sont essentielles et s'appuient sur les communautés professionnels territoriales de santé, les MSP, les centres de santé, les ESP et tout dispositif d'exercice coordonné.

Les médecins spécialistes dans l'organisation du système de soins

- ⇒ Comme pour les médecins généralistes, l'offre de médecine spécialisée doit être soutenue notamment par des dispositifs, initialement inscrits dans le plan d'accès aux soins, facilitant les assistants spécialistes partagés et les équipes de soins spécialisées notamment.
- ⇒ Leur rôle dans le cadre de la télé-expertise, de la téléconsultation doit se renforcer notamment par le biais des centres d'expertises et des maisons de spécialistes.

Anticiper les difficultés

- ⇒ L'observation et les études prospectives doivent être développées
- ⇒ L'évolution de l'offre de formation des professionnels de santé du social, du médico-social et de la santé (former plus et mieux) est primordiale
- ⇒ Les acteurs de la région doivent porter collectivement un dynamisme d'attractivité par une valorisation des territoires.

Favoriser le travail en équipe pluri-professionnelle

- ⇒ Pour répondre aux attentes des professionnels de santé qui ne souhaitent plus exercer de manière isolée et aux besoins de la population qui évoluent, les modalités d'accompagnement permettant de favoriser toutes formes d'exercice coordonné sont à poursuivre.
- ⇒ Les professionnels de santé s'inscrivent plus naturellement dans des formes d'exercice coordonné pluri-professionnel (notamment pour les plus jeunes générations) en particulier avec l'aide des dispositifs d'appui à la coordination.
- ⇒ Diversifier les modalités d'exercice par les protocoles de coopération, avec notamment l'appui sur les infirmiers de pratique avancée, les assistants médicaux, mais aussi les délégations de tâches et de missions.

Développer des modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics vulnérables

- ⇒ Les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap sont régulièrement confrontées à des difficultés d'accès aux dispositifs de santé de droit commun. Les publics en situation de vulnérabilité sociale sont souvent les plus éloignés du système de santé. Des modalités particulières doivent être développées dans une logique « d'aller vers » et de dispositifs dédiés (lorsque le droit commun n'est pas ou plus en mesure d'apporter des réponses adaptées).
- ⇒ Une sensibilisation et des formations spécifiques seront mises en place pour améliorer l'attractivité des structures sociales et médico-sociales auprès des professionnels et des établissements de santé, mais aussi pour les sensibiliser des leurs formations, à l'accompagnement des personnes et patients vulnérables
- ⇒ Des dispositifs de communication adaptée, d'interprétation et de traduction permettront aux professionnels de mieux communiquer et s'exprimer avec les personnes qui en ont le plus besoin.

Optimiser l'organisation de la permanence des soins et faciliter l'accès aux soins non programmés.

- ⇒ La permanence des soins est un élément essentiel de l'organisation du système de soins. L'optimisation et l'efficacité du dispositif reposent sur la complémentarité entre la permanence des soins ambulatoire et la permanence des soins en établissement de santé
- ⇒ Le développement de la prise en charge non programmée en ville doit permettre de réduire le recours aux services d'urgences hospitaliers tout en apportant une réponse aux besoins de la population. Le déploiement des Services d'Accès aux Soins y contribuera fortement
- ⇒ La présence de cette activité renforcera par ailleurs l'attractivité de la structure (maison médicale de garde, maison de santé, centre de santé) auprès des médecins généralistes et favorisera les possibilités de mutualisation avec les autres acteurs du territoire comme les hôpitaux de proximité
- ⇒ Pour les situations d'urgence, l'accès à la médecine d'urgence en moins de 30 minutes doit être la règle impliquant d'optimiser le maillage territorial des services d'urgence, SMUR terrestres et hélicoptés, les SAS (à déployer d'ici fin 2023 dans tous les départements de la région).

Permettre une offre de transports sanitaires adaptée aux besoins

- ⇒ L'imbrication du vieillissement de la population impliquant des problématiques de mobilité, de l'éloignement de certaines offres de santé amène à une sollicitation accrue des transports sanitaires.

Assurer la coordination des acteurs pour des parcours efficaces

- ⇒ Adapter la prise en charge aux besoins des personnes suppose que, autour de l'utilisateur, quel que soit le professionnel de santé sollicité, les différents acteurs se coordonnent afin d'apporter une réponse globale et non cloisonnée.
- ⇒ L'identification de filières de soins et de santé permet, dans un territoire donné, d'associer l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge et d'orienter les personnes dans le cadre de son parcours, selon ses besoins. Cet objectif vise à fluidifier le parcours de santé de la personne en tenant compte de son environnement et de ses souhaits.
- ⇒ La cible est de décloisonner les disciplines médicales et les différents professionnels de santé, ville et hôpital, préventif et curatif, et à accroître les compétences des acteurs *via* les outils de transmission d'information, l'élaboration et l'appropriation de référentiels, les échanges de pratiques, la formation, la construction de projet territorial commun en référence aux besoins de la population.

Les hôpitaux de proximité comme pivot entre le premier et deuxième recours

- ⇒ Les hôpitaux de proximité constituent un pivot de l'offre de soins dans les territoires, rôle renforcé par le développement des parcours et de l'approche orientée patient laquelle suppose une meilleure coordination territoriale entre offreurs de santé.
- ⇒ Au travers de leurs missions, ils sont un point de rencontre entre les soins de ville et hospitaliers, le premier et le deuxième recours, le sanitaire et le médico-social.
- ⇒ Cette forte imbrication du médical (hospitalier et ambulatoire) et du médico-social au sein d'une même structure, doit positionner les hôpitaux de proximité comme les structures de demain mettant en œuvre concrètement le décloisonnement entre soin, médicosocial et social tant attendu par les usagers.

Innover pour s'adapter aux évolutions du système de santé et améliorer la qualité de la prise en charge

- ⇒ L'innovation permettra d'accompagner la transformation du système de santé. Poursuivre l'accompagnement des initiatives des professionnels et des établissements est essentiel.
- ⇒ Les nouvelles technologies de l'information, le numérique en santé, les données et de la communication vont, par leur déploiement, ouvrir de nouvelles perspectives pour améliorer la coordination des soins, la circulation de l'information et la qualité de la prise en charge
- ⇒ La médecine va bénéficier d'innovations technologiques et thérapeutiques lesquelles vont accompagner la mutation des organisations. Il en est de même dans le champ médico-social pour favoriser l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- ⇒ La transformation du système de santé, déjà engagée avec le virage ambulatoire et la définition d'une gradation des soins, va se poursuivre instaurant un nouvel équilibre entre les établissements de santé, de plus en plus spécialisés et interconnectés, et les établissements médico-sociaux et les autres acteurs de santé. Ce mouvement de transformation de l'offre s'orientera encore plus résolument vers une réponse individualisée aux besoins des personnes en proposant un accompagnement/prise en charge hors les murs permettant un suivi au domicile, à l'école, au travail, en hôpital de jour...

Ce que l'on attend pour 2028

- ⦿ Une organisation de proximité de qualité et accessible dans des délais raisonnables sur tout le territoire, y compris dans les territoires isolés
- ⦿ Une continuité et une permanence des soins, garanties
- ⦿ Des professionnels de santé de premier recours positionnés comme maillons essentiels en matière de prévention et promotion de la santé.
- ⦿ Une complémentarité et une coordination optimisées des acteurs de santé dans le cadre d'une approche globale de la santé de la personne, incluant les acteurs du social.

4. ATTIRER ET FIDELISER LES PROFESSIONNELS NECESSAIRES AUX BESOINS DE LA POPULATION

Une mobilisation collective

Garantir l'accès à la santé et assurer la pérennité de notre système de santé impliquent d'investir fortement pour apporter les réponses attendues par nos concitoyens aux questions de démographie déficitaire des professionnels de santé, du social et du médico-social et aux disparités de répartition territoriales en allant au-delà des mesures des plans antérieurs, schéma régional des ressources humaines du système de santé, Plan Ma santé 2022 ou Ségur de la santé. Pour répondre aux difficultés qui affectent le secteur de la santé, du social et du médico-social, mais qui impactent également tous les secteurs économiques ou sociaux de la région, une mobilisation d'ampleur de tous les acteurs régionaux et territoriaux est nécessaire. Le plan de mobilisation porté en région par les acteurs institutionnels, les usagers, les collectivités locales, les universités... doit répondre à cette nécessaire mobilisation collective.

NOS AMBITIONS

Bâtir un plan de mobilisation pluriannuel pour les métiers du social, de la santé et du médico-social

- ⇒ Il s'agit en premier lieu d'adopter une démarche collective en associant les collectivités régionales, la Préfecture de Région, le Rectorat, la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), Pôle Emploi et tout acteur concerné
- ⇒ En vue d'élaborer un plan pluriannuel d'actions à court, moyen et long termes notamment en renforçant le déploiement d'actions et de réponses au niveau local, de l'orientation à l'emploi.

Attirer et former aux métiers du secteur de la santé

- ⇒ Pour répondre aux besoins actuels et futurs en terme de démographie des professionnels de santé, du social et du médico-social
- ⇒ Toutes les initiatives permettant de mieux faire connaître les métiers seront à développer. Il en sera de même de toutes les actions destinées à mettre en valeur la richesse et la diversité du secteur de la santé, au sens large et visant également à favoriser une orientation éclairée des jeunes vers ces métiers
- ⇒ Ainsi, il convient de poursuivre et d'amplifier les mesures mises en œuvre aujourd'hui (formation complète en odontologie, soutien à la création de postes d'Assistants Spécialistes à temps Partagé...) pour augmenter par tous moyens le nombre d'étudiants formés (développement de l'offre de formation, meilleure répartition...).

Recruter et fidéliser les professionnels

- ⇒ Dans un contexte de fragilité de la démographie des professionnels, il est essentiel d'accompagner les établissements, les services et les professionnels dans la mise en œuvre d'une démarche de gestion prospective des ressources humaines qui permet d'accompagner le changement (GPEC).
- ⇒ Ce contexte se traduisant souvent par une dégradation des conditions de travail, il est nécessaire d'avoir une vigilance accrue sur tous les signes d'une telle évolution et de mobiliser tous les outils pour trouver des solutions (communication, bonnes pratiques, prévention...).
- ⇒ Les mesures sur la qualité de vie au travail doivent être une priorité

Faciliter les activités et accompagner les professionnels dans leurs compétences

- ⇒ Il existe de nombreux dispositifs incitatifs à l'installation et à l'exercice des professionnels qui permettent en particulier de faciliter l'installation des professionnels de santé dans les territoires fragiles ou d'offrir des perspectives d'évolution à un professionnel dans ses compétences
- ⇒ Le temps médical étant précieux, la mise en œuvre de dispositifs permettant de libérer du temps médical doit être recherchée, par le développement des nouveaux métiers et la coopération entre professionnels de santé (par exemple délégation de tâches, développement des infirmiers de pratique avancée...)

Attirer et conserver les professionnels dans les territoires

- ⇒ Des zonages pour les médecins et autres professions de santé donnent des indications sur la répartition des professionnels et permettent l'attribution d'aides conventionnelles pour une meilleure répartition territoriale
- ⇒ Des mesures complémentaires d'accompagnement à la formation ou à l'installation devront être proposées pour lever certains freins identifiés dans des zones plus rurales (accessibilité en transport, hébergement par exemple).

Remettre l'éthique et les valeurs au cœur du système de santé

- ⇒ Elle est une condition indispensable pour que les professionnels travaillant dans le champ de la santé retrouvent le sens de leur métier et de leur engagement mais aussi pour que la population conserve sa confiance dans le système de santé

Ce que l'on attend pour 2028

- ⦿ Une attractivité régionale et une fidélisation des professionnels retrouvées
- ⦿ Des étudiants plus nombreux et mieux formés
- ⦿ Une situation démographique stabilisée en nombre de professionnels et en termes de répartition territoriale
- ⦿ Des organisations de travail améliorées pour gagner à la fois en temps de professionnels et en qualité de vie au travail

5. FAIRE PROGESSER LA PERTINENCE DES SOINS, LA PERFORMANCE ET LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE

La transformation du système de santé par la qualité

Le succès repose principalement sur le questionnement des pratiques professionnelles, lesquelles doivent évoluer pour mieux répondre aux nouveaux besoins, par le renforcement de la coordination des soins et des parcours de soins, par la mise en œuvre des virages ambulatoire et domiciliaire, et l'intégration de pratiques innovantes techniques, thérapeutiques et organisationnelles.

NOS AMBITIONS

De l'amont à l'aval : mieux organiser l'accompagnement des personnes

- ⇒ Le lien entre hôpital, ville et secteur médico-social doit être renforcé par les dispositifs permettant de mieux coordonner les sorties d'hospitalisation, notamment les dispositifs d'appui à la coordination avec le soutien des communautés professionnelles territoriales de santé.

Faire évoluer la prise en charge : moins d'hospitalier pour mieux soigner et mieux accompagner

- ⇒ Parce que plus d'hospitalisations ne signifie pas soigner mieux, les pratiques doivent évoluer pour mieux répondre aux besoins : en favorisant l'ambulatoire, en encourageant d'une part le passage de l'hospitalisation complète à l'hospitalisation partielle ou à l'hospitalisation à domicile et d'autre part de l'hospitalisation partielle à la consultation, en luttant contre les « temps inutiles » dans le séjour hospitalier.
- ⇒ Les hôpitaux de jour doivent représenter une étape dans un parcours de soins, avec une organisation multidisciplinaire et non une succession de consultations.
- ⇒ L'hospitalisation à domicile doit poursuivre son développement

Développer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et ambulatoire.

- ⇒ La qualité et la sécurité des soins sont la priorité des structures et des professionnels de santé et une attente légitime de la population.
- ⇒ Les professionnels de santé s'appuieront, en cas de besoin, sur les structures d'appui telles que le Réseau qualité (REQUA), l'observatoire du médicament (OMEDIT), le centre de prévention des infections associées aux soins (CPIAS)
- ⇒ L'ARS poursuivra les programmes d'inspection basés sur une analyse des risques

Améliorer la pertinence des soins et des parcours

- ⇒ La pertinence prend en considération cinq axes : les séjours, les modes de prise en charge, les actes et les pratiques, l'utilisation des produits de santé, les parcours de santé
- ⇒ La démarche régionale d'amélioration de la pertinence des soins s'articulera autour des actions inscrites dans le plan d'actions pluriannuel régional pour l'amélioration et la pertinence des soins (PAPRAPS) et des orientations de la politique régionale du médicament.

Soutenir l'innovation (technologique, thérapeutique, organisationnelle)

- ⇒ En matière biomédicale, l'innovation passe par de nouveaux traitements et les établissements ne peuvent prendre de retard, sans risquer de perdre en bénéfice pour le patient et en attractivité, pour ces derniers comme pour les personnels médicaux.
- ⇒ Quatre orientations doivent être soutenues en région : le développement du numérique, les investissements en équipements lourds, le développement de filières d'excellence, l'évolution des organisations et des modèles financiers.
- ⇒ Avec les progrès de la génétique, l'essor de la génomique, le développement des thérapies ciblées, de l'immunothérapie ou de la greffe de cellules, l'organisation des soins évoluera au profit d'une médecine prédictive, préventive, personnalisée et participative.
- ⇒ Enseignement majeur de la pandémie de COVID-19, la e-santé fait et fera encore évoluer les pratiques, les comportements et les relations avec les usagers en favorisant l'autonomie des personnes, que ce soit par la télémédecine (téléconsultations, télé-expertises, télé suivi et télé expertise), par l'utilisation d'outils de partage des données (Mon espace santé) et de coordination des parcours (eTICSS) ou l'exploitation et la gestion de données massives (Big data) de santé données dans un objectif de pilotage (identification de facteurs de risque de maladie, aide au diagnostic, au choix et au suivi de l'efficacité des traitements, pharmacovigilance, épidémiologie...).

Accélérer la transformation des organisations et garantir le retour à l'équilibre des comptes des établissements de santé

- ⇒ Les progrès en organisation doivent être une des sources d'efficience des prochaines années.
- ⇒ Les réformes de financement basées sur la dotation population travaillées pour les soins de suite devenus soins médicaux de réadaptation, la psychiatrie et les urgences ouvrent de nouvelles perspectives
- ⇒ Les projets d'expérimentation dits « Article 51 » devraient permettre un décloisonnement et de nouveaux modes de financement permettant d'accompagner les transformations à venir
- ⇒ Le Ségur investissement
- ⇒ S'imposent ainsi des reconfigurations dont la logique première est de pouvoir mieux répondre aux besoins des patients, à la qualité et à la sécurité des soins et d'être adaptables dans le temps en fonction des progrès de la science médicale.

Améliorer la performance sociale et managériale

- ⇒ Parce que la prise en compte du facteur humain dans la performance globale constitue une orientation stratégique forte, cela doit se traduire par des effets concrets dans l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels.

Ce que l'on attend pour 2028

- Un système de santé pérenne, solidaire et financièrement équilibré
- Un système de santé transformé qui répond aux besoins de la population
- Un système de santé ayant intégré l'innovation pour proposer les meilleurs soins possibles

6. SOUTENIR LA CONCRETISATION DE SOLUTIONS INNOVANTES PAR L'AMELIORATION TERRITORIALE ET PARTENARIALE DE L'ACTION PUBLIQUE

Aller plus loin dans le champ de la démocratie en santé

Les instances officielles de démocratie en santé régionales et infra régionales (la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) et les 8 Conseils territoriaux de santé (CTS) permettent actuellement aux différents acteurs de formuler des avis et d'être forces de propositions sur la politique régionale de santé. Toutefois, ces instances ne garantissent pas la participation directe des citoyens aux questions de santé. C'est pourquoi il est nécessaire de conforter et d'amplifier la démocratie en santé. C'est dans l'interaction entre instances représentatives et participation citoyenne que se jouera le progrès et les réponses adaptées et de bon sens dans le champ de la démocratie en santé.

NOS AMBITIONS

Former les représentants des usagers

- ⇒ Dans le secteur sanitaire, la formation des représentants des usagers est réglementée par un cahier des charges, opposable.
- ⇒ Ce n'est pas le cas dans le secteur médico-social, aussi convient-il de poursuivre les formations pour les représentants des usagers dans ce secteur.

Accompagner et valoriser les bonnes pratiques

- ⇒ Le Label droits des usagers permet d'identifier les pratiques innovantes en termes de promotion des droits des usagers mais également d'accompagner les professionnels dans leur démarche.
- ⇒ Des échanges sur les pratiques de la participation sont nécessaires entre les ARS, avec les institutions nationales (Institut pour la démocratie en santé – IPDS, Ecole des hautes études en santé publique – EHESP, UNAASS – France Assos Santé, national et régional...) et avec les différents professionnels de la participation.

Développer de nouvelles formes de participation

- ⇒ Les citoyens ont souvent du mal à faire connaître leurs avis, propositions et expérience de leur usage de notre système de santé *via* les associations représentatives des usagers présentes dans les instances.
- ⇒ Aussi, les modes d'expression doivent être complétés par d'autres formes tels que débats publics, jury citoyens, conférence de consensus, diagnostics partagés.... L'utilisation des outils numériques comme activateur de la démocratie en santé est également à prendre en compte.
- ⇒ Par ailleurs, la participation des usagers n'est pas encadrée dans le champ ambulatoire. Une réflexion devra être portée pour développer la participation des habitants en santé de proximité.
- ⇒ La démarche du conseil national de la refondation Santé apporte un outil complémentaire à l'expression citoyenne.

Renforcer la place de l'utilisateur dans les organisations et la transformation du système de santé social

- ⇒ Observer et analyser les points de rupture des parcours
- ⇒ Agir en littératie en santé ne signifie pas uniquement de renforcer les compétences individuelles des personnes, mais aussi de développer les environnements favorables à l'exercice de ces compétences.
- ⇒ La place des usagers dans le processus d'alerte par le biais des signalements doit être identifiée et visible
- ⇒ L'empowerment citoyen est un moyen permettant d'impliquer les personnes dans les évolutions nécessaires du système de santé

Adopter une méthode innovante d'amélioration territoriale et partenariale de l'action publique

- ⇒ Il convient de pérenniser la première phase du Conseil national de la refondation (CNR) santé mise en œuvre en 2022 afin de partager dans les territoires une vision collective des enjeux de l'accès à la santé, et pour mobiliser les leviers d'amélioration attendus par nos concitoyens.
- ⇒ L'objectif est d'associer l'ensemble des parties prenantes nécessaires à la construction de solutions pour améliorer l'accès à la santé sur le territoire : citoyens et représentants d'usagers, élus, collectivités locales, professionnels... à partir d'un recensement des besoins de santé, la priorisation mais aussi par l'organisation et la coordination de la mise en œuvre des réponses.

Améliorer la communication auprès du grand public

- ⇒ Informer les citoyens et les habitants est un objectif prioritaire. Ainsi le site internet <http://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/> a pour objectif d'informer le grand public sur les questions de santé, les droits, la démocratie en santé, les événements et manifestations.
- ⇒ Par ailleurs, il convient de continuer à relayer en région des événements grands publics comme la journée européenne des droits des patients. Les documents d'information de l'Agence régionale de santé feront l'objet d'une « traduction » systématique en langage clair et adapté pour les tous les citoyens.
- ⇒ La collaboration entre France Assos Santé de Bourgogne-Franche-Comté et l'ARS est essentielle

Ce que l'on attend pour 2028

- Une information, sur la santé et sur les droits, accessible facilement, adaptée à tous et compréhensible
- Des instances de démocratie en santé articulées et coordonnées en lien avec les instances de démocratie participative des collectivités territoriales et des dispositifs des personnes accompagnées
- Des citoyens qui connaissent et exercent leurs droits et sont acteurs de leur santé
- Des représentants d'usagers qui exercent pleinement leur mandat dans les instances dans lesquelles ils siègent
- La reconnaissance des savoirs expérientiels des citoyens/usagers/habitants dont les propositions alimenteront les actions autour des parcours de santé
- Des habitants qui se mobilisent sur les territoires pour participer aux projets de santé en proximité

4. LES CONDITIONS DE NOTRE REUSSITE

1. LE SOUTIEN DE LA TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS EN S'APPUYANT SUR LA DEMARCHE PARCOURS

Privilégiant une approche globale et continue, au plus près des lieux de vie des personnes, les parcours de santé et de vie, s'articulent autour de la prévention, des soins, du suivi et de l'accompagnement, reposant ainsi sur l'intervention de multiples acteurs et leur coordination efficace.

Le contexte régional est favorable avec une importante coordination des acteurs régionaux, départementaux et locaux autour des problématiques portées par les parcours et une volonté marquée d'agir notamment sur les pathologies chroniques et envers les publics vulnérables. La déclinaison équitable des parcours, en articulation avec les différents plans et schémas, apparaît comme un défi en termes de structuration de l'offre, d'évolution des pratiques professionnelles, de la démographie des professionnels de santé et l'engagement des acteurs locaux.

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a mis en place 10 parcours de santé, populationnels ou par pathologie. Les principaux leviers d'action, qui visent à la résorption des points de rupture des parcours de santé, résident dans la structuration de filières complètes et articulées les unes aux autres, ainsi qu'un maillage territorial fin du premier recours. Ils s'inscrivent dans une dynamique d'amélioration continue de l'organisation du système de santé et de renforcement de la coopération des acteurs à tous les niveaux autour de cinq dimensions majeures : la coordination ; l'implication des usagers ; la e-santé ; la formation et la pertinence. Les années à venir doivent nous permettre de conforter les dispositifs existants opérationnels et de positionner clairement les parcours de santé en tant qu'effet levier contribuant à moderniser le système de santé. Il s'agit de faire évoluer l'offre de prévention, l'offre de soins et l'offre médico-sociale en les centrant sur les besoins des usagers à travers l'organisation des partenariats nécessaires entre les différents niveaux de prise en charge et les différents acteurs de santé dont les usagers. Les dispositifs d'innovation soutiennent ces évolutions.

2. L'INTEGRATION DE LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES PUBLIQUES

La santé des personnes repose très majoritairement sur des facteurs extérieurs à l'offre de soins comme l'alimentation, l'activité physique ou l'habitat. Ainsi, de nombreuses politiques publiques ont une incidence sur la santé et le bien-être des populations et il est essentiel que celles-ci intègrent cette donnée afin d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé.

Pour que la santé soit prise en compte dans les autres politiques publiques, il est nécessaire de mener des actions d'information, de coordination et de communication auprès des acteurs publics et privés de la région, à travers notamment la production d'outils pour aider les acteurs à intégrer cette approche dans leurs projets ou leurs décisions. La finalité est de définir l'impact sur la santé, dont les inégalités de santé, comme paramètre d'évaluation des politiques publiques.

Aussi définir la santé comme paramètre d'évaluation des politiques publiques est un préalable essentiel pour la réalisation de nombreuses politiques de santé publique. La démarche d'évaluation d'impact sur la santé permet d'identifier, à l'aide d'information scientifique et contextuelles, les effets potentiels d'un projet ou d'une politique sur la santé d'une population et la distribution de ses effets selon les différents groupes sociaux.

En inscrivant cette démarche dans le PRS et dans le PRSE, l'ARS devra également créer les conditions de la rencontre et de l'échange entre les acteurs sur ces thématiques. L'ARS travaillera à une meilleure identification en amont des projets dans lesquels une dimension santé est souhaitable et sera en première ligne notamment pour renforcer la coordination dans les politiques publiques qui intègrent des composantes relevant de son champ d'intervention (habitat, santé environnement, ...) ou piloter des programmes de travail.

L'ARS devra, par ailleurs, veiller à rendre plus visibles, notamment auprès des décideurs, les politiques publiques menées et être identifiée comme un expert incontournable dans l'établissement de politiques publiques. La Seconde déclaration d'Adélaïde a précisé les conditions permettant une meilleure opérationnalisation de ce principe d'action.

3. LA COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES NATIONALES, REGIONALES ET DEPARTEMENTALES

Pour mettre en œuvre nos différents leviers, l'une des principales conditions de réussite est la capacité de l'Agence à nouer un partenariat efficace avec l'ensemble des acteurs du système de santé au niveau régional, en premier lieu avec l'Assurance maladie, mais aussi à l'échelle des territoires de proximité.

Les questions sanitaires et médico-sociales s'imbriquent, en effet, avec les champs de l'action sociale, de l'éducation, de la jeunesse, de la famille, de la sécurité, de l'environnement, de l'alimentation, de l'emploi, de l'hébergement et du logement...

Que ce soit avec l'Assurance maladie, avec les services de l'Etat en région et dans les départements (Education nationale, DREETS, DREAL, DRAAF...), avec les collectivités territoriales (région, départements, EPCI, ville), avec les CAF, la PJJ, avec le monde associatif, les acteurs de l'économie sociale et solidaire, les représentants des usagers, des partenariats et/ou des contractualisations doivent être engagés dès lors que leurs compétences entrent en résonance avec celles de l'ARS. C'est un facteur décisif pour que s'instaurent des relations pérennes et de confiance entre les acteurs.

Différentes conventions existent et devront se poursuivre entre l'ARS et les acteurs régionaux tels que la Région, le Rectorat, les départements par exemple.

De manière plus fine, les projets de territoires des maisons de santé, des communautés professionnelles notamment et les contrats locaux de santé sont des outils essentiels pour déployer une politique partenariale autour des questions de santé et ce au plus près des besoins de la population.

4. LA TERRITORIALISATION ET L'ANIMATION DE NOTRE POLITIQUE DE SANTE : NOTRE CAPACITE D'AGIR EN PARTENARIAT ET EN PROXIMITE

La territorialisation vise à réduire les inégalités sociales et spatiales de santé. Le besoin de proximité de nos concitoyens renforce la nécessité de territorialiser les politiques de santé mais aussi l'intérêt de constituer un cadre opérationnel : le contrat local de santé

La territorialisation permet donc de décliner les politiques, nationale et régionale, en les adaptant aux spécificités et aux besoins de chaque territoire de proximité. Elle vise à créer des synergies entre l'ensemble des acteurs de la santé (institutionnels, élus, professionnels de santé, usagers...) ainsi que ceux du social et judiciaire.

La concertation renforcée en proximité notamment via les conseils territoriaux de santé constitue la seconde modalité de cette volonté d'être au plus près de nos concitoyens et d'écouter leurs attentes.

Les acteurs des territoires sont en capacité de se fédérer, de faire preuve d'imagination et de créativité pour apporter des réponses opérationnelles de qualité aux habitants au regard d'un contexte spécifique à chacun des territoires.

Dans ce cadre, l'ARS aura un rôle facilitateur et pourra apporter un soutien à ces initiatives de terrain. Dans de nombreux domaines, il s'agit de « faire faire » plutôt que de « faire » et d'accompagner nos partenaires dans l'émergence et la mise en œuvre d'actions de santé utiles à la collectivité.

5. LA MOBILISATION DE LA DEMOCRATIE EN SANTE, EN PARTICULIER LES REPRESENTANTS DES USAGERS, DANS UNE DEMARCHE DE CO-CONSTRUCTION ET DE PARTICIPATION CITOYENNE

Les instances officielles de démocratie en santé régionales et infra régionales (la Conférence régionale de santé et de l'autonomie – CRSA, et les 8 Conseils territoriaux de santé – CTS) permettent actuellement aux différents acteurs de formuler des avis sur la politique régionale de santé.

Toutefois, ces instances ne garantissent pas la participation directe des citoyens aux questions de santé. C'est pourquoi il est nécessaire d'aller plus loin dans le champ de la démocratie en santé et d'accompagner ce besoin de participation citoyenne en acculturant les professionnels et les institutions à cette dynamique de la participation, en accompagnant les usagers et leurs représentants dans leurs missions, en renforçant le pouvoir d'agir des citoyens et des patients, en améliorant la communication pour qu'elle soit accessible à tous, en proposant des nouveaux lieux de débats citoyens tout en développant les moyens d'agir des instances officielles.

C'est dans l'interaction entre instances représentatives et participation citoyenne que se jouera le progrès dans le champ de la démocratie en santé.

L'ARS doit attacher une importance croissante au rôle des citoyens en tant qu'acteurs et donc directement impliqués dans les choix individuels et collectifs. L'empowerment citoyen est primordial dans les évolutions nécessaires du système de santé.

Inclure et faire participer les populations à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet régional de santé notamment dans les territoires doit être un objectif pour élaborer une politique régionale de santé en adéquation avec les besoins.

6. UN PILOTAGE, UN SUIVI ET UNE EVALUATION RENFORCES DE NOTRE POLITIQUE REGIONALE DE SANTE

La politique régionale de santé est la somme des différentes politiques qui concourent à la santé portée par les acteurs institutionnels majeurs de la région. Elle résulte donc d'une dynamique collective dont le pilotage et le suivi sont partagés par chacun des acteurs en fonction de ses champs de compétence.

La généralisation de la contractualisation avec les collectivités locales (Contrats locaux de santé) et les opérateurs (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) garantira notamment un suivi précis et partagé de la mise en œuvre des politiques sectorielles et territoriales par le biais des indicateurs de réalisation définis dans ces contrats.

Le projet régional de santé (PRS) porté par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté tend à intégrer au maximum ces différentes politiques publiques visant à l'amélioration de la santé de nos concitoyens. Il fera, pour sa part, l'objet d'un suivi structuré qui permettra, si nécessaire, d'ajuster ses objectifs aux besoins et aux évolutions constatées sur le terrain, en lien constant avec ses partenaires.

La mise en place d'outils permettra de réaliser des bilans de mise en œuvre du SRS ou du PRS. Le pilotage du projet régional de santé au sein de l'agence sera, quant à lui, repensé. Un comité de pilotage du PRS sera mis en place.

ANNEXE : LISTE DES SIGLES DU PRS

<p>AAP : Appel à projet</p> <p>ACI : Accord conventionnel interprofessionnel</p> <p>ACT : Appartement de coordination thérapeutique</p> <p>ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie</p> <p>AIS : Agence de l'innovation en santé</p> <p>AIT : Accident ischémique transitoire</p> <p>ALD : Affections de longue durée</p> <p>AM : Assurance maladie</p> <p>AMP : Assistance médicale à la procréation</p> <p>ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.</p> <p>ANSP : Agence nationale de santé publique</p> <p>APA : Activité physique adaptée</p> <p>APL : Accessibilité potentielle localisée</p> <p>APS : Activité physique et sportive</p> <p>ARESPA : Association du réseau de santé, de proximité et d'appui</p> <p>ARML : Association régionale des missions locales</p> <p>ARS : Agence régionale de santé</p> <p>ASE : Aide sociale à l'enfance</p> <p>ASN : Agence de sûreté nucléaire</p> <p>ASP : Assistants Spécialiste à temps Partagé</p> <p>ATSU : Association de transporteurs sanitaires urgents</p> <p>AVC : Accident vasculaire cérébral</p> <p>BFC : Bourgogne-Franche-Comté</p> <p>C2DS : Comité pour le développement durable en santé</p> <p>CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues</p> <p>CAF : Caisse d'allocations familiales</p> <p>CAR : Comité de l'administration régionale</p> <p>CAMSP : Centre d'action médico-social précoce</p> <p>CAQES : Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins</p> <p>CARSAT : Caisse régionale d'assurance retraite et de santé au travail</p> <p>CASF : Code de l'action sociale et des familles</p> <p>CCAM : Classification commune des actes médicaux,</p> <p>CCAS : Centre communal d'action sociale</p> <p>CD : Conseils départementaux</p> <p>CDCA : Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie</p> <p>CDS : Centre de santé</p> <p>CDU : Commission des usagers</p> <p>CES : Centre d'examen de santé</p> <p>CESP : Contrat d'engagement de service public</p> <p>CESU : Centre d'enseignement des soins d'urgence</p> <p>CGFL : Centre Georges François Leclerc</p> <p>CH : Centre hospitalier</p> <p>CHS : Centre hospitalier spécialisé</p> <p>CHU : Centre hospitalier universitaire</p> <p>CI : Conditions d'implantation</p> <p>CIC : Centre d'investigation clinique</p> <p>CJC : Consultation Jeunes Consommateurs</p>	<p>CLACT : Contrat local d'amélioration des conditions de travail</p> <p>CLS : Contrat local de santé</p> <p>CMP : centre médico-psychologique</p> <p>CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique</p> <p>CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie et des travailleurs salariés</p> <p>CNR : Conseil national de la refondation</p> <p>CODAMUPS-TS : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires</p> <p>COG : Convention d'objectifs et de gestion</p> <p>COMET : Coordination multipartenariale pour l'éducation thérapeutique</p> <p>COS : Cadre d'orientation stratégique</p> <p>CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie</p> <p>CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale</p> <p>CPIAS : Centre de prévention des infections associées aux soins</p> <p>CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens</p> <p>CPS : Compétences psycho-sociales</p> <p>CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé</p> <p>CRATB : Centre régional en antibiothérapie</p> <p>CRRA : Centre de réception et de régulation des appels</p> <p>CSDU : Commission spécialisée des usagers</p> <p>CR : Conseil régional</p> <p>CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie</p> <p>CSMS : Commission spécialisée médico-sociale</p> <p>CNSP : Centre de soins non programmés</p> <p>CRMIR : Centre de référence maladies rares</p> <p>CSO : Centre spécialisé obésité</p> <p>CSP : Code de la santé publique</p> <p>CSP : Commission spécialisée prévention</p> <p>CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie</p> <p>CSOS : Commission spécialisée de l'organisation des soins</p> <p>CSS : Complémentaire santé solidaire</p> <p>CTS : Conseil territorial de santé</p> <p>CTF : Conditions techniques de fonctionnement</p> <p>CVS : Commission de la vie sociale</p> <p>DAC : Dispositif d'appui à la coordination</p> <p>DAF : Dotation annuelle de financement</p> <p>DCC : Dossier communiquant en cancérologie</p> <p>DEETS-PP : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités-protection des populations</p> <p>DES : Diplôme d'études spécialisées</p> <p>DGS : Direction générale de la santé</p> <p>DIM : Département d'information médicale</p> <p>DMS : Durée moyenne de séjour</p> <p>DMP : Dossier médical partagé</p> <p>DPN : Diagnostic prénatal</p> <p>DRAAF : Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt</p> <p>DRAJES : Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports</p>
---	---

<p>DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement</p> <p>DREETS : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités</p> <p>DSR : Dispositif spécifique régional</p> <p>ECN : Epreuves classantes nationales</p> <p>EFS : Etablissement français du sang</p> <p>EHESP : Ecole des hautes études en santé publique</p> <p>EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</p> <p>EIG : Evènement indésirable grave</p> <p>IGS : Evènements indésirables graves associés à des soins</p> <p>EMG : Equipe mobile de gériatrie</p> <p>EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité</p> <p>EMAS : Equipe mobiles d'appui médico-social à la scolarisation</p> <p>EMS : Espace mobile santé</p> <p>EMSP : Equipe mobile en soins palliatifs,</p> <p>EN : Education nationale</p> <p>EPP : Entretien prénatal précoce</p> <p>EPP : Evaluation des pratiques professionnelles</p> <p>EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale</p> <p>ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail</p> <p>ESSIP : Equipe spécialisée soins infirmiers précarité</p> <p>ESMS : Etablissement ou service médico-social</p> <p>EMSP : Equipe mobile santé précarité</p> <p>ESP : Equipe de soins primaires</p> <p>ETP : Education thérapeutique du patient</p> <p>eTICSS : eTerritoire Innovant Coordonné Santé Social</p> <p>EVC-EPR : Etat végétatif chronique ou état pauci-relationnel</p> <p>DITEP : Dispositif institut thérapeutique éducatifs et pédagogique</p> <p>FAS : Fédération des acteurs de la solidarité</p> <p>FEMASCO : Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné</p> <p>FIR : Fonds d'intervention régional</p> <p>FLCA : Fonds de lutte contre les addictions</p> <p>FNES : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé</p> <p>GCSMS : groupement de coopération sanitaire et médico-social</p> <p>GEM : Groupe d'entraide mutuelle</p> <p>GHT : Groupement hospitalier de territoire</p> <p>GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences</p> <p>GPEPP : Gestion prévisionnelle des emplois et des parcours professionnels</p> <p>GRADEs : Groupement régional d'appui au développement de la e-santé</p> <p>GRSE : Groupe régional santé environnement</p> <p>HAD : Hospitalisation à domicile</p> <p>HAS : Haute autorité de santé</p> <p>HC : Hospitalisation complète</p> <p>HCSP : Haut conseil de santé publique</p> <p>HDJ : Hôpital de jour</p> <p>HPST : Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires</p>	<p>HPV : Human Papilloma Virus</p> <p>HTA : Hypertension artérielle</p> <p>IAS : Infection associée aux soins</p> <p>IBODE : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat</p> <p>ICAPS : Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité</p> <p>ICOPE : Programme Integrated care for older people</p> <p>IDE : Infirmier diplômé d'Etat</p> <p>IFAS : Institut de formation d'aides-soignants</p> <p>IFAQ : Incitation financière à l'amélioration de la qualité</p> <p>IFSI : Institut de formation en soins infirmiers</p> <p>IGAS : Inspection générale des affaires sociales</p> <p>IME : Institut médico-éducatif</p> <p>INRAE : Institut national de la recherche pour l'agriculture, l'alimentation et environnement</p> <p>INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques</p> <p>IPDS : Institut pour la démocratie en santé</p> <p>IPA : Infirmier en pratique avancée</p> <p>IPDMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour</p> <p>IQSS : Indicateur de qualité et de sécurité des soins</p> <p>IRAPS : Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins</p> <p>IRCT : Insuffisance rénale chronique terminale</p> <p>IREPS : Instance régionale d'éducation et de la promotion de la santé</p> <p>IST : Infection sexuellement transmissible</p> <p>ISTS : Inégalité sociale et territoriale de santé</p> <p>IVG : Interruption volontaire de grossesse</p> <p>LAM : Lit d'accueil médicalisé</p> <p>LBM : Laboratoire de biologie médicale</p> <p>LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale</p> <p>LHSS : Lit halte soins santé</p> <p>LISP : Lit identifié soins palliatifs</p> <p>MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie</p> <p>MAS : Maison d'accueil spécialisée</p> <p>MES : Mon espace santé</p> <p>MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique</p> <p>MDO : Maladie à déclaration obligatoire</p> <p>MDPH : Maison départementale des personnes handicapées</p> <p>MIGAC : Mission d'intérêt général d'aide à la contractualisation</p> <p>MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives</p> <p>MLAC : Médiateurs de lutte anti-COVID</p> <p>MNE : Maladie neuro-évolutive</p> <p>MSP : Maison de santé pluri-professionnelle</p> <p>MSA : Mutualité sociale agricole</p> <p>MSAP : Mise Sous accord préalable</p> <p>MSS : Maison sport-santé</p> <p>MSS : Messagerie sécurisée de santé</p> <p>MTI : Médicament de thérapie innovante</p> <p>OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique</p> <p>OMS : Organisation mondiale de la santé</p>
---	--

<p>ONDAM : Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie</p> <p>OQOS : Objectif quantitatif de l'offre de soins</p> <p>OPCO : Opérateur de compétences</p> <p>ORS : Observatoire régional de santé</p> <p>ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles</p> <p>ORSEC : Organisation de la réponse de sécurité civile</p> <p>PA : Personnes âgées</p> <p>PADHUE : Praticien à diplôme hors union européenne</p> <p>PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (programme)</p> <p>PAPRAPS : Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins</p> <p>PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés</p> <p>PASS : Permanence d'accès aux soins de santé</p> <p>PASS : Parcours d'accompagnement sportif pour la santé</p> <p>PAT : Programme alimentaire territorial</p> <p>PCO : Plateforme de coordination et d'orientation</p> <p>PCPE : Pôle de compétences et prestations externalisées</p> <p>PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse</p> <p>PDSA : Permanence des soins ambulatoires</p> <p>PDES : Permanence des soins en établissement de santé</p> <p>PETR : Pôle d'équilibre territorial et rural</p> <p>PFR : Plateforme de répit et de soutien</p> <p>PH : Praticien hospitalier</p> <p>PHARE : Programme performance hospitalière pour des achats responsables</p> <p>PMND : Plan maladies neuro-dégénératives</p> <p>PMI : Protection maternelle et infantile</p> <p>PMP : Projet médical partagé</p> <p>PMSI : Programme médicalisé du système d'information</p> <p>PNNS : Programme national nutrition santé</p> <p>PNSE : Plan national santé environnement</p> <p>PPS : Prévention et promotion de la santé</p> <p>PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile</p> <p>PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies</p> <p>PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie</p> <p>PRM : Politique régionale du médicament et des produits de santé</p> <p>PRS : Projet régional de santé</p> <p>PRSE : Plan régional santé environnement</p> <p>PS : Professionnel de santé</p> <p>PSJ : Pass'santé jeunes</p> <p>PTMG : Praticien territorial de médecine générale</p> <p>PTS : Pratique thérapeutique spécifiques</p> <p>PTSM : Projet territorial de santé mentale</p> <p>QVT : Qualité de vie au travail</p> <p>RAAC : Récupération améliorée après chirurgie</p> <p>RRAPPS : Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé</p> <p>RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire</p> <p>REPPOP : Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique)</p>	<p>REQUA : Réseau qualité</p> <p>RESET : Réseau des établissements de santé en transition</p> <p>RG : Régime général</p> <p>RIV : Radiothérapie interne vectorisée</p> <p>RREVA : Réseau régional de vigilance et d'appui</p> <p>ROR : Répertoire opérationnel des ressources</p> <p>RSS : Réseau sport-santé</p> <p>RU : Représentant des usagers</p> <p>SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés</p> <p>SAMU : Service d'aide médicale urgente</p> <p>SAS : Service d'accès aux soins</p> <p>SC : Soins critiques</p> <p>SCA : Syndrome coronarien aigu</p> <p>SDIS : Service départemental d'incendie et de secours</p> <p>SESSAD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile</p> <p>SDIS : Service départemental d'incendie et de secours</p> <p>SFP : Soutien aux familles et à la parentalité</p> <p>SI : Système d'information</p> <p>SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation</p> <p>SID : Système d'information décisionnel</p> <p>SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation</p> <p>SMR : Soins médicaux et de réadaptation</p> <p>SMS : Structure médicosociale</p> <p>SNIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie</p> <p>SNS : Stratégie nationale de santé</p> <p>SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile</p> <p>SPF : Santé publique France</p> <p>SSAD : Service de soins à domicile</p> <p>SSE : Situation sanitaire exceptionnelle</p> <p>SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile</p> <p>SSR : Soins de suite et de réadaptation</p> <p>SU : Service d'urgence</p> <p>SUP : Service d'urgence pédiatrique</p> <p>SUN-ES : Ségur usage numérique en établissement de santé</p> <p>UNAASS : Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé</p> <p>UNV : Unité neuro-vasculaire</p> <p>URPS : Union régionale des professionnels de santé</p> <p>USIC : Unité de soins intensifs cardiologiques</p> <p>USINV : Unité de soins intensifs neuro-vasculaires</p> <p>USC : Unité de soins continus</p> <p>UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée)</p> <p>USLD : Unité de soins de longue durée</p> <p>USP : Unité de soins palliatifs</p> <p>UTE : Unité transversale d'éducation thérapeutique</p> <p>TCA : Trouble du comportement alimentaire</p> <p>TEMP : Tomoscintigraphie par émission monophotonique</p> <p>TEP : Tomographie à émission de positons</p> <p>TND : Troubles du neuro-développement</p> <p>TSU : Transports sanitaires urgents</p> <p>VAE : Validation des acquis par l'expérience</p> <p>VIH : virus de l'immunodéficience humaine</p>
--	--



Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028

**Programme régional d'accès à la prévention et
aux soins des personnes les plus démunies**

PRAPS 2023 - 2028

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	3
1. ELEMENTS CLES POUR LA REVISION DU PRAPS	5
1.1 Eléments du bilan du PRAPS 2018-2023	5
1.2 Points de rupture	12
1.3 Eléments de diagnostic	15
2. PUBLICS PRIORITAIRES.....	18
3. RENFORCEMENT DE LA STRATEGIE DE PREVENTION ET DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.....	20
3.1 NOUVELLE GOUVERNANCE.....	20
3.1.1 Collectif partenarial.....	21
3.1.2 Articulation avec les parcours et les autres projets de l'agence	26
3.1.3 Territorialisation.....	26
4. PLACE DE LA PERSONNE AU SEIN DE LA STRATEGIE.....	28
5. STRATEGIE OPERATIONNELLE DU PRAPS 2023-2028.....	29
5.1 AXE 1 : PLACE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE ET RENFORCEMENT DES COMPETENCES ET CONNAISSANCES DES DIFFERENTS ACTEURS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LEUR SANTE	29
5.1.1 Démocratie sanitaire.....	29
5.1.2 Pair Aidance	29
5.1.3 Interprétariat en santé.....	30
5.1.4 Montée en compétence des acteurs œuvrant dans le champ de la précarité.....	32
5.2 AXE 2 : ADAPTATION ET PERSONNALISATION DES REPONSES D'ACCES A L'OFFRE DE PREVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT VERS LA SANTE	33
5.2.1 Espace mobile de santé.....	33
5.2.2 Médiation en santé	34
5.2.3 Promotion des bonnes pratiques en matière d'hygiène dans les structures d'accueil des personnes migrantes	35
5.2.4 Dépistage des pathologies chroniques au sein des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion	36
5.2.5 Rendez-vous santé migrant.....	36
5.3 AXE 3 : DIVERSIFICATION ET DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE ET SANITAIRE.....	38
5.3.1 Consolidation de l'offre médico-sociale population à difficulté spécifique (SMS PDS) avec hébergement.....	38
5.3.2 Développement de l'offre « aller vers » médico-sociale	39
5.3.3 Renforcement de la mission des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	40
5.3.4 Renforcement des équipes mobiles psychiatrie précarité	41
6. LES MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES.....	43
7. LES MODALITES D'EVALUATION DU PRAPS.....	45

PREAMBULE

La crise de la Covid-19 a mis en exergue le cumul des inégalités sociales face à une crise sanitaire avec :

- Les risques d'exposition de certaines populations à la précarisation, la pauvreté et l'exclusion sociale ;
- La prévalence plus importante de certaines pathologies chroniques dans les territoires défavorisés ;
- Les différences de prise en charge.

Dès lors, le parcours santé des personnes en situation de précarité doit être conforté par un renforcement collectif de la lutte contre les inégalités sociales de santé, la poursuite de la prise en compte de la parole de ces personnes et le déploiement de « l'aller vers » qui permettra de répondre au mieux à leurs besoins dans la proximité.

Ce parcours a été décliné au travers du PRAPS Bourgogne-Franche-Comté 2018-2023 avec pour ambition de faire reculer les inégalités de santé en relation avec les risques d'exposition de certaines populations. Le bilan d'actions spécifiques mises en œuvre dans le cadre de ce programme montre bien les efforts réalisés notamment pour améliorer, sur notre territoire régional, l'accompagnement des plus démunis vers l'accès aux droits et aux soins mais également vers la prévention et l'éducation à la santé. Le PRAPS était également un outil complémentaire de la déclinaison des autres politiques publiques : plan national « Priorité Prévention », pour développer une politique de promotion de la santé et de prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie, stratégie « Ma Santé 2022 », feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » ainsi que de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

La mesure 27 issue du Ségur de la santé soutient la synergie partenariale et les efforts engagés sur les territoires dans le cadre de la réduction et de la lutte contre ces inégalités de santé. Cette dernière donne ainsi la possibilité aux ARS de renforcer la gouvernance stratégique pour la réduction de ces inégalités en étendant le réseau des acteurs qui travailleront ensemble sur des actions communes.

Cette nouvelle gouvernance, tant à l'échelon régional qu'à l'échelon territorial, contribuera à l'efficacité du parcours santé des personnes en situation de précarité sur notre territoire.

Le PRAPS a, quant à lui, été revisité en s'appuyant sur des éléments clés du bilan du PRAPS 2018-2023 et de diagnostic.

Il s'inscrit également en cohérence avec les axes de la stratégie pauvreté portée par le gouvernement. La levée des freins « santé » en matière d'insertion par l'emploi ou encore la prévention de la bascule vers la pauvreté sont notamment autant de mesures qui doivent s'articuler avec l'esprit et les actions du PRAPS.

Il s'articule autour de trois axes auxquels seront rattachées des actions spécifiques prioritaires :

- ⇒ **Axe 1 : Place des personnes en situation de précarité au sein de notre système de santé et renforcement des compétences et connaissances des différents acteurs pour une meilleure prise en compte de leur santé.**
- ⇒ **Axe 2 : Adaptation et personnalisation des réponses d'accès à l'offre de prévention et accompagnement vers la santé.**
- ⇒ **Axe 3 : Diversification et développement de l'offre médico-sociale et sanitaire pour les personnes les plus fragiles socialement/éloignées du système de santé/exclues.**

Il est fondé sur quatre principes majeurs, à savoir :

- La conception d'une stratégie partagée avec les différents acteurs, tant à l'échelon régional que territorial, dans une recherche de complémentarité et de cohérence entre nos missions, plans, programmes et dispositifs réciproques ;
- La prise en compte de la parole de l'utilisateur ;
- L'approche globale de la santé des publics les plus fragiles d'entre nous ;
- La priorisation d'interventions et le développement d'une offre médico-sociale permettant de répondre aux besoins des plus fragiles d'entre nous en allant au-devant et au plus près d'eux et au plus près de leur lieu de vie et fondées sur une approche globale de leur santé.

1. ELEMENTS CLES POUR LA REVISION DU PRAPS

1.1 Eléments du bilan du PRAPS 2018-2023

Malgré la crise sanitaire survenue début 2020, avec un premier confinement strict lors de la 1^{ère} vague de l'épidémie et un deuxième confinement, les actions et dispositifs mis en œuvre dans le cadre du PRAPS ont continué à se développer en s'adaptant au contexte sanitaire et aux nouveaux besoins générés par la crise. Quelques exemples ci-après en sont l'illustration.

Maintenir la place des usagers au cœur du PRAPS

Afin de développer la place des usagers au sein du PRAPS, l'ARS s'est appuyée sur deux opérateurs régionaux : la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) et l'Instance Régionale d'Education et de la Promotion de la Santé (IREPS).

Des représentants du Conseil Régional des Personnes Accueillies ou accompagnées ont été associés aux travaux du PRAPS et ont participé aux instances et commissions d'appels à projet. La FAS sensibilise et forme ces personnes sur le fonctionnement des institutions, des politiques publiques et des missions des différents acteurs afin de faciliter leur compréhension des enjeux et leur participation effective aux instances et groupes. La pair-aidance est une démarche dans laquelle une personne concernée par un parcours de vie difficile (expérience d'addiction, parcours locatif précaire, problématiques de santé mentale, etc.), et ayant mis ses difficultés à distance, choisit d'utiliser cette expérience personnelle pour aider des personnes rencontrant à leur tour des épreuves de vie similaires. Depuis 2019, le PRAPS BFC soutient la formation à la médiation pair dispensée par la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) afin de conforter la place de la personne au sein de ce programme et le déploiement de la médiation pair dans les pratiques d'intervention auprès des publics en difficulté.

Dans le cadre de son plan d'actions précarité contribuant à la mise en œuvre du PRAPS, l'IREPS propose un accompagnement sur mesure. Ce dernier intègre les modalités de mobilisation des publics aux actions qui les concernent.

Dispenser une information lisible et accessible aux personnes en situation de précarité

L'IREPS avec l'appui de la FAS et en concertation avec les acteurs du champ social a élaboré des documents permettant une communication simple et compréhensible sur la Covid à destination des personnes en situation de grande précarité.

☞ **Renforcer les compétences et les connaissances des acteurs pour une meilleure prise en compte de la santé des personnes en situation de précarité**

L'accompagnement « sur mesure » des acteurs par l'IREPS pour la construction d'actions santé destinées aux personnes en situation de précarité s'appuie sur différentes stratégies d'intervention en promotion de la santé afin d'agir sur un grand nombre de déterminants. Il vise à favoriser les échanges entre les professionnels, renforcer les compétences, l'interconnaissance et la mise en réseau autour des parcours des personnes.

Dans chaque département, cet accompagnement a pu recouvrir différents types d'activités qui parfois se combinaient selon les besoins des acteurs. Ces actions ont été d'une part, plus ciblées territorialement avec la priorisation d'acteurs et d'autre part, la thématique santé prévention Covid a été depuis 2020 au cœur des préoccupations des acteurs.

☞ **Adapter et personnaliser les réponses d'accès à l'offre de prévention et d'accompagnement vers la santé**

- **L'Espace mobile santé**

L'espace mobile santé (EMS) a pour vocation de s'installer dans des territoires et communes ciblés au regard de critères socio-économiques et sanitaires préalablement définis. Il s'installe en deux demi-journées, de 3 heures chacune, organisées à 15 jours d'intervalle. La première demi-journée a pour objectif de faciliter l'accès aux droits de santé par l'information, l'étude des situations individuelles et l'accompagnement à l'ouverture des droits. La deuxième demi-journée a pour objectif de permettre aux personnes de réaliser un bilan de santé à travers une consultation médicale de prévention. Au cours des deux demi-journées, un espace prévention et promotion de la santé est organisé afin de sensibiliser, informer, accompagner et orienter les personnes sur différentes thématiques de santé. Il s'appuie sur un partenariat volontariste entre acteurs institutionnels, associatifs, collectivités territoriales, professionnels du champ sanitaire, social, médico-social et usagers. Il a été expérimenté sur le Territoire de Belfort dès 2018 et son déploiement se poursuit sur la base d'un guide, réalisé en 2020, pour accompagner l'analyse de l'applicabilité du dispositif sur d'autres territoires.

- **La médiation sanitaire auprès des gens du Voyage**

Ce projet a été travaillé, au cours du dernier semestre 2019, avec l'association Gadjé qui intervient auprès des Gens du Voyage sur les départements franc-comtois. Elle a débuté, malgré la crise Covid, en 2020. Des permanences santé ont été mises en place au sein d'antennes de l'association. Par ailleurs, l'association est intervenue sur les différentes aires et lieux de stationnement ou de vie de Franche-Comté. Avec l'arrivée de la Covid, la médiation sanitaire s'est principalement axée sur l'accès à l'information sur les gestes barrières, les réponses à apporter aux inquiétudes et questionnements des familles rencontrées et également sur les conditions de vie afin de faciliter le respect des règles lors des périodes de confinement. En 2021, la médiation sanitaire a largement contribué à la gestion des clusters dans les aires de la Franche-Comté, facilitant ainsi le travail des CDI et l'intervention des Médiateurs de Lutte Anti-COVID (MLAC).

- **La promotion des bonnes pratiques en matière d'hygiène dans les structures d'accueil et d'hébergement pour migrants**

Ce projet, initié au second semestre 2019, a été mis en œuvre en 2020 pour les structures d'accueil et d'hébergement pour migrants de l'Yonne. Les journées de formation destinées aux professionnels de ces structures initialement prévues en mars et avril 2020 ont été reportées, en raison du confinement de la première vague, et se sont déroulées en présentiel et dans le respect des consignes sanitaires en vigueur en septembre 2020. A l'issue de cette formation il a été proposé aux professionnels bénéficiaires un accompagnement à la mise en place de stratégies en promotion de la santé, la mise à disposition de ressources d'information pédagogiques et une formation à leur utilisation. Cette action répliquable pour les structures d'accueil et d'hébergement pour migrants de BFC a débuté en 2022 sur les autres départements.

- **Le réseau régional de prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes de 16 à 25 ans accueillis en mission locale**

Ce réseau porté par l'association régionale des missions locales (ARML) et soutenu dans le cadre du PRAPS vise à prendre en compte la souffrance psychosociale de ces jeunes pour lever le frein qu'elle constitue à la réalisation de leur parcours vers l'emploi et la formation. Ce projet comprend une seule action qui est la mobilisation de prestataires spécialisés (psychologues cliniciens) intervenants de façon intégrée au sein des locaux des 20 missions locales parties prenantes de ce projet. L'objectif est d'intervenir directement auprès des jeunes afin d'aider à lever les freins périphériques en matière de santé mentale pouvant retarder ou bloquer leurs parcours d'accompagnement vers l'insertion professionnelle. Les bénéficiaires sont orientés par les conseillers en insertion vers le psychologue prestataire. Les modalités d'intervention des psychologues prestataires prennent notamment la forme :

- D'entretiens individuels avec les jeunes bénéficiaires ;
- D'ateliers collectifs avec les jeunes bénéficiaires ;
- D'entretiens individuels avec les conseillers de la Mission Locale dans le cadre de l'orientation et de l'accompagnement des bénéficiaires ;
- D'entretiens avec des partenaires extérieurs à condition que ceux-ci soient liés directement à l'orientation et aux situations des jeunes bénéficiaires de l'action pour un passage de relais vers le droit commun en santé mentale.

☞ ***Enrichir et diversifier l'offre sanitaire et médico-sociale pour permettre aux personnes les plus fragiles socialement/exclues de bénéficier d'une prise en soins et d'une continuité de ces derniers***

- **Dans le champ sanitaire**

Les permanences d'accès aux soins de santé :

La Bourgogne-Franche-Comté compte 17 sites de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) généralistes. Bien que ces PASS permettaient l'accès aux soins des personnes qu'elles accueillent, en 2018 sept sites ne disposaient pas d'un temps médical « attitré ». Fin 2022, seuls 3 sites ne disposent pas de temps médical. Parallèlement, la coordination régionale des PASS de BFC a été renforcée. Elle s'est mobilisée pendant la crise Covid en élaborant une procédure permettant aux structures sociales confrontées à des clusters de faire appel à elle pour un appui méthodologique et pour fournir des conseils. Un annuaire des PASS de BFC a été réalisé et mis à jour régulièrement.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité :

La Bourgogne-Franche-Comté disposait en 2018 de 7 équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Une 8ème EMPP a été créée en 2020 et des travaux sont engagés pour la création d'une 9ème EMPP notamment pour desservir le Nord Franche-Comté. Parallèlement, 5 EMPP existantes ont été renforcées en moyens humains en prenant en compte leurs moyens financiers, le nombre de places du champ social présentes sur leurs territoires respectifs, le bilan réalisé depuis leur création et leur projet.

L'expérimentation article 51 SEC (structure d'exercice coordonnée) participative :

Le pacte des solidarités en cours de concertation prévoit le déploiement d'une centaine de maisons de santé participatives supplémentaires à l'échelle nationale.

Les centres et maisons de santé « participatifs » (également appelés « communautaires ») visent à offrir une prise en charge sanitaire et sociale en ville de premier recours, tournée vers les besoins de leurs usagers et généralement implantés dans des territoires défavorisés. Cette prise en charge est particulièrement adaptée aux populations précaires ou éloignées du soin car fondée sur un accompagnement médico-psychosocial assuré par une équipe pluri-professionnelle, associant notamment des médecins généralistes et auxiliaires médicaux, des psychologues, des agents d'accueil, des médiateurs en santé et des interprètes professionnels. Ces professionnels font participer les usagers au projet de santé de la structure, en visant à les rendre acteurs de leur propre santé. Un appel à candidatures, clôturé le 21 octobre 2021, a été lancé par le ministère chargé des solidarités pour sélectionner des candidats volontaires pour expérimenter durant une période de 2 ans un modèle économique pour une vingtaine de structures (dont six admises d'office dans l'expérimentation). L'objectif est d'intégrer ce modèle dans le droit commun selon des paramètres financiers susceptibles d'évoluer en fonction des résultats observés et d'inscrire ainsi la santé communautaire dans un modèle économique pérenne et soutenable. La candidature du Centre de Santé Léon Blum de Belfort a été retenue par le ministère chargé des solidarités.

Le projet Eros « Ecoute-Régulation-Orientation Sociale » :

Ce projet innovant et expérimental d'une durée de 3 ans a été co-construit par le service social des patients du CHU de Dijon et le service intégré d'accueil et d'orientation de la Côte d'Or (SIAO 21). Il couvre le territoire du groupement hospitalier de territoire 21-52 (GHT). L'expérimentation a débuté en janvier 2022. Elle doit permettre au centre de réception et de régulation des appels (CRRA) :

- De prendre en compte les publics vulnérables relevant d'une problématique sociale et/ou médicosociale (prévention, anticipation, relais social et organisation des hospitalisations) ;
 - D'inscrire le secteur pré hospitalier et hospitalier du département dans une dimension de prévention en appui au Service d'Accès aux Soins (SAS) et ses différentes filières de régulation : Médecine d'Urgence, Médecine Générale, Vigilans, hotline gériatrique, psychiatrie et médecine non urgente (Prévention des hospitalisations, des ré-hospitalisations et des ruptures de soins) ;
 - De coordonner la prise en charge entre les différents acteurs de la santé, prestataires à domicile et du champ sanitaire et social pour ces publics spécifiques (grande précarité, secteur Accueil, Hébergement, Insertion (AHI), handicap, personnes âgées vulnérables etc.).
- **Dans le champ médico-social des populations à difficultés spécifiques**

Le réseau régional des structures médicosociales pour populations à difficultés spécifiques (SMS PDS) instauré et animé par l'ARS a été un réel atout pour une répartition équitable de l'offre, des autorisations et ouvertures rapides des places avec une forte implication et dynamique des gestionnaires.

Les appartements de coordination thérapeutique classiques (ACT) :

Depuis 2010, la région Bourgogne-Franche-Comté poursuit sa dynamique dans le cadre de l'optimisation du maillage territorial.

Début 2018, la région disposait de 49 places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) et fin 2022 de 128 places réparties dans tous les départements. A noter que parmi ces places, certaines peuvent être dédiées aux personnes sous-main de justice non incarcérées/sortantes de prison et d'autres à l'accueil d'enfants, nécessitant un accompagnement pédiatrique, et à leur famille.

Les ACT répondent à des situations complexes sanitaires et sociales qui nécessitent un accompagnement pluridisciplinaire. Le bilan national réalisé en 2020 par la Fédération Santé et Habitat précise que la proportion de personnes accueillies âgées de plus de 45 ans est la plus élevée en BFC (75,0%), et que les maladies neurologiques dégénératives sont la pathologie avec la plus forte prévalence soit 25%.

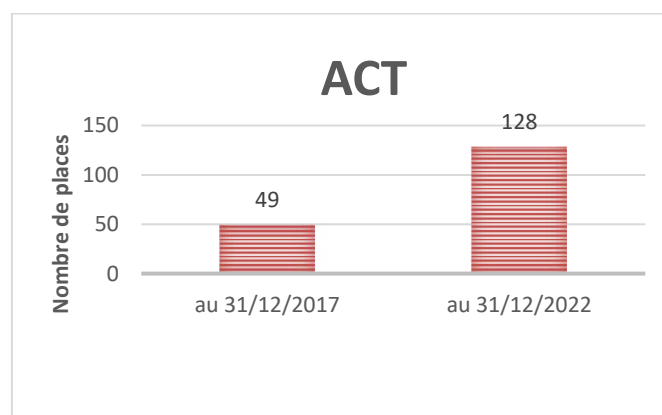


Figure 1 : évolution du nombre d'appartements de coordination thérapeutique

La Direction Générale de la Santé (DGS) travaille actuellement, en étroite concertation avec la Fédération Santé Habitat et des ARS, dont l'ARS BFC, à la révision de la trame du rapport d'activité des ACT. Cette nouvelle trame est attendue pour le 1^{er} semestre 2023 et intégrera également l'activité des ACT hors les murs.

Le dispositif « Un chez soi-d'abord »:

Début 2018, la BFC ne disposait pas de dispositif Un chez soi d'abord (UCSD). Fin 2022, elle dispose d'un UCSD métropole : 110 places au sein de Dijon métropole et d'un UCSD ville intermédiaire doté de 55 places à Besançon. Une expérimentation a débuté sur Dijon pour 6 places UCSD jeunes portée par le groupement de coopération sanitaire et médico-social (GCSMS) UCSD Dijon métropole. Cette même expérimentation débutera en 2023 sur Besançon portée par le GCSMS Besançon ville intermédiaire.

Les lits halte soins santé avec hébergement (LHSS):

Début 2018, la région disposait de 36 lits haltes soins santé (LHSS). Fin 2022, leur nombre atteint 92 lits. Fin 2018, 5 départements ne disposaient pas de cette offre (89, 58, 39, 70, 90) alors que fin 2022, seul le département du Territoire de Belfort n'a pas encore de places ouvertes. Les 6 places autorisées dans ce département ouvriront au second semestre 2023.

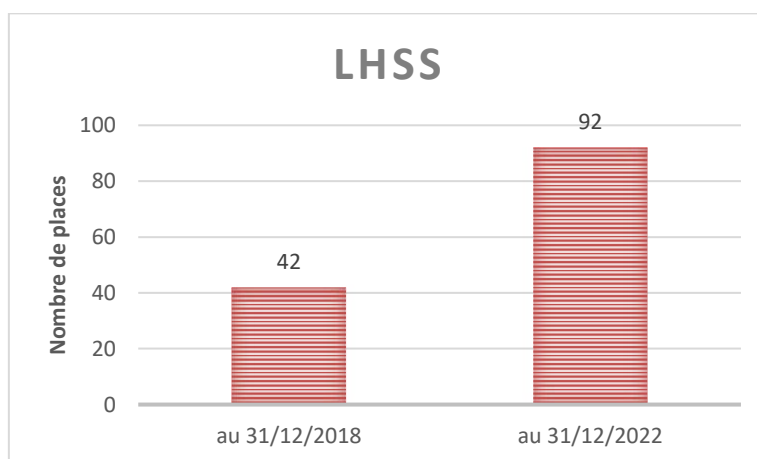


Figure 2 : évolution du nombre de lits halte soins santé

La monographie réalisée par le cabinet Planète publique à la demande de l'ARS en octobre 2022 met en exergue les points ci-après (cf le rapport d'évaluation du PRS Bourgogne-Franche-Comté sur le site Internet de l'ARS¹ et la fiche Evaluation du SRS 2018-2023 et du PRAPS 2018-2023 – Principaux enseignements et recommandations du Préambule du SRS 2023-2028).

¹ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/evaluation-du-prs-bourgogne-franche-comte>

Concernant les publics accueillis au sein des LHSS :

- Les publics bénéficiaires des LHSS sont issus pour plus de la moitié d'établissements de santé (services sociaux des CH et PASS) ; le passage à l'hôpital étant souvent déclencheur de la mise en place d'un parcours d'accompagnement en santé ;
- Le public des LHSS est généralement masculin avec un besoin de soin à la suite d'une hospitalisation, associé à une polypathologie et parfois des troubles psychiatriques. Le public accueilli en LHSS est très varié en termes de pathologies et donc de besoins de soins et d'accompagnement social, nécessitant ainsi une adaptabilité de l'équipe et le développement d'une offre LHSS complète ;
- Les acteurs notent une augmentation des dossiers pour des profils de plus en plus complexes, alliant besoins de soins et polypathologies, voire troubles psychiatriques.

Concernant la réponse apportée par les LHSS :

- Les évolutions et le développement de l'offre LHSS est pertinente et satisfaisante et elle apporte une réponse aux besoins identifiés sur le territoire. En effet, cette offre sanitaire et sociale apporte les soins nécessaires, un lieu de repos et un accompagnement (actualisation des droits, accompagnement vers plus d'autonomie, projet de soin et construction d'un parcours de suite) ;
- Dans la majorité des cas observés, les personnes accueillies se voient proposer une solution d'hébergement à la suite de leur passage. Les profils qui posent des difficultés en termes d'orientation par la suite sont ceux sans droits ouverts ou avec des maladies psychiatriques lourdes ;
- Des freins se présentent à l'orientation en sortie, tels que l'offre limitée dans les départements (par exemple, un nombre de places en LAM limité), la durée jugée parfois insuffisante des séjours en LHSS au regard des pathologies et les situations complexes des personnes pour construire un projet de sortie.

Les lits d'accueil médicalisés (LAM) :

Début 2018, la région ne disposait pas de places de lits d'accueil médicalisés (LAM). Fin 2022, 20 places sont ouvertes sur le site de Montceau les Mines et 15 nouvelles places ouvriront fin 2023 sur Dijon. Par ailleurs, un appel à manifestation d'intérêt sera lancé, premier semestre 2023, pour la création de 14 places ciblant le territoire franc-comtois.

L'offre d'aller vers pour les personnes les plus éloignées de l'offre de droit commun :

Le décret N° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits halte soins santé » « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique » a ouvert de nouvelles modalités de prise en charge s'inscrivant dans une approche « d'aller-vers ». L'ARS BFC a anticipé, dans le cadre du réseau régional SMS PDS, ces nouvelles modalités donnant ainsi la possibilité aux gestionnaires d'ACT classiques et de LHSS avec hébergement de proposer une offre « d'aller-vers » médico-sociale.

- La mission complémentaire des ACT classiques : les places ACT hors les murs

En 2019, la BFC a débuté l'expérimentation de 10 places ACT hors les murs : 5 en Haute-Saône et 5 dans la Nièvre. Ces dernières ont été pérennisées fin 2021. Fin 2022, la BFC dispose de 74 places ACT hors les murs. L'ensemble des gestionnaires d'ACT classiques (hormis un gestionnaire) de BFC ont souhaité développer ces nouvelles modalités de prise en charge.

- La mission facultative des LHSS avec hébergement : le LHSS mobile

L'outil « d'aller vers » est une réponse attendue et adaptée aux besoins. Ce travail a permis de doter en 2021 tous les sites LHSS avec hébergement ouverts sur notre région, leur offrant ainsi la possibilité de déployer cette mission facultative. La monographie précitée souligne aussi que cette offre « d'aller-vers », en développement, est jugée très pertinente car en complément des LHSS avec hébergement.

En BFC, 10 équipes LHSS mobiles ont ainsi été financées. Puis en 2023, l'ARS BFC a renforcé et étendu le périmètre géographique d'intervention de certains LHSS mobiles existants selon le besoin. Au 31/12/2022, la file active est de 471 situations suivies. Un appel à manifestation d'intérêt est prévu en 2023, pour créer des équipes mobiles santé précarité (EMSP) ciblant des territoires où il est difficile d'étendre le périmètre d'intervention des LHSS mobiles.

1.2 Points de rupture

Amélioration des points de rupture identifiés en 2018

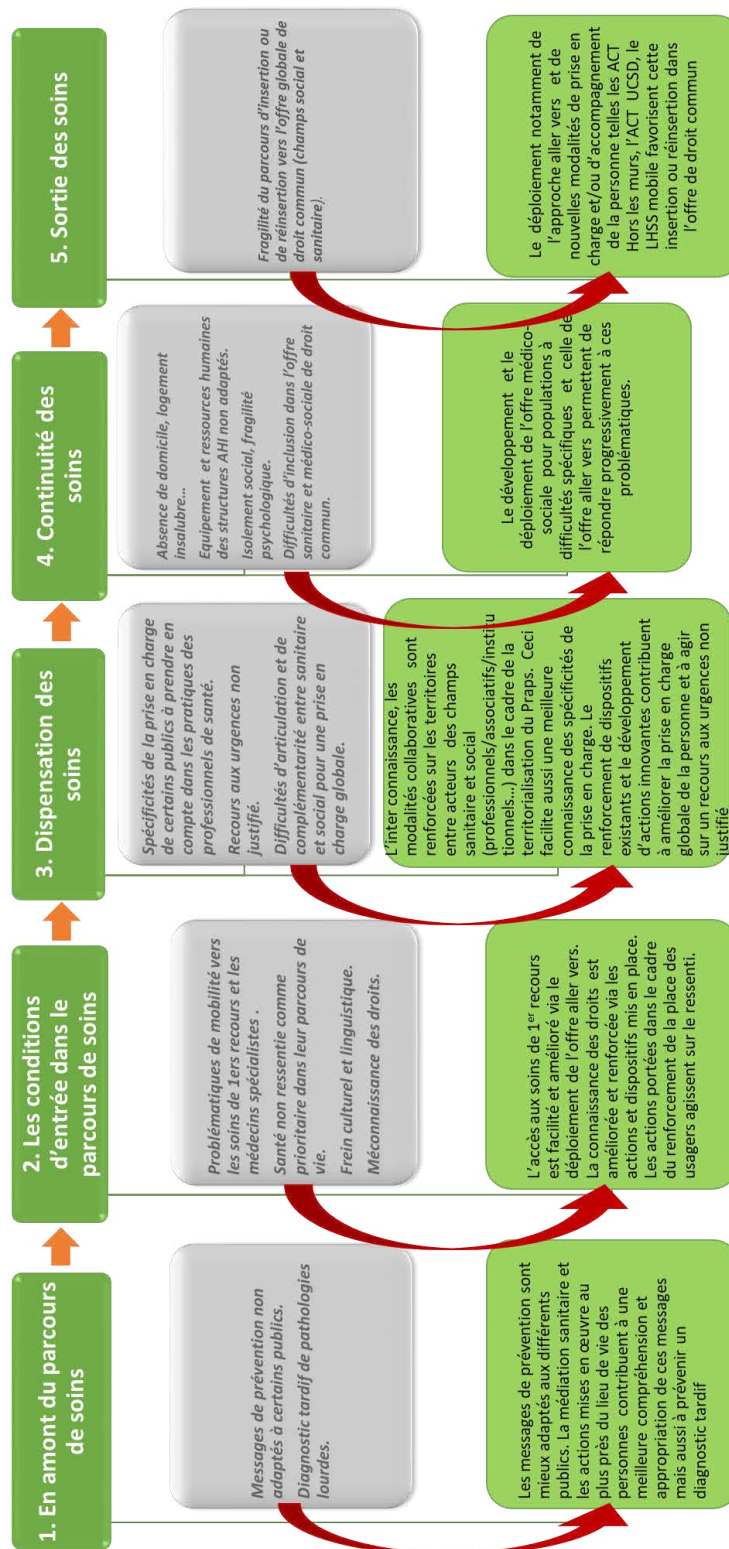


Figure 3 : amélioration des points de rupture identifiés en 2018

⇒ Les efforts mis en œuvre doivent être poursuivis dans le cadre du PRAPS 2023-2028

Points de rupture persistants ou nouveaux

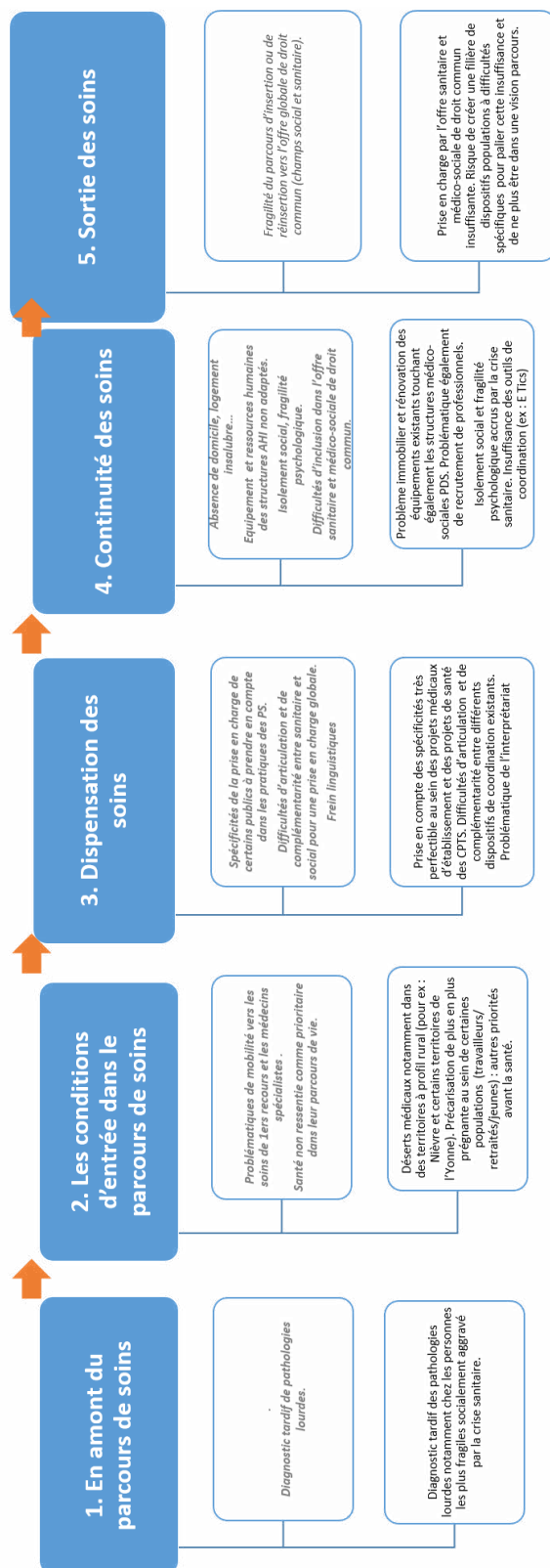


Figure 4 : Points de rupture persistants ou nouveaux

Le renforcement de l'articulation entre le PRAPS 2023-2028 et la déclinaison régionale de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, le renforcement des modalités collaboratives entre les différents services de l'état alliés à une territorialisation efficiente du PRAPS ont pour objectif d'agir sur ces points de rupture.

1.3 Eléments de diagnostic

En novembre 2022, la Bourgogne-Franche-Comté compte 197 850 personnes au chômage (contre 152 981 en 2018) et 55 600 d'entre elles sont âgées de 50 ans et plus².

En 2019, le taux de pauvreté en Bourgogne-Franche-Comté est inférieur au taux national (12,8 % vs 14,5 %) toutes classes d'âges confondues. Il a très peu évolué par rapport à 2013 (13,0 % en Bourgogne-Franche-Comté vs 14,5 %).

Il existe des disparités marquées entre les départements. La Nièvre (15,5 %), le Territoire de Belfort (14,7 %) et l'Yonne (14,5 %) présentent les taux de pauvreté les plus élevés. À l'inverse, on observe les taux les plus faibles en Côte-d'Or (11,2 %), dans le Jura (11,4 %) ainsi que dans le Doubs (12,1 %).

En 2019, le revenu disponible médian par Unité de consommation (UC), encore appelé « niveau de vie » médian, s'élève à 21 640 € en Bourgogne-Franche-Comté (21 930 € au niveau national). Au niveau départemental, les valeurs les plus faibles sont observées dans la Nièvre, en Haute-Saône et dans l'Yonne (niveaux de vie médians inférieurs à 21 000 €), le Territoire de Belfort, la Côte-d'Or et le Doubs présentant les valeurs les plus élevées (supérieures à 22 000 €).

Taux de pauvreté et revenu disponible médian par départements en BFC

	*Taux de pauvreté (%)	Revenu disponible médian par UC (en €)
Côte-d'Or	11,2	22 590
Doubs	12,1	22 750
Jura	11,4	21 880
Nièvre	15,5	20 510
Haute-Saône	12,9	20 840
Saône-et-Loire	12,9	21 000
Yonne	14,5	20 920
Territoire de Belfort	14,7	22 050
Bourgogne-Franche-Comté	12,8	21640
France métropolitaine	14,5	21 930

*Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur, pour une année donnée, au seuil de pauvreté.

Sources : Insee, Filosofi (2019) - Exploitation ORS

Tableau 1 : Taux de pauvreté et revenu disponible médian par départements en BFC

² Source : <https://statistiques.pole-emploi.org/stmt/publication>

Fin 2020, en Bourgogne-Franche-Comté, 64 150 personnes bénéficient du revenu de solidarité active (RSA), soit 4,9 % des ménages ; ce taux est inférieur à celui observé en France métropolitaine (6,4 %). Au niveau départemental, le Territoire de Belfort (7,1 %), l'Yonne (6,2 %) et la Nièvre (6,0 %) présentent des taux d'allocataires parmi les ménages, les plus importants, au contraire du Jura (3,4 %).

A cette même date, on compte un peu plus de 67 500 allocataires dépendant à 100 % des prestations sociales. Ils représentent 12,1 % de l'ensemble des allocataires de ces prestations. Cette part est inférieure à celle observée au niveau national (13,3 %). Au niveau infrarégional, le taux est nettement plus élevé dans la Nièvre (17,3 %), et moindre en Côte-d'Or (9,9 %) et dans le Jura (10,1 %).

À l'échelle infra-départementale, la communauté de communes de Montbenoit présente à la fois les proportions d'allocataires du RSA et d'allocataires dépendants à 100 % des prestations sociales les plus faibles (respectivement 0,7 % et 3,0 %). A l'opposé, les proportions les plus élevées sont observées dans la communauté de communes du Jovinien et la communauté d'agglomération de Nevers (respectivement 9,1 % et 10,4 %).

Effectifs et taux d'allocataires du RSA et d'allocataires dépendant à 100 % des prestations sociales par départements en BFC

	Allocataires du RSA		Allocataires dép. à 100 % des prestations sociales	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Côte-d'Or	10 826	4,3	11 301	9,9
Doubs	13 430	5,5	14 140	12,7
Jura	4 072	3,4	4 734	10,1
Nièvre	6 043	6	7 153	17,3
Haute-Saône	4 502	4,2	4 877	11,2
Saône-et-Loire	11 169	4,4	12 127	11,5
Yonne	9 537	6,2	9 154	13,9
Territoire de Belfort	4 569	7,1	4 036	13,8
Bourgogne-Franche-Comté	64 148	4,9	67 522	12,1
France métropolitaine	1 844 383	6,4	1 852 164	13,3

Sources : Insee, *Filosofi* (2019) - Exploitation ORS

Tableau 2 : effectifs et taux d'allocataires du RSA et d'allocataires dépendant à 100% des prestations sociales par département

Fin 2019, en Bourgogne-Franche-Comté, 135 600 personnes affiliées au régime général (RG) d'assurance maladie bénéficient de la complémentaire santé solidaire (CSS), soit 7,6 % des assurés du RG de 18 ans et plus. Ce taux est inférieur de près de 2 points à celui observé en France métropolitaine. Au niveau départemental, le Territoire de Belfort (9,1 %), la Nièvre (9,0 %) et l'Yonne (8,1 %) présentent des taux de bénéficiaires de la CSS, parmi les assurés du RG, les plus importants, au contraire des départements du Jura (6,0 %) et de la Haute-Saône (6,7 %).

À l'échelle infra-départementale, selon les EPCI, la proportion de bénéficiaires de la CSS varie de 1,0 % (CC de Montbenoit) à 12,9 % (CA de Nevers).

Effectifs et parts de bénéficiaires de la CSS parmi les assurés du régime général de 18 ans et plus par départements en Bourgogne- Franche-Comté

	Effectifs des bénéficiaires de la CSS	Effectifs d'assurés du régime général d'assurance maladie	Part des bénéficiaires de la CSS
Côte-d'Or	23 920	334 391	7,2
Doubs	27 790	351 710	7,9
Jura	10 101	169 505	6
Nièvre	11 699	130 658	9
Haute-Saône	10 113	150 673	6,7
Saône-et-Loire	25 851	345 242	7,5
Yonne	17 228	213 559	8,1
Territoire de Belfort	8 914	97 776	9,1
Bourgogne-Franche-Comté	135 616	1 793 514	7,6
France métropolitaine	3 864 157	43 171 325	9

Source : SNDS (DCIRS) 31/12/2019 - Exploitation ORS

Tableau 3 : effectifs et parts de bénéficiaires de la CSS parmi les assurés du régime général de 18 ans et plus par département

Les 58 quartiers prioritaires de la ville (QPV) de notre région représentent 4% des QPV du niveau national (au 31/12/2020). En 2016, entre l'ancienne et la nouvelle géographie prioritaire de la ville, 28 quartiers étaient sortis de cette catégorie dont 16 en Bourgogne et 12 en Franche-Comté. Le Territoire de Belfort est le seul département ayant eu des QPV supplémentaires (+2).

L'ensemble des QPV de notre région regroupe 143 363 habitants soit 5,1% de la population régionale. Le taux de pauvreté dans l'ensemble des QPV au niveau régional est de 47,1 %, ce taux est supérieur au taux national qui est de 44,3%.

2. PUBLICS PRIORITAIRES

La pauvreté s'entend principalement comme une absence ou insuffisance de ressources (monétaires notamment). Il est également d'usage de parler de pauvreté « en conditions de vie ». Celle-ci mesure la part de la population incapable de couvrir les dépenses liées à au moins 8 éléments de la vie courante sur 27 considérés comme souhaitables, voire nécessaires, pour avoir un niveau de vie acceptable.

Des difficultés de quatre types différents sont observées :

- Insuffisance de ressources ;
- Retards de paiement ;
- Restrictions de consommation (chauffage, vacances alimentation...) ;
- Difficultés de logement (logement trop petit, bruyant, difficile à chauffer...).

Par ailleurs, le statut professionnel, la composition familiale et l'âge influent fortement sur le taux de pauvreté. Les catégories les plus touchées sont les chômeurs, les familles monoparentales et les retraités.

La précarité est une notion subjective renvoyant aux caractères pluridimensionnels de la pauvreté. Joseph WRESINSKI, fondateur du mouvement "Aide à Toute Détresse quart monde" en a donné une définition en 1981 dans le rapport Grande pauvreté et précarité économique : la précarité est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet des chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir des droits par soi-même dans un avenir prévisible ». La précarité est un processus et peut être réversible. L'insécurité provoquée par une perte d'emploi, une séparation, une maladie peut être effacée par un changement de situation.

L'exclusion est un processus. Des personnes sont exclues de tous les droits ou seulement de certains droits. Elle ne concerne donc pas que les personnes sans domicile fixe mais aussi des jeunes adultes en rupture familiale, des femmes victimes de violence, des familles avec des enfants, des hommes et de femmes qui travaillent mais sont confrontés à des difficultés financières, des demandeurs d'asile, des personnes sortantes de prison, des personnes présentant des pathologies graves...

Au regard des éléments précités, la stratégie opérationnelle du PRAPS s'adressera prioritairement aux publics ci-dessous et ce qu'ils soient en milieu rural, semi-urbain ou urbain :

- Bénéficiaires de minima sociaux ;
- Chômeurs ;
- Travailleurs pauvres ;
- Retraités pauvres ;
- Personnes en insertion socio-professionnelle ou réinsertion socio-professionnelle ;
- Jeunes majeurs en difficulté sociale, en insertion, en sortie d'ASE...
- Familles monoparentales ;
- Personnes sans domicile fixe, exclus/marginalisés ;
- Personnes en logement insalubre ;
- Migrants ;
- Gens du voyage ;
- Personnes sous-main de justice (non incarcérées) et sortantes de prison ;

3. RENFORCEMENT DE LA STRATEGIE DE PREVENTION ET DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

3.1 NOUVELLE GOUVERNANCE

La lutte contre la précarité recouvre plusieurs champs et s'appuie sur différents leviers : les revenus de subsistance ; l'accès à l'emploi ou le retour vers l'emploi ; l'accès à un hébergement, le recours aux soins et leur continuité ; les compétences psychosociales, l'empowerment.

Cette lutte est un enjeu partagé par toutes et tous et accompagner au mieux sur notre territoire régional les personnes, en tenant compte de leur état de santé et de leur parcours de vie, est un axe majeur de cette dernière. Dès lors, nous devons renforcer la dynamique déjà engagée par les différents acteurs institutionnels, les collectivités territoriales, le milieu associatif dans une double perspective :

- Agir en complémentarité et en s'articulant ;
- Prévenir le risque de comitologie, de superposition d'instances de concertation et de groupes de travail qui impacte les acteurs de terrain et plus particulièrement sur les territoires où les ressources humaines se raréfient.

La mesure 27 du Ségur de la santé vise à poursuivre les efforts déjà à l'œuvre sur les territoires et l'instruction SGMAS/Pôle santé-ARS/DIPLP/2021/2 du 4 janvier 2021 précise les modalités de renforcement de la gouvernance stratégique de réduction des inégalités.

En BFC, dans le cadre de la mise en œuvre du PRAPS 2018 - 2023 et de la déclinaison régionale de la stratégie de lutte contre la pauvreté, l'ARS travaillait déjà en concertation avec le commissaire de lutte contre la pauvreté en Région. Ces modalités collaboratives sont poursuivies et confortées avec la mise en place par l'ARS de cette gouvernance renforcée. Pour ce faire, l'Agence a revisité le comité stratégique du PRAPS et a élargi celui-ci à de nouveaux membres.

L'instance de gouvernance régionale de stratégie renforcée de lutte contre les inégalités sociales en santé a été installée par l'ARS BFC le 13 octobre 2021. Elle se substitue au comité stratégique du PRAPS et a acté trois axes de travail que devra cibler la stratégie interventionnelle du PRAPS 2023 – 2028 :

- ⇒ Axe 1 : « Place des personnes en situation de précarité au sein du système de santé et renforcement des compétences et des connaissances des différents acteurs pour une meilleure prise en compte de la santé de ces personnes »
- ⇒ Axe 2 : « Adaptation et personnalisation des réponses d'accès à l'offre de prévention et d'accompagnement vers la santé »
- ⇒ Axe 3 : « Diversification et développement de l'offre médico-sociale pour les personnes les plus fragiles socialement/exclues/marginalisées.

Le rôle dévolu à cette instance est d'évaluer la déclinaison de cette stratégie interventionnelle sur les territoires, d'analyser les besoins propres à ces derniers qui remonteraient et de réajuster, si nécessaire, les moyens au regard des priorités.

3.1.1 Collectif partenarial

Afin d'accompagner au mieux, sur notre territoire régional et quel que soit le lieu où elles se trouvent, les personnes les plus fragiles socialement, le PRAPS 2023-2028 doit continuer à s'inscrire dans une démarche complémentaire et articulée avec les différents partenaires institutionnels et les collectivités territoriales.

❖ Avec la déclinaison régionale de la stratégie de lutte contre la pauvreté

En 2024, la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté sera renouvelée dans sa méthode à travers un nouveau Pacte des solidarités dont les contours restent encore à préciser. Sa déclinaison territoriale s'effectuera à travers des « alliances locales pour la solidarité ».

Accompagner au mieux les personnes en tenant compte de leur santé (somatique, psychosociale...) est un axe majeur de la lutte contre la précarité. Les enjeux du PRAPS convergent donc avec les axes de travail de la stratégie de lutte contre la pauvreté notamment autour de trois des quatre thématiques qui se profilent pour la période 2023 – 2027, à savoir : la prévention de la pauvreté par la lutte contre les inégalités à la racine, l'amplification de la politique d'accès au travail pour tous et la lutte contre la grande exclusion. Par ailleurs, l'adaptation des politiques aux caractéristiques des territoires est aussi un objectif partagé tant dans le cadre de la territorialisation du PRAPS que dans la perspective des déclinaisons territoriales de la stratégie de lutte contre la pauvreté à venir. Ces dernières se feront grâce à de nouveaux « contrats de solidarité » Etat – Collectivités. Les contours de ce nouveau pacte des solidarités restent encore à préciser mais il est nécessaire que le partenariat et la synergie développés entre l'ARS BFC et le Commissaire de Lutte contre la Pauvreté se poursuivent et soient confortés dans les années à venir.

❖ Avec les autres services de l'Etat

- La Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail, et des Solidarités (DREETS) et les Directions Départementales de l'Emploi, du Travail et des Solidarités-Protection des Populations (DDETS-PP)

Les politiques publiques s'inscrivent également dans une logique de parcours global allant de l'insertion sociale à l'insertion professionnelle en passant par le développement des compétences pour lutter contre la pauvreté et favoriser le retour à l'emploi :

- Insertion sociale et professionnelle (accès à l'hébergement et au logement, à la formation, politique de la ville, intégration des réfugiés...);
- Protection des personnes vulnérables et lutte contre les discriminations et les inégalités (personnes en situation de précarité, de handicap, jeunes, discriminations...);
- Développement de l'emploi (apprentissage, l'insertion par l'activité économique (IAE)...). Ces politiques publiques sont pilotées, animées et coordonnées pour l'ensemble du territoire régional par la DREETS et mises en œuvre au plus proche des usagers par les DDETSPP.

- La Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) et les Directions Départementales des Territoires (DDT)

Les politiques de l'État en matière de logement, notamment l'offre de logement, la lutte contre l'habitat indigne et la rénovation urbaine sont élaborées et mises en œuvre par la DREAL et les DDT sont notamment chargées de la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines de la planification, l'urbanisme et l'habitat, la cohésion des territoires.

- La Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF)

Le programme national pour l'alimentation est mis en œuvre en région par la DRAAF. Ce programme trouve un ancrage territorial dans les Projets Alimentaires Territoriaux (PAT) et replace l'aide alimentaire dans une problématique plus générale d'accès physique, économique, social, culturel... des plus démunis à une alimentation de qualité et dans des conditions satisfaisantes.

❖ Avec l'Assurance Maladie

La première des missions au quotidien des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) est de renforcer, dans chaque territoire, l'accès aux droits et le recours aux soins pour l'ensemble de ses assurés.

Pour lutter contre le non recours aux soins lié à des problèmes financiers ou à un manque d'information concernant les droits, l'Assurance Maladie propose des services d'accompagnement spécifiques qui s'adressent à tous ceux qui ont besoin d'aide pour comprendre à quoi ils ont droit et pour :

- Réaliser leurs démarches (rendez-vous individuels pour accompagner les personnes les plus fragiles dans leurs démarches ;
- Mettre en place un accompagnement du service social intégrant une aide plus globale à la fois psychosociale et professionnelle et des solutions concrètes ;
- Mettre en œuvre un dispositif de lutte contre le renoncement aux soins pour les entreprises).

Elle agit aussi à différents niveaux pour lever les freins à l'accès aux soins partout sur le territoire, notamment dans les régions les plus isolées :

- A travers des aides pour favoriser l'installation de médecins ou l'ouverture de maisons de santé pluridisciplinaire dans les zones les plus désertées ;
- En travaillant à définir un cadre pour développer la télémédecine ;
- En proposant un accompagnement - fourni par le service conciliation de la caisse primaire d'assurance maladie ;
- Pour identifier un médecin traitant. Elle se mobilise également aux côtés des autorités de santé sur la prévention, primaire, secondaire et tertiaire.

Il s'agit d'encourager les comportements favorables à la santé pour éviter l'apparition ou l'aggravation de la maladie et dans le même temps de porter une attention particulière aux personnes les plus vulnérables et aux situations jugées « à risques ».

Elle développe aussi des services spécifiques pour aider les personnes atteintes de certaines pathologies chroniques à mieux vivre avec leur maladie. Elle aide également les patients qui y sont autorisés et qui le souhaitent à organiser leur prise en charge à la sortie de l'hôpital dans le cadre d'un programme de retour à domicile permettant d'éviter des ruptures dans la prise en charge et de parer ainsi aux risques de complication ou d'aggravation. Elle accompagne également les personnes qui rencontrent des difficultés à reprendre leur travail dans les mêmes conditions suite à une maladie ou à un accident du travail, pour prévenir la désinsertion professionnelle.

Le Pacte des solidarités prévoit par ailleurs, des actions de garantie d'accès des enfants aux lunettes et aux soins dentaires sans reste à charge.

❖ Avec la Caisse Régionale d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT)

Elle assure ses missions sous l'égide de deux caisses de tutelle : la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (l'Assurance retraite) et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (l'Assurance Maladie).

Son service social assure auprès des assurés actifs et retraités du régime général confrontés à des problèmes de santé dont les conséquences impactent la vie professionnelle et/ou personnelle un accompagnement vers le retour à l'emploi, il est un acteur majeur dans la prévention de la désinsertion professionnelle et dans la sécurisation des parcours en santé.

❖ Avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Elle participe au développement social des territoires ruraux et à la mise en place, avec ses partenaires, d'actions et de services répondant aux besoins sanitaires et sociaux des populations vivant en milieu rural. A partir des orientations et les axes communs constitués au niveau central, les MSA adaptent leur propre politique d'action sanitaire et sociale (ASS) à leur contexte local. Cette politique d'ASS se traduit par des actions individuelles auprès de ses ressortissants sous forme de prestations fixes et d'accompagnement social, des actions collectives liées à l'appartenance à un groupe ou à l'inscription sur un territoire de vie. L'objectif est de permettre à ces populations de mieux vivre sur les territoires ruraux grâce à une offre sanitaire et sociale complète.

❖ Avec les Caisses d'Allocations Familiales (CAF)

Elles assurent le service des prestations familiales dues aux salariés de toute profession, aux employeurs et aux travailleurs indépendants des professions non agricoles ainsi qu'à la population non active. C'est ainsi qu'elles :

- Aident les familles à concilier vie professionnelle, vie familiale et vie sociale,
- Soutiennent la fonction parentale et facilitent les relations parents-enfants,
- Créent des conditions favorables à l'autonomie, améliorent le parcours d'insertion des personnes et des familles en situation de précarité et aident aussi les familles confrontées à des événements ou des difficultés fragilisant leur vie familiale,
- Accompagnent également les familles dans leurs relations avec l'environnement et leur cadre de vie en favorisant les conditions de logement et un cadre de vie de qualité. Elles facilitent leur intégration sociale dans leur environnement et contribuent à la cohésion sociale sur les territoires.

❖ Avec les rectorats

Les rectorats sont des partenaires essentiels pour une meilleure prise en compte de la santé des jeunes. Avec eux, l'ARS développe notamment des actions de promotion et d'éducation pour la santé (thématiques identifiées comme prioritaires : développement des compétences psychosociales, conduites addictives (tabac), éducation à la vie affective et sexuelle, souffrance psychique, éducation nutritionnelle, vaccination et écoute de musique amplifiée). Dans cette perspective une convention cadre avait été signée en 2016 entre l'ARS et les Rectorats de Bourgogne et de Franche-Comté, avec pour objectif un renforcement partenarial en définissant des objectifs de santé communs.

La qualité du partenariat éprouvée lors de la crise sanitaire Covid-19 permettra la poursuite autour de la santé des jeunes avec des modalités collaboratives renforcées.

❖ Avec le Conseil Régional

Dans le cadre de ses compétences, le conseil Régional BFC promeut ainsi la formation professionnelle et l'accompagnement des employeurs, des salariés et des demandeurs d'emploi. Il renforce aussi les formations dans le secteur sanitaire et social à la suite des accords issus du Ségur de la Santé. Il aide à l'emploi dans le champ de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) en soutenant les emplois des associations d'aide à domicile et d'insertion des entreprises d'insertion et des entreprises de travail temporaire d'insertion. Il encourage la citoyenneté, la vie associative et l'autonomie des jeunes. Il participe au développement d'une offre de santé de proximité.

❖ Avec les Conseils Départementaux

La solidarité sociale est l'un des fondements de l'action départementale notamment en faveur de l'enfance, de la jeunesse, de la famille, des personnes âgées, des personnes handicapées et de toutes celles et ceux qui sont confrontés à des difficultés d'insertion sociale et professionnelle.

Le premier accueil social inconditionnel garantit que toute personne rencontrant des difficultés ou souhaitant exprimer une demande d'ordre social bénéficie d'une écoute attentionnée de la globalité de ses besoins et préoccupations afin de lui proposer le plus tôt possible des conseils et une orientation adaptée, dans le respect du principe de participation des personnes aux décisions qui les concernent. Au sein du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services aux publics (SDAASaP) le département, chef de file en matière d'action sociale et de développement social local, structure un réseau de premiers accueils sociaux inconditionnels de proximité et constitue un maillage répondant aux besoins sociaux du territoire. Le département assure par ailleurs lui-même un premier accueil social, en coordination avec les ressources du territoire.

Les conseils départementaux portent également l'offre de service sur leur département en matière de santé pour les femmes enceintes, les adolescents, les jeunes enfants : les services de protection maternelle et infantile (PMI) proposent une offre de consultations médicales de prévention pour les enfants jusqu'à 6 ans, avec mise en œuvre du calendrier vaccinal. Cette offre repose sur un maillage territorial de lieux de soins, et bénéficie notamment aux plus démunis. De même le suivi des femmes enceintes, à domicile ou en centres de consultations prénatales, s'adresse notamment aux femmes en situation de vulnérabilité. Enfin les centres de planification familiale proposent une offre médicale et sociale de prévention et soins en matière d'accès à la contraception.

Les mineurs isolés étrangers sont confiés au conseil départemental. Ils sont pris en charge complètement et ont un accès aux soins. La réalisation d'un bilan de santé est une des premières actions réalisées au moment de leur prise en charge. A suivre à terme, l'accès à une offre psychiatrique adaptée à la prise en charge de ce public (culture différente, histoire de vie...).

❖ **Avec les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS)**

La politique d'action sociale que les conseils départementaux portent sur l'ensemble de leur territoire est déployée en lien avec les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) existants.

Les communes ont un rôle essentiel dans l'action sociale locale, exercée au travers de services publics en gestion directe ou déléguée ou avec un outil stratégique : le centre communal d'action sociale (CCAS).

Du fait de leur taille, toutes les communes n'ont pu se doter d'un CCAS. L'intercommunalité est apparue une solution appropriée pour les communes trop petites pour disposer d'un CCAS, mais également pour toutes celles qui souhaitent développer avec d'autres communes des actions sociales concertées, démultipliées par un territoire d'intervention et des moyens plus importants.

Leurs interventions concernent l'accompagnement des familles et des personnes en difficulté financière, personnelle ou d'insertion, le soutien aux personnes sans domicile, que cette situation soit pérenne ou accidentelle (domiciliation, hébergement d'urgence, accompagnement social, logement temporaire, bail glissant, médiation locative...). Il s'agit aussi de mesures spécifiques à l'égard de personnes connaissant des difficultés d'écriture ou de lecture ; des actions de médiation, pénale ou entre populations d'origines différentes; des animations de quartiers. Ils contribuent à l'organisation de chantiers d'insertion ou de chantiers école, d'initiatives en partenariat avec Pôle emploi, avec les missions locales ou les maisons de l'emploi. Ils participent aux actions de formations spécifiques, d'aide à la recherche de travail, à des actions conjointes avec les entreprises...

Ils ont également investi la dimension «prévention» : actions de prévention des conduites dépendantes auprès des jeunes ; actions d'éducation à l'hygiène de vie, à la santé et à la nutrition notamment dans le cadre des épiceries sociales ; actions de sensibilisation à la lecture ; actions en matière de santé à destination des personnes âgées (maladies cardio-vasculaires, prévention des chutes...) ; soutien à la parentalité ; éducation budgétaire, prévention du surendettement ; pilotage des dispositifs de réussite éducative...

3.1.2 Articulation avec les parcours et les autres projets de l'agence

Dans le cadre de la mise en œuvre du PRAPS 2018-2023 une transversalité complémentaire avec les autres parcours projets et politiques de santé portés par l'ARS a été mise en place. Ainsi, une attention particulière en faveur des populations précaires a été intégrée par les 13 parcours qui structuraient le PRS (nutrition, addictions, cancer, santé mentale, maternité parentalité, développement de l'enfant, personnes âgées, personnes en situation de handicap). Il en a été de même concernant la santé des jeunes. La santé des personnes placées sous-main de justice a quant à elle été reprise dans un plan spécifiquement dédié.

Les actions et interventions destinées aux personnes en situation de précarité continueront à être développées et portées dans les différents parcours et projets du SRS 2023-2028. L'habitat insalubre ou indigne fera l'objet d'une complémentarité renforcée avec le plan régional santé environnement.

Trois priorités de l'ARS devront être mobilisées pour activer les leviers destinés à améliorer la prise en charge de la santé des populations précaires :

- Le renforcement des soins de proximité contribuera à la mise en œuvre des projets de santé des maisons de pluri-professionnelle (MSP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces projets de santé devront intégrer l'approche accompagnement vers la santé des populations précaires, les points de vigilance sur les comportements de renoncement aux soins, les démarches contribuant à la réintégration dans le droit commun ;
- Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) via les projets médicaux partagés (PMP) devront inscrire, dans un souci de renforcement du fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), des logiques de temps partagés d'intervention de professionnels de santé faisant défaut sur certains sites ;
- Les urgences sont un lieu clé pour repérer, capter les patients les plus éloignés du soin, ceux présentant des difficultés importantes d'accès aux droits et aux soins. L'enjeu est donc de réaliser un bon diagnostic et d'orienter le patient vers les dispositifs adaptés permettant la sortie des urgences et la continuité des soins. La collaboration et la complémentarité des professionnels des urgences avec ceux des PASS sont donc essentielles pour établir ce diagnostic ;

3.1.3 Territorialisation

L'instance régionale a mis en exergue que l'échelon territorial était indispensable à la mise en œuvre efficiente du PRAPS. En effet, notre région est hétérogène et il ne peut y avoir un modèle unique de réponse. Cette dernière doit être adaptée et modélisée sur les territoires au regard des acteurs présents et des caractéristiques de ce territoire.

Les directions territoriales de l'ARS ont installé leurs instances territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les inégalités sociales en santé constituées des acteurs institutionnels, des collectivités territoriales, des acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, des acteurs associatifs œuvrant dans le champ de la précarité, de représentants des usagers...

Ces instances ont pour mission de décliner la stratégie opérationnelle du PRAPS au plus près des réalités de leur territoire et de ses besoins. Pour ce faire :

- Elles identifient les actions et dispositifs déjà existants et en partagent le diagnostic ;
- Elles en préviennent et anticipent les éventuels doublons ;
- Elles renforcent la complémentarité de l'existant ;
- Elles repèrent et objectivent les besoins non couverts, notamment en termes de besoins populationnels ou de zones géographiques pour y porter les leviers déjà à leur disposition ou les mettre en place.

Cette déclinaison de la stratégie opérationnelle du PRAPS fait l'objet d'une feuille de route dont les huit objectifs opérationnels sont :

- De veiller à la fluidité des échanges et à l'efficacité des modalités collaboratives entre acteurs /opérateurs/gestionnaires présents sur un même territoire. Ces modalités collaboratives devant s'inscrire dans une vision parcours et non filière ;
- De soutenir le déploiement des actions transférables en les adaptant au territoire ;
- D'innover pour prévenir le risque de zone blanche. Ne pas concentrer la stratégie interventionnelle uniquement en zones urbaine et/ou zones où les opérateurs sont déjà très présents mais cibler également les zones rurales et celles où les ressources sont moindres, voire absentes ;
- D'agir en intersectoriel. L'intervention doit être au cœur d'un projet pluri-partenarial et pas uniquement une réponse sanitaire ;
- De mieux inclure et mieux s'appuyer sur les métiers intervenant au plus près des publics concernés mais aussi sur les communes, les CCAS, les EPCI...afin d'ajuster la réponse, la rendre la plus fine possible ;
- D'aller au-devant et au plus près des publics : sur leur lieu de vie quel qu'il soit, de travail et de mieux intégrer leur participation ou celle de leurs représentants dans la construction des interventions les concernant, le suivi de leur mise en œuvre, au sein des dispositifs qui leur sont destinés ;
- De faire pour et avec eux ;
- D'évaluer la mise en œuvre de la feuille de route et de remonter, si nécessaire, à l'échelon régional leurs besoins argumentés concernant des demandes de renforcement en termes de moyens.

Les interventions prioritaires, si elles répondent à la stratégie opérationnelle du PRAPS, pourront être déployées en concertation avec les partenaires dans le cadre de dispositifs de contractualisation: contrats locaux de santé, contrats ville, contrats territoriaux de santé, contrats ruraux, pactes de solidarité à venir...

Certains projets pourront avoir vocation, dans une perspective de montée en charge ou de mise en œuvre progressive, à s'inscrire sur la durée du programme (soit 5 ans). Dans ce cadre, les différentes étapes devront être détaillées dans le projet et ce dernier pourra faire l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou d'un avenant si l'opérateur en a déjà conclu un avec l'ARS.

4. PLACE DE LA PERSONNE AU SEIN DE LA STRATEGIE

Il ne s'agit pas ici de rappeler ce que doit être la place de l'utilisateur au sein de notre système de santé. De nombreux rapports, études, guides méthodologiques existent pour nous accompagner dans la démarche.

Il s'agit simplement de rappeler que le PRAPS est un programme destiné à des personnes dont le parcours de vie a été, est ou devient difficile et ce parcours de vie impacte leur état de santé physique et moral.

Il s'agit de s'interroger, parallèlement au développement des compétences psychosociales, sur la vraie place à donner à la personne au sein de ce programme et de poser de simples questions :

- En premier lieu, ce document avec ces données et ces terminologies leur est-il accessible ?
- En deuxième lieu, associer un représentant de ces personnes aux instances et aux groupes de travail est-il suffisant ?
- En troisième lieu, la déclinaison du PRAPS peut-elle s'appuyer sur l'expérience personnelle des personnes ?

Nous évoquons souvent les besoins d'interprétariat pour lever le frein linguistique. Or, le PRAPS restera à l'état de document illisible pour les personnes auxquelles il est destiné si les acteurs institutionnels, professionnels du social, du médico-social, du sanitaire et du tissu associatif ne le rendent pas lisible et n'en deviennent pas les interprètes. Il sera traduit si chaque action, chaque dispositif, chaque structure médico-sociale intègre dans son projet la place des personnes auxquelles ce projet est destiné. Elles doivent être associées concrètement à la construction et à l'évaluation des interventions dont elles seront bénéficiaires, aux projets d'établissement et de service des structures médico-sociales populations à difficultés spécifiques. Nous évoquons souvent la représentation de ces personnes dans nos instances. Or, ce programme appelle une participation active de leur part et non pas une représentation passive. L'effort d'acculturation à notre « langage » administratif et acronymes ne doit pas leur être demandé mais nous devons porter notre effort sur l'animation de nos réunions tant dans les documents de présentation que dans la prise de parole.

Nous évoquons souvent le décloisonnement et l'articulation entre acteurs du champ social et du champ sanitaire. Or, le travail pair est complémentaire des autres interventions professionnelles de l'action sociale et sanitaire par son point de vue différent et aide à replacer la personne accompagnée au cœur des pratiques. Le PRAPS continuera à soutenir la formation de pairs aidants et leur intégration dans les équipes pluridisciplinaires.

5. STRATEGIE OPERATIONNELLE DU PRAPS 2023-2028

5.1 AXE 1 : PLACE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE ET RENFORCEMENT DES COMPETENCES ET CONNAISSANCES DES DIFFERENTS ACTEURS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LEUR SANTE

5.1.1 Démocratie sanitaire

Objectif général : Assurer la prise en compte effective de la parole des personnes les plus éloignées de notre système de santé.

Objectif opérationnel :

- ☞ **Faciliter l'intégration et la participation des personnes accueillies ou accompagnées dans la mise en œuvre du PRAPS.**

Public ciblé :

Personnes accueillies ou accompagnées.

Renforcement des actions déjà déployées.

Sensibilisation et formation dispensées aux personnes accueillies ou accompagnées sur le fonctionnement des institutions et des politiques publiques en amont des instances et réunions auxquelles elles participeront.

Représentation et participation des personnes accueillies ou accompagnées aux travaux des instances régionales et territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les ISS.

Opérateur : FAS

Élément facilitateur : Glossaire santé diffusé systématiquement aux personnes concernées en amont des réunions auxquelles elles participeront.

Évaluation : Nombre de séances de formation dispensées. Taux de participation de personnes accueillies ou accompagnées aux travaux des instances régionales et territoriales..

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ La parole des personnes accueillies ou accompagnées est prise en compte par le renforcement de la démocratie sanitaire

5.1.2 Pair Aidance

Objectif général : Repositionner la personne accompagnée au centre des pratiques structurantes du travail social et soignant.

Objectifs opérationnels :

- ☞ **1 - Permettre aux personnes concernées de développer les outils et compétences adéquats pour être en capacité d'exercer des missions de médiation sociale et sanitaire auprès de leurs pairs.**
- ☞ **2 - Promouvoir la pratique de la pair-aidance.**

Public ciblé :

Personnes concernées par un parcours de vie difficile et ayant mis ses difficultés à distance souhaitant devenir pairs-aidant de façon professionnelle ou bénévole ; pairs-aidant déjà salarié

Poursuite de la formation pair-aidance dispensée par la FAS :

Inclusivité dans la formation sans aucun pré-requis demandé (qualités rédactionnelles, diplômes...). Seul pré-requis : la personne doit avoir déjà avancé dans son propre rétablissement. Cette formation est essentiellement basée sur l'utilisation du savoir expérientiel, le développement des capacités d'écoute...Point de fragilité : cette formation n'est pas reconnue à ce jour par Pôle Emploi.

Poursuite du déploiement de la médiation pair

Dispensation d'actions de sensibilisation destinées aux professionnels sur cette thématique.

Coordination des interventions entre pair-aidants de la région, communication sur les sujets traitants de pair-aidance et construction de projets.

Opérateur : FAS

Élément facilitateur : Collectif d'autosupport créé pour les pair-aidants, en 2021, à l'initiative des pair-aidants en formation

Évaluation : Nombre de personnes formées à la pair-aidance. Nb de pair-aidants formés recrutés à l'issue de cette formation et emploi (CDD, CDI...). Nombre d'actions de sensibilisation dispensées par la FAS et nombre de professionnels sensibilisés. Rapport d'activité des travaux conduits dans le cadre du collectif d'autosupport.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Les personnes les plus éloignées de notre système de santé adhèrent mieux à l'adoption de comportements favorables à leur santé

5.1.3 Interprétariat en santé

Pour les populations d'origine étrangère, le frein lié à la langue est également important, non seulement dans l'accès aux droits, mais aussi dans les relations avec les professionnels de santé. Cette difficulté est ressentie aussi bien par les patients que par les professionnels de santé qui se trouvent limités dans la qualité de leur prise en charge. Le recours à des interprètes, issus de la communauté de vie du patient, est parfois délicat pour des questions liées à l'intimité du patient et au secret professionnel. La solution la plus adéquate paraît donc celle du recours à l'interprétariat professionnel mais les coûts sont parfois très lourds pour les structures de soins concernées.

L'accès à un interprète professionnel est, pour nombre de patients allophones, une condition de leur accès aux soins et de la qualité et de la sécurité de leur prise en charge médicale. A la demande de la ministre des solidarités et de la santé, une mission de l'IGAS s'est penchée sur ce sujet peu exploré³. Elle a formulé des propositions pour faciliter le recours des patients à un interprète professionnel à l'hôpital comme dans les cabinets médicaux et dessiné l'économie générale du secteur en précisant les ressources nécessaires et leurs modalités de financement.

Dès lors que le professionnel de santé et le patient ne parlent pas la même langue, le recours à l'interprétariat est indispensable. Le non-recours constitue une prise de risque, un facteur de non qualité et une source potentielle de soins non pertinents et inutilement coûteux. L'interprétariat dans le domaine de la santé est une fonction qualifiée qui se définit à travers un référentiel de compétences, un domaine et un cadre d'intervention ainsi qu'un cadre déontologique. Il s'agit d'une interprétation dite de liaison.

Certains établissements de santé semblent s'être engagés de façon volontariste en s'appuyant sur l'expérience d'associations fournissant les prestations d'interprétariat.

Les immigrés sont moins présents en Bourgogne-Franche-Comté qu'en moyenne en France, mais on observe une augmentation. En 2016, la Bourgogne-Franche-Comté compte 191 000 immigrés (personnes nées étrangères à l'étranger), (contre 180 300 en 2012) soit 6,8 % de sa population, contre 7,2 % en France. Près de 36 % de cette population est originaire de l'Union européenne et 30 % du Maghreb. Elle réside surtout dans les grandes villes et dans les territoires de tradition industrielle⁴. Dijon, Besançon et Montbéliard accueillent plus des deux tiers des immigrés de la région.

L'ARS souhaite faciliter la relation soignant/soigné en donnant la possibilité aux professionnels de santé de recourir à l'interprétariat pour les patients allophones.

Objectif opérationnel :

- ☞ **Mettre en place un outil permettant de faciliter l'accès à un interprétariat professionnel et de qualité afin de permettre, par leur action, d'établir une communication tant culturelle que linguistique et de faciliter ainsi l'intégration dans le système de santé.**

Exemples d'actions :

- ☉ Organiser l'accès et rendre effectif l'interprétariat médical pour les secteurs hospitaliers, en ville et autres dispositifs sanitaires financées par l'ARS (centre de vaccination...):
 1. Lancer un marché public pour retenir un prestataire en lien avec l'URPS ML afin de faire bénéficier l'offre aux médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et professionnels de santé ciblés.
 2. Conventionner avec l'URPS ML pour assurer le pilotage fonctionnel en lien avec l'organisme d'interprétariat et l'ARS pour les actions de communication
 3. Recenser l'existant du recours à l'interprétariat au sein de chaque GHT

³ Voir les trois référentiels HAS « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » et « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé », octobre 2017, et le rapport sur le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé

⁴ INSEE FLASH BOURGOGN FRANCHE-COMTE avril 2016

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Mise en œuvre effective du dispositif d'interprétariat

INDICATEURS

- ☞ Taux d'utilisation du dispositif d'interprétariat dans le domaine de la santé pour les médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et professionnels de santé exerçant dans les secteurs et dispositifs ciblés

5.1.4 Montée en compétence des acteurs œuvrant dans le champ de la précarité

Objectif général : Renforcer les compétences et connaissances des acteurs sur les enjeux santé précarité et les stratégies d'intervention efficaces.

Objectifs opérationnels :

- ☞ **1 - Capitaliser les expériences et outils entre acteurs du secteur Accueil/Hébergement/Insertion (AHI), du secteur de la santé et les personnes accueillies ou accompagnées.**
- ☞ **2 - Accompagner les dynamiques territoriales et soutenir les acteurs sur le plan méthodologique pour l'élaboration de projets de prévention/promotion de la santé intégrant la participation des publics concernés.**

Public ciblé :

Acteurs intervenant auprès des publics en situation de précarité et/ou exclus.

Actions :

Renforcement des commissions santé associant acteurs du champ AHI et personnes accueillies ou accompagnées avec une intégration de temps d'échanges avec les professionnels de santé du secteur libéral et journées régionales thématiques (opérateur régional FAS)

Poursuite de l'accompagnement sur mesure des acteurs dans les territoires (opérateur régional IREPS)

Eléments facilitateurs : Guide pratique « Accompagner les publics en situation de précarité » par la FAS. Rapport d'évaluation plan d'actions précarité volet CPOM IREPS réalisé par IREPS.

Evaluation : Nombre de commissions santé/an. Nombre de participants et structure d'origine/commission. Relevé de la commission santé. Nb de journées régionales thématiques/an. Nb participants. Actes de la journée.

Nb de projets de promotion de la santé accompagnés/an. Nb de nouveaux professionnels et usagers accompagnés/an.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ La montée en compétence des acteurs œuvrant dans le champ de la précarité contribue à améliorer le parcours santé des personnes les plus éloignées de notre système de santé

5.2 AXE 2 : ADAPTATION ET PERSONNALISATION DES REPONSES D'ACCES A L'OFFRE DE PREVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT VERS LA SANTE

Les personnes en situation de précarité restent bien souvent éloignées de l'offre de prévention et de soin en raison de facteurs matériels, financiers, culturels, temporels et systémiques. S'ajoute sur certains territoires la désertification en ressources humaines (professionnels de santé mais aussi acteurs de la prévention et de la promotion de la santé) qui complique fortement l'accès des personnes les plus fragiles à cette offre. Malgré la mise en place de la Complémentaire santé solidaire, le coût des soins est également un frein dans l'accès aux soins, puisqu'il est estimé que 29% des renoncements de soins le sont pour raisons financières. De plus, le refus de soins et les discriminations, dont peuvent être victimes certains de ces publics, impactent négativement leur prise en charge et les conduisent vers le renoncement aux soins. Toutes ces inégalités ont un impact directement mesurable sur l'état de santé de ces publics qui sont par ailleurs plus touchés par certaines pathologies causées notamment par des conditions de vie délétères pour leur santé physique et mentale.

Les actions ci-dessous ont un seul enjeu, celui de développer l'équité en santé en allant vers ces publics et en faisant avec eux.

Leur déclinaison et leur adaptabilité relèvent de la territorialisation et elles seront mises en œuvre dans le cadre collégial instauré par les instances territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les inégalités en santé. Elles s'appuieront sur ce socle pluri-partenarial pour tenir compte des dispositifs et leviers déjà existants et de leur complémentarité, des caractéristiques et des besoins prioritaires (territoriaux ou populationnels). La mise en œuvre territoriale de l'action pourra nécessiter, si besoin, un appel à manifestation d'intérêt notamment dans le cadre de la médiation en santé ou des moyens financiers renforcés. Ces besoins seront remontés à l'échelon régional par ces instances territoriales.

5.2.1 Espace mobile de santé

Objectif général : Renforcer l'équité en santé en favorisant le retour ou le maintien dans le droit commun

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Faciliter l'accès aux droits de santé par l'information, l'étude des situations individuelles et l'accompagnement à l'ouverture des droits ;
- ☞ 2 - Promouvoir la santé des personnes et prévenir les comportements à risque à travers un espace prévention et promotion de la santé : sensibiliser, informer, accompagner et orienter ;
- ☞ 3 - Permettre l'accès à un bilan de santé individuel à travers une consultation médicale de prévention : repérer les problématiques et orienter ;
- ☞ 4 - Développer le pouvoir d'agir des personnes en prenant en compte les freins à l'accès aux soins.

Public ciblé :

Personnes désocialisées et ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, et du logement accompagné, migrants, habitants des quartiers prioritaires et des quartiers en veille active, gens du voyage, personnes précaires en milieu rural et/ou éloignées des services de santé.

Poursuite du déploiement des équipes mobile santé (EMS) en BFC :

L'EMS s'installe dans des communes ciblées au regard de critères socio-économiques et sanitaires préalablement définis (paupérisation/faible densité médicale) sur la base d'un diagnostic territorial partagé. Elle peut également cibler des profils populationnels spécifiques et s'installer au plus près de leur lieu de vie (pour ex : CHRS, chantiers et structures d'insertion socio-professionnelle...).

Opérateur : antenne départementale IREPS

Evaluation : Evaluation du process par EMS. Rapport d'activité de chaque AMS incluant les travaux préparatoires en amont, les partenaires sollicités, les suites données à l'EMS.

Éléments facilitateurs : Action déjà expérimentée. Guide de transférabilité réalisé.

5.2.2 Médiation en santé

Objectif général : Développer une fonction d'interface entre les personnes très éloignées de notre système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé.

Objectifs opérationnels :

- ☞ **1 - Faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des publics les plus fragiles socialement ;**
- ☞ **2 - Sensibiliser les acteurs du système de santé sur les obstacles rencontrés par ces publics dans leur accès à la santé.**

Public ciblé : Les publics du PRAPS avec une attention particulière pour les jeunes en rupture, les bénéficiaires du RSA, les personnes accueillies ou accompagnées et les gens du voyage. **Etablir un diagnostic initial :** identification des obstacles au recours à la prévention et aux soins (obstacles liés au système, obstacles liés au public-ciblé), les besoins et attentes de ce public.

Les structures porteuses du projet médiation en santé peuvent être une association, une collectivité...

Rôle du médiateur en santé.

Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Son travail s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires.

Il crée ou recrée la rencontre avec les populations concernées (population cible et professionnels de santé/institutions) et instaurer une relation de confiance ;

Il facilite la coordination du parcours de santé ;

Il favorise les actions collectives de promotion de la santé en partenariat avec les professionnels de santé compétents et les associations œuvrant dans le champ de la promotion de la santé et du dépistage ;

Il participe aux actions structurantes du projet (veille/partenariat/travail d'équipe, remontée des dysfonctionnements du système).

Opérateur : structure porteuse du projet médiation en santé.

Evaluation : Evaluation du process. Nb de projets médiation en santé par département. Rapport d'activité de la structure porteuse du projet médiation en santé.

Eléments facilitateurs : Médiation en santé expérimentée en BFC (public : gens du voyage. Structure porteuse : association Gadjé. Profil de la médiatrice en santé : infirmière). Action également expérimentée dans le cadre du contrat engagement jeunes(Nièvre). Référentiel HAS la médiation en santé octobre 2017

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Le parcours santé des publics concernés par l'action est coordonné et une relation de confiance est instaurée ou réinstaurée entre eux et les acteurs du système de santé

5.2.3 Promotion des bonnes pratiques en matière d'hygiène dans les structures d'accueil des personnes migrantes

Objectif général : Accompagner les professionnels et les personnes migrantes à impulser une dynamique de promotion et d'éducation à la santé autour des questions d'hygiène de vie au sein de leur structure d'accueil et d'hébergement.

Objectifs opérationnels :

- ☞ **1 - Concevoir et mettre en œuvre une démarche participative de promotion de la santé sur les questions d'hygiène (corporelle, au niveau du cadre de vie : logement, cuisine...) ;**
- ☞ **2 - Renforcer les compétences des professionnels en charge de l'accompagnement à aborder les questions d'hygiène de vie avec les résidents.**

Public ciblé :

Professionnels (responsables de structure, intervenants action sociale, formateurs, coordonnateurs pédagogiques, accompagnateurs de vie sociale...) en charge de l'accompagnement au sein des structures d'hébergement et d'insertion.

Personnes migrantes accueillies et accompagnées dans ces structures.

Contenu de l'action :

- Organisation et dispensation de sessions de formation aux professionnels de ces structures, dans une démarche partenariale, sur l'hygiène de vie des personnes migrantes.

- Accompagnement à la mise en place d'actions de sensibilisation à destination des personnes migrantes, dans le prolongement des formations proposées.

Opérateur : antenne départementale IREPS

Evaluation : Evaluation du process. Nb de sessions de formation départementales réalisées, Nb de professionnels formés, Nb de projets accompagnés, Nb de structures accueillant un public migrants accompagnés.

Eléments facilitateurs : action déjà expérimentée dans l'Yonne. Un dossier documentaire "Migrations et santé" élaboré en février 2020. Protocoles réalisés par l'ARS.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ La mise en œuvre de bonnes pratiques en matière d'hygiène contribue à limiter le risque de propagation de certaines maladies infectieuses au sein des structures d'accueil des personnes migrantes implantées en BFC.

5.2.4 Dépistage des pathologies chroniques au sein des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion

Objectif général : Promouvoir efficacement le dépistage de pathologies chroniques au sein des structures d'accueil d'hébergement et d'insertion.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Favoriser le recours au dépistage des personnes accueillies au sein de structures du réseau accueil, hébergement et d'insertion.
- ☞ 2 - Accompagner le diagnostic et créer les conditions d'une prise en charge de qualité.

Publique ciblée : Personnes accueillies dans des structures d'accueil d'hébergement et d'insertion.

Site de l'intervention : structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

Pathologies ciblées en priorité : Diabète. Maladies rénales chroniques. Cancer du sein et cancer colorectal.

Organisation du dépistage au sein de la structure par une association de patients ou une structure de dépistage.

Annonce du diagnostic par le médecin

Accompagnement dans l'entrée dans les soins et dans le parcours de soins par un binôme professionnel de santé et un travailleur social de la structure.

Socle partenarial préalable à construire :

Gestionnaire de la structure d'accueil, d'hébergement et d'insertion. Association de patients ou structure de dépistage. Travailleur social de la structure. Médecin référent de la structure et/ou médecin traitant de la personne.

IDE référente de la structure. Si la structure ne dispose pas de professionnels de santé référents et si la personne n'a pas de médecin traitant, le partenariat devra être élargi à la CPTS du lieu d'implantation de la structure.

Élément facilitateur : action en cours de construction (association française des diabétiques avec foyer la manutention Dijon)

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Les personnes bénéficient d'un diagnostic précoce et leur entrée dans le parcours de soins est accompagnée

5.2.5 Rendez-vous santé migrant

Objectif général : Faciliter, par la santé, l'intégration dans la vie sociale et citoyenne des migrants primo-arrivants

Objectif opérationnel :

- ☞ Structurer et renforcer sur notre territoire régional le parcours santé des migrants primo-arrivants afin qu'ils puissent accéder à un RV santé.

Public ciblée : Primo-arrivants (à l'exception des ressortissants de l'union européenne) : étudiants, personnes arrivant dans le cadre de l'immigration familiale, travailleurs, demandeurs d'asile.

Site de l'intervention : un lieu unique

Partenariat à mettre en place pour organiser le RDV : PASS/PMI/CLAT/CeGiDD/CPAM/CMP ou EMPP/CPTS/Structure d'accueil de ce public.

Contenu du RV :**Dispensation d'informations sur :**

Les principes de la santé en France, les règles de fonctionnement du service public, les modalités d'accès, d'organisation et de fonctionnement du système de soins en France ; les modalités de prise en charge des soins (assurance maladie, ...) ; la santé des femmes, la santé et la protection des mineurs ...

Examen clinique général effectué par un médecin incluant systématiquement :

Une évaluation de l'exposition à des violences physiques et mentales et de leurs conséquences sur la santé (séquelles de sévices, dépression, syndrome post-traumatique, ...) ; le recueil des antécédents médicaux personnels (connus) du patient, en particulier des allergies, et des consommations de tabac, d'alcool et de toxiques.

Evaluation et mise à jour du statut vaccinal

Dépistage de la tuberculose pour toutes les personnes provenant ou ayant séjourné dans un pays de haute endémicité tel que défini par l'OMS, quels que soient leur âge et leur statut vaccinal vis-à-vis du BCG.

Dépistage VIH, VHB, VHC.Coordination des partenaires

Mettre en place un outil de coordination entre les intervenants.

Éléments facilitateurs : Instances territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les ISS. RDV en cours de construction dans le Doubs dans le cadre de l'instance territoriale. Coordination régionale des PASS. CeGIDD. CLAT, PMI.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Le RDV santé proposé dans les 4 mois aux migrants primo-arrivants contribue à leur insertion dans la vie sociale et citoyenne

5.3 AXE 3 : DIVERSIFICATION ET DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE ET SANITAIRE

Le parcours de vie des personnes les plus éloignées, voire exclues de notre système de santé, nécessite une prise en soins globale et adaptée répondant à la complexité de leur situation. Le développement et la diversification des structures et dispositifs médico-sociaux et sanitaires dédiés à ces personnes permettent cette dernière. Toutefois, ces dispositifs ne doivent pas suppléer l'offre de droit commun. Il ne s'agit non pas de créer une filière population en situation de précarité complètement cloisonnée, mais bien d'œuvrer à la construction d'un parcours et des relais nécessaires aux transitions vers le droit commun.

Les structures médico-sociales populations à difficultés spécifiques que sont les appartements de coordination thérapeutique (ACT), le Un chez Soi d'Abord (UCSD), les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'accueil médicalisés (LAM) offrent, en sus de l'accompagnement médico-social, les conditions d'un hébergement ou d'un logement favorables au rétablissement de la santé des personnes qui y sont accueillies. Néanmoins, elles sont de plus en plus confrontées à des problèmes d'immobilier et de locaux nécessitant d'être rénovés.

De plus, ce public dont la nature est plutôt diversifiée par ses trajectoires singulières, se trouve généralement dans l'incapacité de formuler et de négocier sa demande de soins. Leur adhésion à une démarche de soins et à un projet thérapeutique requiert d'aller à leur rencontre.

Les modalités d'aller-vers que sont la mission complémentaire ACT hors les murs (ACT HLM) rattachée aux ACT classiques, la mission facultative LHSS Mobiles rattachée aux LHSS avec hébergement, les équipes mobiles santé précarité (EMSP), les équipes spécialisées soins infirmiers précarité (ESSIP), offrent des bénéfices incontournables dans l'accès aux soins des publics les plus démunis, la continuité du projet thérapeutique et favorisent la dynamique d'insertion/réinsertion sociale.

5.3.1 Consolidation de l'offre médico-sociale population à difficulté spécifique (SMS PDS) avec hébergement

Objectif général : Offrir aux personnes les plus fragiles socialement et psychologiquement les conditions nécessaires à une prise en soins globale et de qualité.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Permettre aux personnes les plus fragiles socialement et psychologiquement et aux personnes sans domicile fixe de bénéficier d'un accompagnement médico-social garant de la continuité et de la qualité des soins engagés.
- ☞ 2 - Faciliter leur insertion/et ou réinsertion dans l'offre de santé de droit commun, dès lors que celle-ci est possible, mais aussi dans une vie sociale et citoyenne.

Public ciblé : Personnes fragiles socialement et psychologiquement. Personnes les plus éloignées de l'offre de droit commun.

Poursuite des actions suivantes :

1) En articulation avec l'instance régionale de stratégie renforcée de lutte contre les ISS et les instances territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les ISS et en concertation avec le réseau régional :

- Identification et analyse des besoins, au regard des besoins populationnels et du maillage territorial, en places d'ACT (appartements de coordination thérapeutique), « Un chez soi d'abord », LHSS (lits halte soin santé) et les LAM (lits d'accueil médicalisés).
- Construction des argumentaires concernant les besoins à remonter au niveau national.
- Planification de l'offre selon les places obtenues dans le cadre de la campagne budgétaire.

2) Structuration et formalisation par les gestionnaires des structures des modalités collaboratives avec les acteurs du champs social, sanitaire et médico-social du droit commun.

Éléments facilitateurs : Réseau régional SMS PDS. Instance régionale et territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les ISS

Évaluation :

- Nombre de places créées selon les besoins identifiés. Livrables : tableau de bord.
- Rapports d'activité des structures

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ La cohérence et la pertinence du maillage territorial permettent de réunir les conditions nécessaires à une prise en soins globale et de qualité

5.3.2 Développement de l'offre « aller vers » médico-sociale

Objectif général : Développer et conforter le déploiement de l'offre « aller-vers » déjà débuté sur le territoire régional.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Faciliter le recours à la prévention et aux soins ;
- ☞ 2 - Favoriser le retour vers l'offre de droit commun ;
- ☞ 3 - Développer et renforcer l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé;
- ☞ 4 - Renforcer l'articulation des secteurs du sanitaire, du social et du médico-social afin d'apporter une réponse globale aux personnes accompagnées.
- ☞ 5 - Assurer la complémentarité avec les équipes mobiles sociales pratiquant l'aller-vers en milieu rural ou en quartier prioritaire de la ville

Public ciblé : Personnes fragiles socialement et psychologiquement. Personnes les plus éloignées de l'offre de droit commun.

1) En articulation avec l'instance régionale de stratégie renforcée de lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) et les instances territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les ISS :

- Poursuite du déploiement de places ACT HLM et de la mission LHSS mobiles.
- Identification des territoires non couverts par la mission LHSS mobiles et création d'EMSP pour répondre à leurs besoins.
- Evaluation de l'activité des places d'ESSIP et identification des besoins sur les autres territoires.
- Construction des argumentaires concernant les besoins à remonter au niveau national.
- Planification de l'offre selon les places et la dotation obtenues.
- Elaboration et lancement d'appels à manifestation d'intérêt concernant les créations d'EMSP et d'ESSIP.

Éléments facilitateurs : Réseau régional SMS PDS. Instance régionale et territoriales de stratégie renforcée de lutte contre les ISS.

Évaluation :

- Nombre d'outils allers vers déployés et périmètres d'intervention. Livrables : tableau de bord. Rapport d'activité

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ La cohérence et la pertinence du maillage territorial de l'offre en « aller-vers » favorise l'équité en santé

5.3.3 Renforcement de la mission des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les PASS jouent un rôle fondamental dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Elles sont identifiées et reconnues sur leur territoire comme des acteurs pivots, garants de l'accès aux soins de ce public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. Elles sont à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médicosociaux.

L'instruction du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières fournit un référentiel actualisé de leurs modalités organisationnelles et fonctionnelles. La coordination régionale doit accompagner la mise en œuvre de ce nouveau référentiel à partir d'un bilan réalisé.

Objectif général : Accompagner la mise en œuvre du cahier des charges destiné à consolider les PASS et les conforter dans leur mission sur leur territoire d'implantation.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Poursuivre la dynamique régionale impulsée avec la coordination des PASS ;
- ☞ 2 - Structurer le réseau des PASS ;
- ☞ 3 - Renforcer la visibilité de l'action de l'ensemble des PASS;
- ☞ 4 - Accompagner leur développement.

Public ciblé : bénéficiaires directs : Professionnels des PASS. Bénéficiaires indirects : publics des PASS

Actions :

- Réactiver le COPIL régional des PASS.
- Définir avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) une trajectoire afin d'organiser et de faciliter les modalités d'accès à une PASS à l'échelle du GHT ;
- Consolider les équipes des PASS conformément au cahier des charges ;
- Déployer prioritairement des PASS ambulatoires de proximité dans les pôles urbains, facilitant le lien avec la prise en charge en ville ;

Éléments facilitateurs : Coordination régionale des PASS. Convention CPAM/PASS dans le cadre du programme PLANIR. Dialogue de gestion avec les GHT.

Évaluation :

- Activité des PASS. Composition des équipes. Taux de couverture territoriale d'accès à une PASS.

Livrables

- Rapports d'activité des PASS (Piramig). Rapport d'activité de la coordination régionale des PASS.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ La consolidation des missions des PASS et le maillage territorial permettent leur accès et contribuent à lever le frein du renoncement aux soins

5.3.4 Renforcement des équipes mobiles psychiatrie précarité

Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion sont plus souvent en souffrance psychique ou atteintes de pathologies mentales psychiatriques nécessitant à la fois un repérage et une prise en charge précoces en lien avec un décloisonnement des acteurs. De par leur situation précaire, ces personnes sont plus touchées que les autres par un accès difficile de la ressource en santé mentale : déficit de professionnels sur certains territoires, délais d'attente trop longs, difficulté à se déplacer pour les personnes.

Les EMPP créées par la circulaire DHOS du 23 novembre 2005, s'inscrivent dans les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Elles ont pour missions :

- D'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;
- D'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

De plus, les mesures du Ségur de la santé les identifient comme un acteur privilégié des démarches « d'aller-vers » et confortent leur rôle.

Objectif général : Améliorer le repérage et la prise en charge précoce de la souffrance psychique ou atteintes de pathologies mentales psychiatriques.

Objectif opérationnel :

☞ **Organiser et structurer le déploiement de l'offre en EMPP**

Public ciblé : bénéficiaires directs : Professionnels des EMPP. Bénéficiaires indirects : les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion en souffrance psychique ou atteintes de pathologies mentales psychiatriques.

Actions :

- Identifier les besoins territoriaux en s'articulant avec les PTSM
- Assurer le maillage territorial et de la complémentarité avec les autres dispositifs « d'aller vers »
- Accompagner la mise en œuvre du cahier des charges national des EMPP à venir
- S'assurer des modalités partenariales mises en place avec les acteurs du réseau accueil, hébergement, insertion ainsi qu'avec les acteurs du champ sanitaire, notamment les PASS

Éléments facilitateurs : PTSM, CLSM

Evaluation :

- Activité des EMPP. Composition des équipes. Taux de couverture territoriale des EMPP.

Livrables

- Rapports d'activité des EMPP (Piramig). Rapport d'activité des coordinateurs des PTSM.

RESULTATS ATTENDUS

☞ Le maillage territorial par les EMPP et la consolidation de leurs missions contribuent au repérage et à la prise en charge précoce des troubles psychiques et des pathologies mentales psychiatriques

6. LES MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Les moyens financiers mobilisables par l'ARS sont le fond d'intervention régional, la dotation annuelle de financement psychiatrie et les crédits ONDAM médicosociaux.

Fonds régional d'intervention (FIR)

Dans le cadre du PRAPS, l'ARS a conclu des CPOM avec des opérateurs pour soutenir notamment la mise en place et le déploiement d'actions sur l'ensemble du territoire. L'opérateur régional vient en appui de la territorialisation.

Parallèlement, il peut être fait appel au FIR dans le cadre de ladite territorialisation si la déclinaison de la stratégie interventionnelle du PRAPS le nécessite.

Ces financements ne sont pas systématiquement pérennes. Il est donc primordial de rendre lisibles et d'objectiver les besoins, de rechercher avec les partenaires les sources de co-financement, le partage ou la mise à disposition possibles de moyens logistiques et/ou humains.

Par ailleurs, la source de financement d'un dispositif propre au PRAPS : les Permanences d'Accès aux Soins de Santé a changé en 2022. Les PASS étaient auparavant financées par la Mission d'Intérêt Général d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), elles sont désormais financées sur l'enveloppe FIR. Les moyens financiers qui leur sont alloués le sont sur la base d'un rapport d'activité annuel permettant d'évaluer notamment leur file active, la composition de leur équipe mais aussi leur volet qualitatif, leur efficacité, la qualité de la réponse apportée, sur leur territoire d'implantation, à des besoins qui devront être objectivés. La coordination régionale des PASS est également financée par l'enveloppe FIR.

Dotation Annuelle de Financement (DAF) psychiatrie

Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) sont financées sur la DAF psychiatrie. Leur dotation tient compte également de leur rapport d'activité et de la qualité de la réponse apportée, sur leur territoire d'intervention, à des besoins objectivés.

Objectif National des dépenses l'Assurance Maladie (ONDAM) médico-social spécifique

Le financement des structures médico-sociales population à difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique, lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés, relève de l'ONDAM médico-social spécifique dans le cadre d'une campagne budgétaire annuelle.

Cette source de financement est également celle des outils aller-vers issus de la mesure 27 du Ségur de la Santé : lits halte soins santé mobiles, équipes mobiles santé précarité, équipes soins spécialisés infirmiers précarité (ESSIP), Appartements de coordination thérapeutique hors les murs.

A noter une spécificité concernant le financement de la structure Un chez Soi d'Abord. Ce dernier fait l'objet d'un double financement : volet accompagnement sur l'ONDAM médico-social spécifique et volet logement sur le BOP 177.

Le ministère chargé des solidarités demande aux ARS de faire remonter leurs besoins afin d'estimer la dotation au regard de la disponibilité des financements. Il est donc important d'être en mesure d'évaluer l'activité et la qualité du service rendu sur notre territoire par ces structures et d'objectiver les besoins.

7. LES MODALITES D'EVALUATION DU PRAPS

L'instance régionale de stratégie renforcée de lutte contre les inégalités en santé évaluera l'efficacité de la déclinaison du PRAPS sur les territoires.

Cette évaluation s'appuiera:

- Sur les rapports d'activité qui seront demandés aux opérateurs ayant un financement sur le FIR, les rapports d'activité renseignés dans l'outil national Piramig par les PASS et les EMPP, les rapports d'activité ACT/LHSS/LAM dont la trame est en cours de construction au niveau national ;
- Sur l'évaluation réalisée par les instances territoriales concernant la déclinaison du PRAPS sur leurs territoires : points forts, points de vigilance, besoins éventuels argumentés.



Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

2023 - 2028

PREAMBULE

PREAMBULE

SOMMAIRE

1. DU CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE AU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	4
2. EVALUATION DU SRS 2018-2023 ET DU PRAPS 2018-2023 – PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS	7
3. LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE : UNE PROBLEMATIQUE TRANSVERSALE A L'ENSEMBLE DE LA POLITIQUE REGIONALE.....	17

1. DU CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE AU SCHEMA REGIONAL DE SANTE

1) UN SCHEMA REGIONAL DE SANTE EN COHERENCE AVEC LE COS

Notre système de santé est confronté à cinq défis majeurs identifiés dans le cadre d'orientation stratégique (COS) lequel a été revu et actualisé dans le cadre des travaux de révision du SRS : 1. du vieillissement et de l'autonomie, 2. des maladies chroniques, 3. de la santé mentale, 4. de la démographie déficitaire des professionnels de santé, 5. de l'environnement et du changement climatique.

Pour y répondre, l'ARS et l'ensemble des acteurs de Bourgogne-Franche-Comté ont priorisé six orientations régionales : 1. faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé, 2. favoriser l'autonomie des personnes dans le respect des choix de vie de chacun, en facilitant leur inclusion et leur autodétermination, 3. garantir l'équité en structurant une offre de santé diversifiée, de proximité, coordonnée et innovante, centrée sur le parcours de l'utilisateur, 4. faire progresser la pertinence des soins, la performance et la qualité du système de santé, 5. attirer et fidéliser les professionnels nécessaires aux besoins de la population, 6. soutenir la concrétisation de solutions innovantes par l'amélioration territoriale et partenariale de l'action publique.

La mise en œuvre de ces orientations s'appuie notamment sur une politique de parcours de santé dans les territoires laquelle permettra d'améliorer la coordination entre l'ensemble des acteurs de l'ambulatoire, de l'hôpital et des secteurs social et médico-social.

Ces orientations sont reprises et présentées ci-après, de façon plus opérationnelle, dans le schéma régional de santé, document qui fixe les objectifs et résultats attendus à cinq ans.

Parce que la santé est dans toutes les politiques et que, par conséquent, la santé est l'affaire de tous, les chantiers du schéma régional de santé ne pourront être menés qu'en partenariat et en dialogue étroit avec l'ensemble des parties prenantes : les usagers, les acteurs institutionnels, les professionnels de santé et leurs représentants, les établissements sanitaires et médico-sociaux et les élus des collectivités territoriales, dans le cadre d'une démocratie en santé renforcée au sein des territoires.

2) STRUCTURE DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE

Le schéma régional de santé qui suit développe, en plus de soixante-dix fiches regroupées en huit parties, les grandes orientations de la politique régionale de santé présentées dans le cadre d'orientation stratégique. Pour en faciliter la lecture ainsi que son appropriation par les acteurs, ce document est publié sous forme de livrets thématiques lesquels correspondent à une partie du SRS.

Le diagnostic régional

Le schéma régional de santé s'appuie sur un diagnostic régional lequel doit être réalisé avant élaboration ou avant révision. La structuration du diagnostic suit les recommandations nationales telles que définies dans le décret du 26 juillet 2016 relatif au PRS et respecte celle du diagnostic précédent afin notamment de pouvoir faire quelques comparaisons. Il présente, dans une première partie, un état des lieux de la situation démographique et épidémiologique régionale (démographie et environnement socioéconomique) et, dans une deuxième partie, les éléments relatifs à l'état de santé (vue d'ensemble, approche par pathologie, recours aux soins, accès à l'offre des soins). Le diagnostic, intitulé « Diagnostic comparé à mi-parcours » fait l'objet d'une annexe du projet régional de santé révisé.

La structure du SRS

S'agissant d'une révision, la structuration du SRS 2023-2028 se rapproche de celle du SRS 2018-2023 avec toutefois des évolutions.

En premier lieu sont présentés, comme dans le SRS 2018-2023, les objectifs en matière de prévention et de promotion de la santé, socles de notre système de santé.

La deuxième partie aborde la question de la démographie des professionnels de santé et expose les objectifs du plan régional attractivité.

La troisième partie traite du sujet de l'innovation en santé en faisant une large place au numérique en santé.

La quatrième partie développe les travaux relatifs aux dix parcours mis en œuvre en région Bourgogne-Franche-Comté, dispositifs fondés sur la transversalité, reposant sur la coordination et plaçant l'utilisateur au centre de la prise en charge.

Les parties 5 à 7 exposent les sujets relatifs à, d'une part, la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge, d'autre part, l'offre de santé et les évolutions du système de santé, enfin la planification de l'offre de soins laquelle est abordée en détail.

La dernière partie du schéma évoque les modalités de sa mise en œuvre avec en particulier la déclinaison territoriale et la place de la démocratie en santé.

Ainsi, chaque partie du SRS trouve une correspondance logique avec une partie du COS.

La structure des fiches thématiques

Chaque fiche du SRS présente dans sa première partie des éléments de diagnostic en rapport avec le thème traité. Sont ensuite déclinés les objectifs généraux et opérationnels, quelques exemples d'actions ainsi que des résultats attendus.

Parce que la santé est un tout et que le schéma régional de santé est unique, l'articulation entre les différentes politiques et les différents dispositifs ainsi que la transversalité entre les approches et parcours font l'objet des deux dernières parties de la fiche.

La partie opposable du schéma régional de santé

Le schéma régional de santé comporte des objectifs quantitatifs et qualitatifs visant à prévoir, d'une part, l'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux (partie 6) et, d'autre part, l'évolution de l'offre de soins par activité de soins et équipements matériels lourds (partie 7) ; ces objectifs sont opposables aux établissements et structures concernés.

2. EVALUATION DU SRS 2018-2023 ET DU PRAPS 2018-2023 – PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

Le document relatif à l'évaluation est disponible sur le site : www.ars.bourgogne-franche-comte.sante.fr.

1) CONTEXTE

Le code de la santé publique précise que le schéma régional de santé (SRS) est révisé, après évaluation, au moins tous les 5 ans. De même, le PRAPS lequel a une durée de 5 ans est révisé concomitamment au SRS. Ainsi, dans le cadre de la révision de ces deux volets du PRS, une évaluation externe a été menée tout au long de l'année 2022, par le cabinet Planète Publique :

- Par une approche qualitative, principalement à partir d'entretiens conduits auprès des acteurs de la région, mais aussi visites sur site, analyses documentaires, focus groups, l'évaluation s'est concentrée dans un premier temps sur l'étude de neuf dispositifs, représentatifs des principales priorités du PRS. L'enjeu principal de l'évaluation était d'analyser les progrès réalisés au regard de quelques grandes priorités du PRS, de comprendre le chemin parcouru et restant à parcourir dans le cadre de la deuxième période de la programmation du PRS, soit 2023-2028.
- À partir de ces 9 monographies, une analyse transversale a été conduite dans un deuxième temps afin de tirer les principaux enseignements portant sur différents axes structurants pour la suite de la mise en œuvre du PRS, identifier des freins et leviers et repérer des facteurs clés de succès dans la mise en œuvre du PRS, ou des freins persistant.

2) PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS PAR DISPOSITIF

Réseau sport santé (RSS) et parcours d'accompagnement sportif pour la santé (PASS)

Objectif du SRS : Développer l'activité physique et sportive adaptée auprès des populations prioritaires.

Une amélioration du maillage de la région et une offre qui touche le bon public

- Une augmentation de l'offre d'activité physique adaptée sur l'ensemble du territoire
- Une répartition inégale de l'offre dans les départements et entre les zones urbaines et rurales
- Un dispositif qui cible bien son public et permet de toucher le public très éloigné du sport (patients en affection de longue durée ou en perte d'autonomie)

Une mobilisation inégale des acteurs et des points de blocages dans le parcours

- L'étape de la prescription comme frein potentiel à l'accès au dispositif dû à une mobilisation parfois difficile et inégale des médecins traitants
- Un travail important d'information et d'accompagnement vers l'activité physique adaptée (APA) par les médecins traitants et le réseau sport-santé (RSS) afin de motiver et orienter les patients vers l'APA
- Le réseau comme levier pour assurer une bonne orientation, propice à une pratique physique qui s'inscrit dans le temps
- Un accueil dans les structures de qualité et qui participe à inscrire la pratique dans le temps

Une reprise durable de l'activité physique permise par le PASS

- Une inscription de la pratique dans le temps avec peu de ruptures, grâce au travail pour lever les freins en amont
- Des apports positifs de l'APA qui ne se limitent pas à l'amélioration de leur santé physique: réduction des douleurs, réduction des effets des traitements, création de lien social, confiance en soi, changement des pratiques alimentaires...

Un travail de mise en cohérence et d'amélioration de la lisibilité de l'offre PASS à mener

- Des dispositifs de sport-santé complémentaires pour atteindre l'ensemble du public prioritaire ciblé par le PRS (RéPPOP)
- Une offre maison sport santé (MSS) à mieux articuler avec le RSS

Inclusion scolaire

Objectifs du SRS : Scolarisation à l'école de 50% des enfants accompagnés en établissements spécialisés en 2020, puis 80% en 2022 ; 50% de places de services dans l'offre médico-sociale.

Une progression importante de la scolarisation en milieu ordinaire, mais inégale entre les départements

- Une progression de la scolarisation en milieu ordinaire entre fin 2018 et début 2021
- Une modification des formes de scolarisation
- Des moyennes régionales qui masquent une grande variabilité entre les territoires

Une transition perçue par les partenaires, qui y adhèrent et l'ont accompagnée

- Une évolution forte de l'offre depuis 2018, quelques transformations restant encore à finaliser
- Une transition saluée mais qui engendre des points de vigilance exprimés par les acteurs
- Des leviers de transition spécifiques à chaque territoire et pour partie structurels

De nouveaux types de dispositifs dont la pertinence est saluée

- Externalisation des unités d'enseignement (UE) des établissements médico-sociaux
- Installation des unités d'enseignement en maternelle autisme et élémentaire autisme (UEMA et UEEA)
- Pôles d'Accompagnement Scolaire (PAS)
- Equipes Mobiles d'Appui médico-social à la Scolarisation (EMAS)

Des points de rupture dans les parcours principalement dans les interstices entre cycles

- Sortie d'UEMA / UEEA en scolarisation individuelle
- Entrée au collège et surtout au lycée
- Prise en charge de situations complexes

Des processus et des méthodes qui peuvent expliquer des résultats variables entre territoires

- Des méthodes plus ou moins « intégrées » de gestion des listes d'attente
- Des différences qui se retrouvent dans la méthode de gestion des crédits non reconductibles
- Plusieurs bonnes pratiques ou facteurs facilitants
- Une tension sur les places qui pèse sur la capacité à inclure précocement

Un objectif de 80% de scolarisation en milieu ordinaire qui paraît difficilement atteignable

- Des partenaires volontaires pour progresser, mais dubitatifs sur le réalisme de l'objectif chiffré
- Plus généralement, des difficultés matérielles, structurelles ou organisationnelles pour poursuivre l'inclusion dans le milieu ordinaire

Equipes mobiles de gériatrie (EMG)

Objectifs du SRS : Structurer les filières gériatriques sur le territoire régional pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences

Un dispositif pertinent qui répond à un réel besoin dans les territoires

- Des équipes pluridisciplinaires reconnues pour l'appui apporté face à des situations complexes
- Des files actives importantes des EMG
- Un âge de l'entrée en EHPAD qui recule dans deux des 3 départements analysés

Un déploiement confronté à des obstacles dans certains territoires liés à des effectifs réduits

- Des effectifs qui varient fortement entre EMG (entre 8,5 et 2,5 ETP)
- D'où une hétérogénéité du déploiement de certaines missions (déploiement extrahospitalier, déplacement sur site, suivi des actions)
- Un déploiement de la télémédecine difficile à mettre en place (effectifs et patients âgés) mais utile pour le suivi
- Une opportunité présentée par de nouvelles professions (IPA notamment)

Un recours aux EMG à ce jour principalement concentré en milieu intra-hospitalier

- Des modalités de sollicitation plus nombreuses en milieu intrahospitalier (« accès direct »...)
- Un niveau de connaissance variable des EMG par les acteurs extrahospitaliers (périmètre d'action et champs de compétence mal connus...)
- Des conventions qui demeurent rares entre EMG et ESMS
- Des délais de réponse et un suivi des recommandations difficile à mettre en œuvre qui constituent un frein au recours selon les acteurs

Un niveau d'articulation entre les EMG et les autres structures d'appui et établissements en voie de construction

- Une articulation étroite établie avec les acteurs intrahospitaliers
- Une coordination généralement peu formalisée avec les acteurs extrahospitaliers
- Une culture gérontologique commune dont la diffusion est à poursuivre

Un rôle d'orientation dans la filière à renforcer

Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Objectifs du SRS : Favoriser une meilleure répartition géographique des CPTS en définissant une politique d'implantation au regard des besoins des territoires sur des points d'offre.

Des projets portés par des noyaux de professionnels de ville motivés qui rencontrent des difficultés à s'élargir

- Des dynamiques issues de coopérations professionnelles antérieures, qui reposent sur un nombre restreint de professionnels « réellement actifs ».
- Des freins à la mobilisation bien identifiés et qui pourraient être levés par les appuis déployés qui sont à renforcer
- Un déploiement initial qui se traduit logiquement par une primauté des professionnels de ville
- Une participation moindre des autres acteurs en santé des territoires

Un maillage territorial des projets qui correspond globalement aux besoins des territoires et des populations

- Une logique de définition territoriale « ad-hoc » qui permet une adéquation avec les dynamiques locales
- Des spécificités qui émergent selon les typologies de territoires

Des CPTS qui trouvent leur place dans le paysage des acteurs de santé au niveau territorial

- Un positionnement à la bonne échelle territoriale pour dépasser les clivages et animer un réseau d'acteurs
- Les CPTS comme structures « ressources » facilement mobilisables par les professionnels et les élus

Des projets encore récents mais qui s'appuient sur des leviers pour répondre aux missions socles

- Un processus de formalisation perçu comme une étape difficile mais facilitée par certains leviers
- Une fonction de coordination structurante dans l'animation, le déploiement et parfois dès la phase de formalisation des projets
- Une signature ACI systématique des CPTS qui appuie un déploiement rapide d'actions autour de la mission socle « accès aux soins » dans les premières années de déploiement

Un stade de déploiement qui ne permet pas encore de mesurer le service rendu à la population

- Moins d'actions concrètes sur les volets organisation de parcours et prévention à ce stade
- Peu de visibilité sur l'impact des actions menées à ce stade au regard des missions du cahier des charges

Transports sanitaires urgents (TSU)

Objectifs du SRS : Conforter un accès aux soins urgents en moins de 30 mn par un maillage territorial adapté des services d'urgences, SMUR (...) et par la mobilisation des autres ressources de l'aide médicale urgente et du secours à la personne ; Réorganiser les TSU pour diminuer le nombre de carences ambulancières.

La Nièvre, terrain d'expérimentation à partir de 2019 pour la réorganisation des TSU

- La mise en place d'une sectorisation et d'une organisation du système de garde nouvelles
- Une tarification nouvelle pour favoriser la mobilisation des ambulances
- Une pré-mise en œuvre des principes de la réforme nationale en 2021
- Un dialogue accru entre acteurs et une plus forte mobilisation pressentie pour l'avenir

Une géolocalisation des moyens disponibles pour gagner en efficacité dans la réponse aux UPH

- Une gestion des TSU par l'utilisation d'un logiciel de régulation et de géolocalisation (Nièvre)
- Un gain de temps dans la recherche de moyens disponibles et l'attribution des missions
- Un procédé qui fluidifie l'organisation

Un travail de mise en lien et de rencontre qui a permis de formaliser un partenariat

- Des rencontres à géométrie variable permettant aux acteurs de mieux se connaître et d'ajuster les relations
- Une convention redéfinie et actualisée régulièrement pour optimiser la répartition des missions des parties prenantes
- La mise en place d'une fonction de coordination ambulancière pour améliorer la réponse ambulatoire

Des démarches parallèles au PRS déterminantes pour la gestion des TSU

- Un travail sur la gestion des lits et sur les sorties d'hospitalisation qui a impacté les TSU
- Un renforcement de la fiabilité de la transmission d'informations, par la dématérialisation, dans le cadre des missions TSU
- Une mise en place progressive de la réforme dans les territoires avant parution du décret en avril 2022

Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

Objectifs du SRS : Améliorer l'orientation et l'accès à des soins psychiatriques adaptés pour tous et réduction de la mortalité par suicide ; Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes concernées.

Une offre en santé mentale plus structurée depuis la mise en place des PTSM

- Une démarche d'élaboration ascendante pour répondre aux besoins
- Une « logique parcours de vie » insuffisamment investie à ce jour
- Le développement de nouvelles actions pour répondre à des besoins jusque-là sans réponse

Une coordination entre acteurs améliorée mais à approfondir

- Le rôle essentiel des coordinatrices dans la mise en lien des acteurs et la concrétisation des PTSM
- Une coordination antérieure dans les anciens territoires de Franche-Comté
- Des liens renforcés entre ville et hôpital, au bénéfice des patients
- Des coopérations concrètes entre professionnels à intensifier

Une articulation en cours avec les démarches parallèles en lien avec la santé mentale

- Des démarches en santé différentes selon les territoires (CTS, CLS, CLSM, CPTS)
- Des réflexions entamées mais à concrétiser pour favoriser la cohérence entre les démarches

Des modalités de fonctionnement globalement homogènes entre les territoires

- Des gouvernances structurées mais des difficultés dans la mobilisation des instances stratégiques
- Des modalités d'organisation adaptées à chaque territoire
- Un déploiement des actions partagé et un suivi régulier

Entretien prénatal précoce (EPP)

Objectifs du SRS : Améliorer l'accompagnement des parents pendant toute la période des 1000 premiers jours, éviter les discontinuités et renforcer les soutiens aux moments clefs ; Un échange qui prend en compte le contexte psycho-social, matériel et affectif du couple parental.

Une mobilisation inégale des professionnels dans le déploiement de l'EPP

- Une pratique de l'EPP qui se diffuse progressivement
- Des sages-femmes (SF) davantage mobilisées et investies dans la pratique de l'EPP

Des modes d'exercice qui peuvent influencer la pratique

- Souplesse d'organisation des SF libérales en fonction de l'offre en SF sur leur territoire d'implantation
- Des SF de PMI disponibles et moins soumises à un impératif de rentabilité de leur activité
- Des professionnels de maternité confrontés à une forte diminution de leurs effectifs

Une harmonisation des pratiques par le déploiement d'une formation commune à conforter

- Une culture commune en voie de construction et une dynamique à conforter
- Un consensus sur la définition, sur l'importance et sur l'intérêt de l'EPP, favorisé par le déploiement d'une formation
- Toutefois, des pratiques qui demeurent hétérogènes selon les modes et les territoires d'exercice

Un rôle de l'EPP dans l'organisation du parcours maternité et l'orientation des couples parentaux à ce jour peu identifié

- Un partage d'information limité entre les différents professionnels qui interviennent dans la prise en charge
- Un manque d'interconnaissance et une segmentation de l'activité des professionnels
- Des interrogations sur l'articulation avec la période post-natale au regard de la tension sur l'offre de prise en charge

Lits halte soins santé (LHSS)

Objectifs du PRAPS : Déployer les conditions d'une offre médico-sociale, sanitaire et sociale permettant une prise en charge globale et de qualité ; Diversifier et conforter l'offre médico-sociale pour populations spécifiques.

Un déploiement continu de l'offre pour apporter des réponses aux besoins identifiés dans les territoires

- Un développement quantitatif de l'offre sur l'ensemble de la région depuis 2017
- Un nombre de places jugés suffisant et en capacité de répondre aux difficultés identifiées sur le territoire
- Un public accueilli hétérogène et une augmentation des polyopathologies complexes

Une entrée dans le dispositif tributaire de la mobilisation des partenaires dans le processus d'orientation et marquée par la structuration des LHSS

- Des demandes majoritairement à l'initiative des établissements de santé
- Des dynamiques de coopération entre les acteurs sanitaires et sociaux dans l'orientation vers les LHSS
- Des modalités d'admission propres à chaque structure
- Un nombre de refus motivé par des dossiers inéligibles

Un accompagnement médico-social coordonné qui s'adapte aux besoins

- Des conditions d'accueil de qualité mais à forme variable
- Des équipes pluridisciplinaires qui apportent une réponse sanitaire et sociale coordonnée avec les partenaires médico-sociaux
- Un travail sur le « soin » au sens plus large
- Des patients très satisfaits de l'accompagnement médico-social des LHSS

Un accompagnement et un ancrage territorial qui permettent de proposer des projets de sortie généralement adaptés

- Un travail d'accompagnement des patients qui permet de coconstruire un projet personnalisé de sortie adapté
- Une construction du projet de sortie et des cas complexes qui allongent la durée du séjour
- Des sorties généralement adaptées aux besoins mais limitées par l'offre disponible sur le territoire

Une vraie pertinence de l'offre « d'aller vers » des LHSS mobile en complément des LHSS avec hébergement

eTICSS

Objectifs du SRS : Etendre au-delà des patients les plus complexes et généraliser eTICSS sur tout le territoire régional

Trois projets étudiés : des histoires et des finalités différentes

- Le projet « sorties d'hospitalisation » porté par le CHRUB et le DAC-FC
- Le projet IPEP / RP Diabète porté par le GH70
- Le projet Espace médical nutrition et obésité (EMNO)

Des usages variés incarnant les différentes ambitions d'eTICSS

- Un usage qui peut amener à remplacer un outil au sein d'une structure
- Un usage axé sur l'orientation et l'adressage de patients
- Un usage en développement lié à l'analyse d'une patientèle/population
- Des besoins non couverts à ce stade dans certains cas, ou au contraire des usages non encore développés

Une méthode de travail jugée classique et adaptée

- Un travail d'expression des besoins satisfaisant qui amène peu de remarque des acteurs
- Une étape de traduction des besoins bien accompagnée

Des effets positifs sur les pratiques des professionnels du « premier cercle »

- Pour les trois projets : une mise en évidence par les professionnels d'un effet positif pour fluidifier les échanges entre les professionnels de ville et l'hôpital et plus généralement entre les spécialistes et le premier recours.

Des attentes pour continuer à élargir le cercle des utilisateurs, des difficultés anticipées et des leviers identifiés

- Un travail d'amorçage à engager pour mobiliser au-delà du « premier cercle »
- Un travail majeur restant à opérer en termes d'interopérabilité et d'articulation entre les plateformes
- Une crainte des bugs et des difficultés techniques, liée aux premières phases d'eTICSS
- Plus généralement un frein lié au changement de pratique et au coût d'entrée perçu au changement
- Des approches de mobilisation « tactiques » pour contourner ces difficultés

3) PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS TRANSVERSAUX ET RECOMMANDATIONS

Priorité Prévention

Principaux enseignements

Leviers

- Une adhésion croissante des professionnels en matière de prévention, qui permet d'impulser des dynamiques
- Un développement de compétences spécifiques et une évolution des pratiques
- Un décentrage par rapport à la vision sanitaire inhérente à la formation des professionnels

Freins

- Une disponibilité des professionnels limitée par la demande de soin, qui influence la perception des priorités
- Un passage d'une logique réponse à une demande des usagers à une logique de proposition pas toujours évidente à mettre en pratique

Recommandations

- Évaluer les conditions d'action réelles et perçues des acteurs
- Poursuivre l'accompagnement du développement des compétences
- S'appuyer sur d'autres professionnels que les médecins et sur d'autres relais en dehors des professionnels de santé
- Renforcer les ponts et relais entre prévention médicalisée et universelle

Priorité Parcours

Principaux enseignements

Leviers

- Une identification des étapes stratégiques des parcours, exposées aux risques de blocages, déterminante dans la méthode
- Une lisibilité d'ensemble de l'offre de coordination à maintenir à l'échelle des territoires
- Un déploiement d'outils de structuration des parcours et de coordination facilitant

Freins

- Des cloisonnements persistants entre les acteurs de différents champs intervenant dans la mise en œuvre des dispositifs, parfois renforcés par la structuration et la spécialisation de l'offre de soins
- Des ressources dédiées à un accompagnement individualisé souvent nécessaires

Recommandations

- Prendre en compte les enjeux institutionnels
- Veiller à la pertinence de l'ingénierie de projet
- Investir dans des rôles de coordination adaptés
- Construire l'articulation des différentes coordinations se mettant en place

Priorité Territorialisation

Principaux enseignements

Leviers

- Une adaptation des stratégies régionales aux réalités locales permise par des méthodes de mises en œuvre intégrant cette logique, ou bien par le choix de conduire la mise en œuvre directement à l'échelle locale
- Un accompagnement et une co-construction avec les acteurs de terrain
- Le choix de la bonne échelle de déploiement, permettant de favoriser la complémentarité des dispositifs
- L'appui sur des relais locaux et la mobilisation de dynamiques interterritoriales

Freins

- Une structuration territoriale impulsée par un cadre stratégique commun mais influencée par des facteurs déterminants eux-mêmes territorialisés
- Des objectifs de couverture territoriale et d'harmonisation qui se heurtent à la réalité de terrain
- Un rôle d'intégrateur territorial de certains dispositifs (CPTS, PTSM) qui reste à ce jour encore limité

Recommandations

- Poursuivre le soutien des logiques d'intégration amorcées, constituant un investissement à moyen-long terme dans la structuration des territoires
- Poursuivre le travail de co-construction avec les acteurs
- Soutenir les échanges de pratiques entre acteurs en misant notamment sur la complémentarité des différents niveaux d'action
- Porter une attention aux découpages non superposés et soutenir les acteurs à cheval qui doivent redoubler d'efforts d'articulation

Autres freins et leviers

Principaux enseignements

Leviers

- Une implication des acteurs renforcée par une nouvelle tarification, de nouvelles missions ou un recours à de nouveaux professionnels
- La mise en place de moyens humains spécifiques tels que des coordinateurs
- Le développement de l'interconnaissance et la construction d'une culture commune
- Le choix de modalités de mise en œuvre propres à chaque projet, la mise en place possible d'expérimentations
- La mobilisation, l'incitation et l'animation des réseaux d'acteurs
- Le déploiement de moyens dédiés
- L'articulation intra et interinstitutionnelle, l'articulation entre dispositifs
- La capitalisation sur les coopérations préexistantes
- Le déploiement d'outils facilitant ou structurant l'action des professionnels

Freins

- Des difficultés d'implication des acteurs
- La rareté de certaines expertises professionnelles dans les territoires
- Les cloisonnements entre différents champs de la santé dans les territoires
- Les délais d'appropriation et d'opérationnalisation des outils
- Les limites d'interopérabilité et les cloisonnements du système de santé

Recommandations

- Poursuivre la mobilisation de la diversité des cadres d'action régionale et des modalités de mise en œuvre
- Valoriser et soutenir le rôle d'accompagnement : par l'ARS, par les relais tels que les CPTS, par les partenaires
- Pallier la disponibilité limitée de certains professionnels en s'appuyant sur les complémentarités de compétences existantes
- Maintenir la cohérence stratégique mise à mal par les temporalités multiples des projets et acteurs

3. LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE : UNE PROBLEMATIQUE TRANSVERSALE A L'ENSEMBLE DE LA POLITIQUE REGIONALE

La santé touche le quotidien de l'ensemble des Bourguignons-Francs-Comtois : avoir un médecin traitant, obtenir rapidement un rendez-vous, accéder à des soins médicaux spécialisés dans un délai approprié à leurs besoins. Autant d'attentes qui doivent être satisfaites au même niveau de qualité sur l'ensemble de notre région non seulement dans les zones rurales plus ou moins isolées mais aussi dans certaines zones urbaines.

Cependant, ces attentes sont dépendantes du nombre de professionnels de santé disponibles. Quelle que soit la pertinence d'une politique de santé, elle n'a de sens que si des femmes et des hommes sont en capacité de la mettre en œuvre au plus près de nos concitoyens. Or la démographie des professionnels de santé en Bourgogne-Franche-Comté n'est pas favorable, en comparaison des moyennes nationales.

Son amélioration apparaît comme un prérequis de l'ensemble des objectifs affichés dans le SRS et concerne aussi bien le champ de la prévention, de l'ambulatoire, de l'hospitalier, du premier recours, du second recours, du médico-social...

Les réponses régionales font l'objet d'un plan de mobilisation collective organisé autour de 4 axes prioritaires :

- Attirer vers les métiers et former les jeunes et les demandeurs d'emploi
- Recruter et fidéliser les professionnels en améliorant l'attractivité des emplois
- Faciliter les activités et accompagner à la montée en compétence
- Attirer et conserver les professionnels sur les territoires

Ces sujets sont développés dans le livret 4 Attractivité 5 de ce schéma régional de santé.



Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

**LIVRET 1 – PREVENTION ET
PROMOTION DE LA SANTE**

PREVENIR ET EDUQUER AU PLUS TOT, DYNAMISER LA PROMOTION DE LA SANTE DANS UNE APPROCHE GLOBALE

SOMMAIRE

1.1	UNE SEULE SANTE : UNE APPROCHE SYSTEMIQUE DE LA SANTE.....	4
1.2	RENFORCER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE ET LEUR TERRITORIALISATION	9
1.3	PREVENTION THEMATIQUE	14
1.3.1.	SANTE DES ENFANTS ET DES JEUNES	14
1.3.2.	ADDICTION.....	25
1.3.3.	NUTRITION ET SPORT SANTE.....	29
1.3.4.	VACCINATION.....	35
1.3.5.	EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT.....	41
1.3.6.	SANTE SEXUELLE.....	45
1.4	AGIR SUR LES DETERMINANTS DE SANTE ENVIRONNEMENTALE : PROJET REGIONAL SANTE ENVIRONNEMENT (PRSE 4).....	48

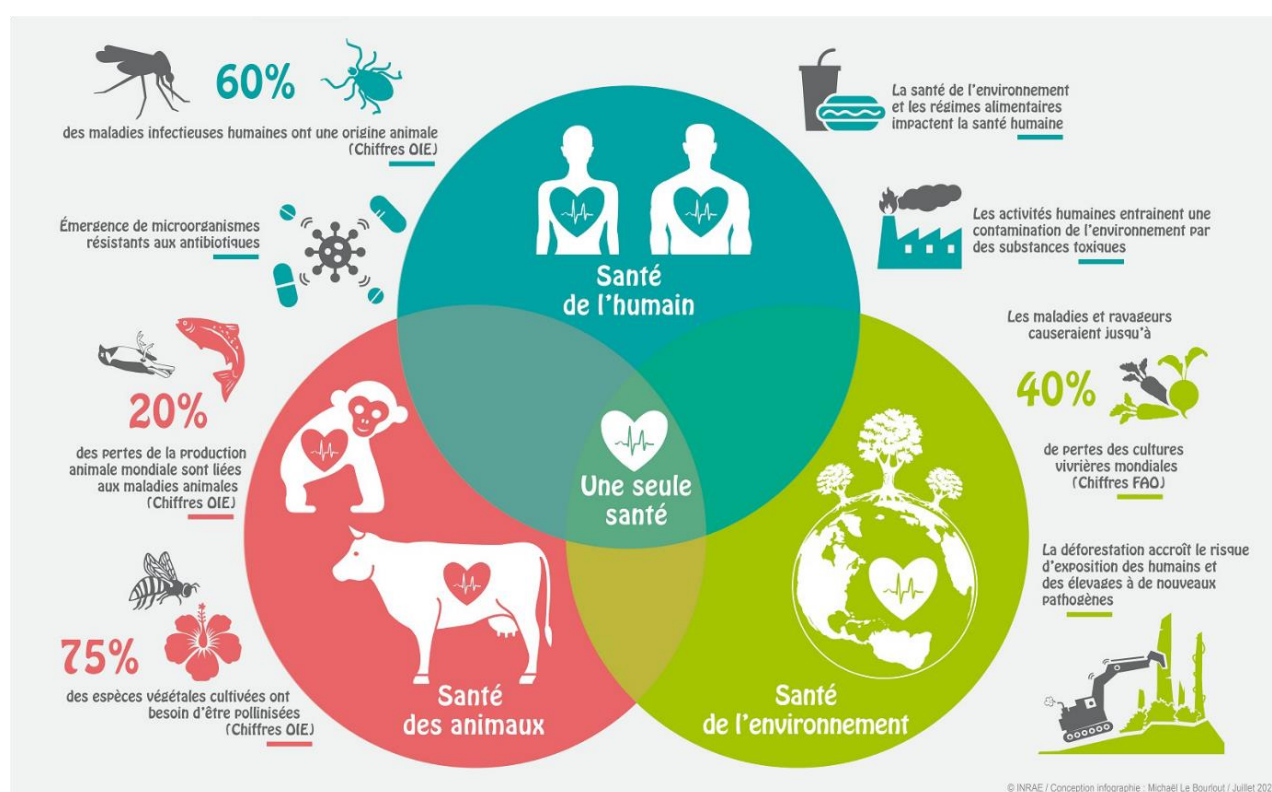
1.1 UNE SEULE SANTE : UNE APPROCHE SYSTEMIQUE DE LA SANTE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Le concept « Une seule santé », c'est « penser la santé à l'interface entre celle des animaux, de l'Homme et de leur environnement, à l'échelle locale nationale et mondiale. Cette manière d'aborder la santé dans le contexte mondial actuel de la pandémie liée à la COVID-19, permet de raisonner l'ensemble du système et trouver des solutions qui répondent à la fois à des enjeux de santé et des enjeux environnementaux ». (source INRAE).

Selon l'organisation mondiale de la santé, l'approche « Une seule santé » est « la principale démarche à adopter pour relever les défis sanitaires complexes auxquels la société doit faire face, tels que la dégradation des écosystèmes, les défaillances des systèmes alimentaires, les maladies infectieuses et la résistance aux antimicrobiens ».

Une seule santé peut être définie comme une « approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes »¹².



Source : INRAE

¹ Panel (OHHLEP) OHHLE, Adisasmito WB, Almuhaïri S, Behravesh CB, Bilivogui P, Bukachi SA, et al. Une seule santé: A new definition for a sustainable and healthy future. PLOS Pathogens. 23 juin 2022 ; 18(6):e1010537.

² Tripartite and UNEP support OHHLEP's definition of « Une seule santé ». Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/01-12-2021-tripartite-and-uneep-support-ohhlep-s-definition-of-one-health>

Cette approche répond à plusieurs enjeux :

- Au moins 60 % des maladies humaines infectieuses ont une origine animale. De nombreuses épidémies apparues ces dernières années, comme celles causées par les virus de la covid-19, Zika ou Ebola, ont en commun de venir des animaux.
- L'activité humaine joue un rôle majeur dans la propagation de ces maladies infectieuses animales ou humaines. L'accroissement de la population mondiale, la réduction de la diversité des espèces et l'augmentation exponentielle de celle des animaux domestiques, l'intensification des transports ont ainsi facilité la propagation de pathogènes. Dans le même temps, la dégradation de l'environnement, la déforestation et le développement des villes au niveau mondial ont favorisé le contact entre les animaux sauvages, les animaux d'élevage et l'être humain, ce qui a aidé la transmission de maladies.
- Enfin, le changement climatique en cours est un des indicateurs d'une dégradation durable de l'environnement et favorise par exemple l'adaptation d'animaux vecteurs d'agents pathogènes à de nouvelles zones géographiques. Ainsi, les maladies vectorielles ont un impact économique ou en santé publique croissant. Elles sont à l'origine de l'émergence de nouveaux agents pathogènes en Europe, comme le virus de la fièvre catarrhale ovine, le virus Schmallenberg, qui affecte les ruminants ou la multiplication par 30 des cas humains de dengue dans différentes régions du monde.

L'enjeu de l'approche *Une seule santé* est donc de favoriser les collaborations entre acteurs de la santé publique, animale, végétale et environnementale. Il permet également d'associer les sciences humaines et sociales, notamment l'économie, afin d'aborder les problématiques de façon interdisciplinaire en tenant compte des activités humaines. Inversement, cette « approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé...et qui améliore la responsabilisation des décideurs quant à leurs impacts sur la santé, et ce, à tous les paliers d'élaboration des politiques » (OMS, 2014) introduit la notion de « santé dans toutes les politiques ». Il s'agit de proposer une approche innovante pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques visant à réduire leurs conséquences néfastes sur les déterminants de la santé et du bien-être ainsi que sur les systèmes de santé.

L'approche *Une seule santé* n'est pas nouvelle mais sa popularité ne cesse d'augmenter^{3,4}. L'intitulé du Plan National Santé Environnement 4 « Un environnement, une santé » y fait d'ailleurs directement référence⁵. Le choix d'avoir un axe dédié au sein du PRSE4 est une innovation et une réelle opportunité.

Toutes les occasions existantes doivent être utilisées pour réaffirmer et faire connaître le lien entre protection de la biodiversité, la santé animale et la santé des êtres humains. Ce préalable est une nécessité tout comme l'est l'interconnaissance entre les professionnels de la santé animale, humaine et des écosystèmes afin de rendre possible les croisements d'expertises et l'intelligence collective.

³ « Une seule santé » – Une seule santé, santé humaine, animale, environnement : les leçons de la crise - Contribution du Conseil scientifique COVID-19. vie-publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/283782-one-health-une-seule-sante-sante-humaine-animale-environnementale>

⁴ Toutut-Picard É. Une seule santé : prendre en compte les liens entre santé humaine, santé animale et des écosystèmes. ADSP. 2021;116(4):62-3. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2021-4-page-62.htm>

⁵ Plan National Santé-Environnement 4 (PNSE 4) : « un environnement, une santé » (2021-2025) - Ministère de la Santé et de la Prévention. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/les-plans-nationaux-sante-environnement/article/plan-national-sante-environnement-4-pnse-4-un-environnement-une-sante-2021-2025>

2) OBJECTIFS

Le PRSE4 comporte un axe spécifique au thème « Une seule santé ». Deux objectifs ont été définis avec les actions suivantes :

Objectif 1 : Favoriser l'acculturation à une seule santé

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - *Développer des outils & méthodologies de mesure pour favoriser l'émergence de programmes, projets, actions respectueux du concept « Une seule santé »*

Exemples d'actions :

- ⊙ Créer et adapter un outil de prise en compte du concept une seule santé pour aider les acteurs à intégrer cette approche dans leurs projets ou leurs décisions. Il aura vocation à prendre en compte l'impact d'une action/d'un projet dans les différents domaines du concept une seule santé (santé animale, humaine, impact sur écosystème avec une attention particulière sur les aspects de préservation des ressources en eau, consommation énergétique raisonnée, faible impact carbone...). Il comportera :
 1. Un objectif d'auto-évaluation grâce à son contenu accessible, simple d'utilisation, compréhensible
 2. Une explicitation rapide du concept une seule santé
 3. Il sera le fruit d'un travail de concertation entre chercheurs/experts et représentants élus et agents de collectivités territoriales
 4. Il étudiera la possibilité de proposer une réflexion à deux niveaux, à l'instar des Evaluations d'Impact en Santé : un niveau accessible pour les acteurs de terrain, éloignés de la recherche et un niveau détaillé, avec indicateurs multiples
- ⊙ Proposer l'outil aux acteurs de la région pour l'expérimenter : associations, organisation, collectivités territoriales...seront sollicitées
- ⊙ Evaluer et ajuster l'outil en vue de sa diffusion. L'outil pourra être utilisé par exemple comme aide à la décision dans l'attribution de crédits institutionnels (appels à projets, commande publique, etc.) et utilisable par les porteurs projets avant dépôt

- ☞ 2 - *Favoriser le transfert de connaissances scientifiques auprès des acteurs concernés et l'interpellation des chercheurs par des acteurs de terrain.*

Exemples d'actions :

- ⊙ Organiser des rencontres thématiques voire de formations, sur la thématique une seule santé – santé-environnement, permettant les échanges chercheurs/acteurs/public, toute compétence étant reconnue (académique, professionnelle ou expérientielle). Pour cela, l'idée est d'appréhender de façon concertée cet enjeu en travaillant avec les acteurs et initiatives existantes, et d'impliquer au mieux les structures et les publics

☞ 3 - Expérimenter une "approche clinique une seule santé"

Exemples d'actions :

- ⦿ Définir et diffuser les tenants de cette clinique une seule santé auprès des professionnels de santé de l'hôpital Nord-Franche-Comté
- ⦿ Prendre en compte l'impact de la pratique du soin sur l'environnement et la santé animale : développement de l'écoprescription dont la prescription raisonnée des antibiotiques (lien avec CRATB), limitation de l'impact carbone, préservation de la biodiversité...
- ⦿ Développer une conception de la santé "une seule santé" pour les professionnels des structures de soin et des professionnels de ville via le volet formation : introduire le concept une seule santé dans les formations initiales et continues des professionnels de santé, en lien avec l'existant
- ⦿ Constituer et développer un réseau régional de praticiens/établissement « une seule santé », pour promouvoir la démarche « une seule santé »: Constituer une équipe régionale référente ressource pour l'accompagnement
- ⦿ Collaborer avec les structures existantes : Comité pour le développement durable en santé (C2DS), le label haute qualité environnementale, le Réseau environnement santé, la mission RESET

☞ 4 - Créer un trophée « Une seule santé »

Exemples d'actions :

- ⦿ Créer et remettre des trophées une seule santé afin de récompenser des actions, des travaux scientifiques et des recherches-actions s'inscrivant dans cette perspective et ayant été menées entre 2023 et 2027 en Bourgogne-Franche-Comté

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Diffusion et appropriation des outils et méthodes « Une seule santé »
- ⦿ Augmentation du nombre d'établissements appliquant le concept « Une seule santé »
- ⦿ Augmentation du nombre de projets « Une seule santé »

Objectif 2 : Favoriser la connaissance de la faune, de la flore et des milieux et mieux prévenir les effets indésirables sur la santé

Objectif opérationnel :

- ☞ *Recenser et prioriser les zoonoses, les maladies vectorielles et les connaissances afférentes selon l'approche « Une Seule Santé » pour mieux en réduire l'incidence*

Dans ce cadre, un travail pluridisciplinaire sera mené notamment avec des universitaires pour identifier les principales zoonoses à enjeux actuels ou à venir en Bourgogne-Franche-Comté et définir les actions de prévention à mener à court et moyen terme.

Exemples d'actions :

- ⊙ Mener des expérimentations, en lien avec des territoires concernés et intéressés, afin d'étudier la pertinence d'une intervention visant à favoriser une plus grande diversité d'espèces sur l'impact du développement de maladies vectorielles et/ou d'espèces invasives. Dans ce cas, un groupe de pilotage ad hoc sera créé et les critères d'intervention, de choix du territoire seront scrupuleusement renseignés, suivis et évalués

RESULTATS ATTENDUS

- ⊙ Meilleure efficacité de gestion et de prévention des zoonoses
- ⊙ Plusieurs territoires volontaires pour des expérimentations « Une seule santé » appliquées aux zoonoses

3) PARTENARIATS

- Pilotes du PRSE 4 : Région, Préfecture de région
- DRAAF
- ADEME
- DREETS
- Agences de l'eau
- Collectivités
- Conseil régional, conseils départementaux (PMI, ASE)
- Structures membres du GRSE

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours :
 - Fiche Parcours Santé mentale et psychiatrie
 - Fiche Parcours Nutrition santé
 - Fiche Parcours Maladie cardio-neuro-vasculaires
 - Fiche Parcours Périnatalité
 - Fiche Parcours Grand âge
 - Fiche Parcours diabète et maladies rénales chroniques
 - Fiche Parcours cancer

1.2 RENFORCER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE ET LEUR TERRITORIALISATION

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (Charte d'Ottawa). Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau d'un groupe ou d'un individu. Il s'agit d'une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé. Elle utilise pour cela un grand nombre de moyens dont l'éducation pour la santé, le marketing social et la communication de masse, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel.

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. Plusieurs niveaux de prévention sont distingués :

- La prévention primaire qui comprend les actions visant à éviter ou réduire l'apparition d'une maladie dans une population ;
- La prévention secondaire qui comprend les actions visant à réduire le nombre de maladies dans une population en les détectant au plus tôt pour en réduire la durée d'évolution et la gravité (le dépistage précoce en fait partie) ;
- La prévention tertiaire qui comprend les actions visant à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles, consécutives à la maladie et les risques de rechute.

Suivant les priorités du précédent SRS 2018-2023, le Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé (RRAPPS) Bourgogne-Franche-Comté a été créé en 2019. C'est un système expert intégrant des professionnels reconnus pour leurs savoirs, soit sur une approche thématique ou populationnelle, soit sur une approche d'ingénierie générale.

Le RRAPPS a pour objectifs de :

- Proposer des stratégies d'intervention efficaces pour la mise en œuvre de la politique de santé régionale → actions probantes ;
- Professionnaliser les acteurs : disposer d'opérateurs en capacité de porter les actions probantes ;
- Construire une offre structurée de prévention promotion de la santé pour répondre aux besoins des territoires → Programmation des actions ;
- Développer une culture partagée entre les acteurs de la santé au niveau régional et départemental ;
- Accompagner via un appui méthodologique les acteurs locaux.

Le RRAPPS se décline au niveau régional et départemental.

Le RRAPPS régional a notamment pour rôle de construire une offre de prévention avec les acteurs et opérateurs experts. Cette offre, construite sur la base des priorités du PRS, vise à répondre aux besoins en prévention promotion de la santé identifiés au plus près des territoires.

Les RRAPPS départementaux quant à eux, ont notamment pour rôle d'identifier les besoins des territoires en prévention promotion de la santé (dans le cadre des CLS et CPTS notamment) et y apporter une réponse en mobilisant l'offre de PPS existante. C'est une instance majeure de coordination et de mise en œuvre de la territorialisation de la politique de PPS.

Un site internet dédié⁶ permet aux opérateurs de prévention de travailler en réseau et de disposer des outils et référentiels utiles à la mise en œuvre des actions de prévention, promotion de la santé.



Le RRAPPS a permis également de renforcer la professionnalisation de l'offre en prévention, promotion de la santé (PPS).

Pour la période 2023-2028, les priorités du SRS s'inscrivent dans la continuité des priorités du SRS précédent et intègrent les priorités nationales de prévention promotion de la santé. Ces priorités visent notamment à agir sur les déterminants principaux de santé (la consommation de tabac, d'alcool et des autres substances psychoactives ; la nutrition et la sédentarité), la santé mentale, la lutte contre les inégalités sociales de santé et les vulnérabilités territoriales, les déterminants environnementaux. Elles visent également à développer une approche populationnelle au plus près des besoins des citoyens, adapter les messages et les actions de prévention à leurs cibles, développer une approche locale pour les individus intégrant l'éducation à la santé. L'approche globale « One Health » ou « Une seule santé » doit également être largement promue dans toutes les politiques.

Ainsi, pour mettre en œuvre ces priorités, il convient de renforcer les dispositifs de prévention promotion de la santé et leur territorialisation en s'appuyant sur le RRAPPS ; la mise en œuvre de la politique de prévention s'appuiera utilement sur les système d'information en santé pour outiller les opérateurs et améliorer l'évaluation des actions menées. Concrètement il s'agit de :

⁶ <https://www.rrapps-bfc.org>

- Poursuivre la structuration et la territorialisation de la PPS en proposant une offre permettant de répondre aux besoins des territoires en cohérence avec les priorités de santé et la volonté de s'appuyer sur les dispositifs territoriaux : Contrats Locaux de Santé (CLS), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) notamment ;
- Poursuivre la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé en priorisant les interventions sur les territoires où les indicateurs sont les plus défavorables ainsi que sur des publics cibles ;
- Déployer la politique de prévention promotion de la santé en transversalité des politiques de l'ARS et notamment dans le cadre des parcours ;
- Enfin, dans un objectif d'efficacité, de cohérence et de déploiement d'une politique de PPS ambitieuse, la stratégie portera sur un renforcement des partenariats interministériels : Education Nationale, Assurance Maladie, DREAL, DRAAF, DREETS... et également avec les collectivités dont le Conseil Régional et les Conseils Départementaux.

2) OBJECTIFS

Objectif 1 : Poursuivre la structuration de l'offre de prévention au niveau régional et départemental en s'appuyant sur le RRAPPS

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Définir les programmes/référentiels à mobiliser pour répondre aux besoins de chaque territoire et déterminer les opérateurs à même de mettre en œuvre ces programmes
- ☞ 2 - Professionnaliser les acteurs par le transfert de connaissance (information, formation, accompagnement méthodologique...)
- ☞ 3 - Favoriser la coordination et la cohérence des interventions sur le territoire :

Exemples d'actions :

- ⊙ Identifier les besoins des territoires
- ⊙ Renforcer la coopération et la coordination entre les différents financeurs
- ⊙ Améliorer la communication entre les opérateurs, les partenaires
- ⊙ Communiquer sur les territoires et faire connaître aux partenaires locaux les priorités en matière de prévention notamment à travers le site internet du RRAPPS

Objectif 2 : renforcer les actions et la mobilisation des acteurs sur les territoires présentant des indicateurs de santé les plus défavorables

Objectifs opérationnels :

Sur la base des diagnostics territoriaux menés notamment dans le cadre des CLS mais également les données de santé régionales il s'agira de :

- ☞ 1 - Renforcer les actions de prévention des CLS dans les territoires présentant les indicateurs de santé les plus défavorables
- ☞ 2 - Prioriser les financements et les interventions des opérateurs du RRAPPS vers ces territoires
- ☞ 3 - Renforcer l'engagement des MSP et CPTS dans des actions de prévention situées dans ces territoires

Objectif 3 : Promouvoir la prévention promotion de la santé dans les politiques interministérielles : EN, CR, CD, DREETS, DRAJES, DREAL, DRAAF, AM, PJJ...

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Favoriser les complémentarités et synergies entre les différents plans ministériels pour développer les actions de prévention promotion de la santé (PRST4/PAT/PRSE/Ecophyto...)
- ☞ 2 - Renforcer les partenariats afin de promouvoir les actions de prévention promotion de la santé
- ☞ 3 - Formaliser les partenariats/coopérations au travers de protocoles, conventions...

Objectif 4 : Développer l'offre de PPS dans les structures de 1er recours

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Renforcer la mise en œuvre d'actions de prévention par les structures de 1er recours en cohérence avec les CLS et améliorer leur évaluation.
- ☞ 2 - Améliorer la connaissance par les professionnels des MSP et CPTS de l'offre de prévention régionale élaborée dans le cadre du RRAPPS, en s'appuyant sur la FEMASCO et les opérateurs régionaux

Objectif 5 : Poursuivre le développement d'une offre de prévention s'appuyant sur des actions ayant fait la preuve de leur efficacité

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Déployer des programmes probants/prometteurs en région
- ☞ 2 - Assurer une veille documentaire sur les nouveaux programmes probants notamment en lien avec Santé Publique France
- ☞ 3 - Evaluer les programmes prometteurs afin d'être qualifiés en programmes probants

3) PARTENARIATS

- Associations de prévention : opérateurs RRAPPS, IREPS BFC, autres
- Institutionnels : Assurance maladie, Education Nationale, universités, DREETS, DRAJES, DRAAF, PJJ, Conseils départementaux, Conseil Régional
- Acteurs de l'économie sociale et solidaire
- Acteurs de la santé au travail, Conférence des financeurs, Caisses de retraites
- Contrats locaux de santé
- MSP, CPTS et autres structures organisées de soins primaires

4) TRANSVERSALITE

- Ensemble des fiches du livret 1 Prévention
- Fiches Parcours du livret 4 Parcours
- Livret Offre de santé : Fiche Développer et renforcer les dispositifs d'exercice coordonné
- Livret Territorialisation : Fiche Territorialisation

1.3 PREVENTION THEMATIQUE

1.3.1. SANTE DES ENFANTS ET DES JEUNES

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les enfants et les jeunes de moins de 25 ans en Bourgogne-Franche-Comté

Pour la période 2018-2022, la Bourgogne-Franche-Comté a enregistré, en moyenne, 29 007 naissances annuelles et compte en 2022 près de 643 403 jeunes de moins de 20 ans, soit 22,9 % des habitants. Les jeunes de moins de 20 ans vivent principalement chez leurs parents et sont en grande partie concentrés autour des agglomérations urbaines.

La part des personnes âgées de moins de 20 ans dans la population varie au niveau infrarégional: le Doubs (24,9 %), le Territoire de Belfort (24,1 %), la Côte d'Or (23,1 %) et la Haute-Saône (23,1 %) enregistrent les parts de moins de 20 ans les plus importantes, contrairement à la Nièvre (19,6 %) qui présente la proportion la plus faible ; le Jura (22,9 %), l'Yonne (22,7 %) et la Saône-et-Loire (21,8 %) sont à un niveau intermédiaire.

En 2016, l'ARS BFC a signé une convention cadre de partenariat avec le rectorat de Besançon et celui de Dijon. Cette convention sera actualisée en 2023 pour pérenniser et renforcer ce partenariat incontournable.

Parmi les objectifs définis l'école inclusive : l'objectif est de développer des parcours de formation adaptés permettant une insertion sociale et professionnelle réussie des élèves en situation de handicap ; le second objectif est de développer des actions de promotion et d'éducation pour la santé tout au long du parcours de l'élève au sein même des établissements scolaires.

Jeunes de moins de 25 ans scolarisés :

- 543 570 élèves répartis dans 3 222 établissements publics et privés :
 - 249 047 écoliers ;
 - 132 553 collégiens ;
 - 71 100 lycéens et 25 418 dans un lycée professionnel ;
 - Dont 38 881 élèves en zones d'éducation prioritaire (5 REP+ et 30 REP sur la région académique en 2020) ;
- 10 300 élèves dans l'enseignement agricole (public ou privé) ;
- 18 081 apprentis (CFA, privés et publics, GRETA) ;
- 82 184 étudiants de l'enseignement supérieur (rentrée 2019).

Jeunes de moins de 20 ans en situation de handicap (données SI-Suivi des Décisions d'Orientation) :

- 166 ESMS (Etablissement ou Service social ou Médico-Social) accueillant des enfants en BFC (Institut Médico-Educatif, Instituts d'Education Motrice, Instituts Déficiants Visuels, Institut Déficiants Auditifs, Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques, etc.) ;
- 8 233 places installées ;
- 8 957 usagers accompagnés.

Une convention de partenariat a été signée en 2020 entre l'ARS BFC et la Direction Inter-Régionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse Grand-Centre (DIR PJJ). Son objectif : définir une politique concertée et coordonnée au bénéfice des jeunes mineurs suivis par les services de la PJJ, qu'il s'agisse du service public ou du secteur associatif habilité justice, ainsi que les mineurs détenus. Ce public représente une population particulièrement vulnérable et touchée par les inégalités sociales et territoriales en matière de santé.

Jeunes de moins de 21 ans suivis par les services de la PJJ (données DIR PJJ de 2021) :

- 4 208 jeunes dont 75 % de garçons ;
- 742 < 10 ans ;
- 310 entre 10 et 13 ans ;
- 695 entre 13 et 16 ans ;
- 1 264 entre 16 et 18 ans ;
- 1 197 entre 18 et 21 ans.

Le Pass'Santé Jeunes

Site : <https://www.pass-santejeunes-bourgogne-franche-comte.org/public/espace-jeunes-16-ans-plus/>

Créé en 2012, le Pass'Santé Jeunes (PSJ) est le dispositif de référence pour la déclinaison territoriale de la politique régionale de prévention-promotion de la santé des enfants et des jeunes en Bourgogne-Franche-Comté. Il est destiné aux professionnels, aux collectivités, mais aussi aux familles (un espace est désormais dédié aux parents et futurs parents) ; c'est aussi un support dans lequel les jeunes peuvent trouver des réponses fiables, actualisées et adaptées aux questions qu'ils se posent sur leur santé, quelle que soit la thématique : bien-être, nutrition, sexualité, addictions, environnement, écrans, etc.

En 2019, le Pass'Santé Jeunes a été évalué à travers 3 axes : les usages, les perceptions et les degrés d'appropriation du dispositif par les professionnels.

Au-delà du site en lui-même, le PSJ permet la rencontre de nouveaux partenaires à l'échelle d'un territoire, il favorise les échanges entre les professionnels, et contribue à la formation des acteurs : 58 % des acteurs interrogés ont rencontré de nouveaux partenaires grâce au PSJ (journées départementales, formations, ateliers d'échanges de pratiques, etc.).

Le Pass'Santé Jeunes en quelques chiffres:

- 34 territoires de santé sont à ce jour engagés dans la démarche et proposent des actions à destination des jeunes ;
- Plus d'une vingtaine de formations et temps de sensibilisation par an organisés à destination des professionnels, des échanges de pratiques à l'échelle départementale et pour la première fois régionale (en 2022) ;
- Plus de 25 000 visiteurs chaque mois sur le site du PSJ ;
- 1 newsletter éditée chaque trimestre et envoyée à plus de 1 600 professionnels ;
- 1,5 K abonnés à la page Facebook au 31 décembre 2022 ;
- Plus de 300 abonnés à la page Instagram au 31 décembre 2022.

Véritable outil de fédération des acteurs et des familles et vecteur de bonnes pratiques auprès des professionnels (référentiels nationaux et régionaux, thématiques ou généralistes, etc.), le Pass'Santé Jeunes est plus que jamais le dispositif incontournable de promotion de la santé des enfants et des jeunes en Bourgogne-Franche-Comté.

Une approche globale et positive en prévention et promotion de la santé

Permettre à l'ensemble des enfants et jeunes de Bourgogne-Franche-Comté de développer leurs capacités à faire des choix éclairés et raisonnés, leurs aptitudes à vivre ensemble et à mieux gérer leur stress et réguler leurs émotions en renforçant leurs compétences psycho-sociales (CPS) constitue un levier clé de la promotion de la santé.¹

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les CPS comme « un groupe de compétences psychosociales et interpersonnelles qui aident les personnes à prendre des décisions éclairées, à résoudre des problèmes, à penser de façon critique et créative, à communiquer de façon efficace, à construire des relations saines, à rentrer en empathie avec les autres, à faire face aux difficultés et à gérer leur vie de manière saine et productive » (OMS 2003).

Le référentiel sur les CPS de Santé publique France de 2022 les décrit comme « [...] un ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir (*empowerment*), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives ».¹

Au niveau individuel

Chez les enfants et les jeunes les CPS ont un impact positif sur le développement global, le bien-être, la résilience, la réussite scolaire, et permettent de réduire les troubles anxio-dépressifs, le suicide et les conduites à risque (en matière de comportements sexuels, violences, addictions, etc.).

Chez les adultes, le renforcement des CPS améliore le sentiment personnel d'efficacité, les relations adultes-enfants et la qualité de vie.

Au niveau collectif

Le renforcement des capacités des personnes et leur meilleure santé mentale sont un enjeu fondamental en matière d'investissement social.

Pour un développement optimal des CPS, il est indispensable que l'enfant expérimente et observe les CPS dès son plus jeune âge dans son entourage familial, social et scolaire, ce qui implique une concertation et une articulation entre ces différents milieux.

Cet objectif nécessite la sensibilisation et la formation aux CPS des adultes au contact des enfants et des jeunes, ainsi que l'appui aux compétences des parents.

Fondée sur ces principes, l'instruction interministérielle du 19 août 2022² définit une stratégie nationale intersectorielle basée sur la création d'environnement continu de soutien au développement des CPS pour les enfants et les jeunes avec un objectif générationnel à l'horizon 2037.

A travers la mutualisation et le renforcement des capacités dans chaque secteur, l'objectif sera de :

- Recentrer les actions de PPS autour des données probantes (méthodologie d'intervention efficace en prévention et promotion de la santé);
- Agir dès le plus jeune âge et tout au long du parcours de l'enfant, dans tous les lieux de vie ;
- Former les professionnels au contact des enfants et des jeunes : renforcement des savoirs et des compétences en s'appuyant sur les dispositifs et outils existants tels que le Pass'Santé Jeunes et les référentiels nationaux et régionaux.

En Bourgogne-Franche-Comté, plusieurs programmes probants sont déjà déployés ou en cours de déploiement (cf fiche 1.3.2 Addiction); à titre d'exemple :

- Le programme Primavera de renforcement des compétences psychosociales s'adresse à un public d'enfants scolarisés de 8 à 12 ans (du CM1 à la 5ème);
- Le programme Unplugged est un programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire, destiné aux adolescents de 12 à 14 ans ;
- Le programme SFP (Soutien aux familles et à la parentalité) s'adresse quant à lui aux familles ayant des adolescents entre 12 et 16 ans.
- Le programme ICAPS (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité)

L'enjeu pour les 5 prochaines années est de poursuivre le déploiement de ces actions « thématiques » tout en assurant le déploiement d'actions probantes généralistes visant le renforcement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge et en prônant la méthodologie d'intervention efficace en PPS.

Les 1 000 premiers jours sont la première période pour intégrer le renforcement des CPS auprès des parents et des professionnels.

Les 1 000 premiers jours

En complémentarité des fiches 4.2.2 Parcours Périnatalité du Livret Parcours et 1.4 santé environnement du Livret

Période qui court de la grossesse aux deux ans révolus de l'enfant, la période des 1 000 jours¹ correspond avant tout à un concept scientifique mettant en évidence une période clé pour le développement de l'enfant. Dès cette période, l'environnement physique, affectif (liens d'attachement, de sécurité) et nutritionnel dans lequel évolue l'enfant façonne sa santé globale et son bien-être à venir.

Agir sur l'environnement en réduisant l'exposition et l'impact des perturbateurs endocriniens, promouvoir les bonnes pratiques nutritionnelles et l'éducation alimentaire dès le plus jeune âge sont deux grands enjeux de cette période de la vie.

C'est aussi un moment charnière dans la vie des parents, marqués par de profonds changements et des questionnements : il est donc important de leur apporter un accompagnement continu, adapté et de leur donner des outils pour agir, prendre des décisions et se construire dans leur rôle de parents. L'entourage ainsi que les professionnels de santé et de la petite enfance ont alors une mission essentielle d'aide et de conseil tout au long de cette période. Leur expertise et la formation de ces professionnels est un levier incontournable de la politique des 1 000 jours.

La santé mentale

En complémentarité de la fiche 4.2.1 Parcours Santé mentale et psychiatrie du Livret Parcours

Selon l’OMS, la santé mentale « correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d’affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. [...] La santé mentale ne se définit pas seulement par l’absence de trouble mental. Il s’agit d’une réalité complexe qui varie d’une personne à une autre, avec divers degrés de difficulté et de souffrance et des manifestations sociales et cliniques qui peuvent être très différentes. »

L’exposition à des circonstances sociales et économiques, géopolitiques (périodes de guerre, crises) et environnementales défavorables (y compris la pauvreté, la violence, les inégalités et la privation de bonnes conditions environnementales) augmente le risque de développer des problèmes de santé mentale. Ce risque peut se manifester à tous les stades de la vie avec des effets particulièrement préjudiciables quand l’exposition a lieu pendant les périodes critiques du développement, en particulier la petite enfance.

À l’inverse, les facteurs de protection viennent renforcer notre résilience, tout au long de la vie, et agissent favorablement sur la santé mentale : le renforcement des compétences psychosociales, en particulier les compétences émotionnelles (avoir conscience de ses émotions et de son stress, réguler ses émotions et gérer son stress), les interactions sociales positives, une éducation de qualité, un travail décent, un quartier sûr et une cohésion communautaire.

Ces dernières années en France, la dépression semble avoir progressé avec une tendance à la hausse déjà amorcée depuis 2005 : la hausse observée entre 2017 et 2021 est cependant sans précédent. Selon le baromètre santé 2021 (Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans – Santé Publique France). Cette augmentation concerne plus particulièrement les 18-24 ans : les principaux facteurs étant le stress causé par la Covid-19 et par les restrictions imposées associées.

L’étude Confeado, portant sur 3 898 enfants et adolescents dont 81 issus de la protection de l’enfance, est une étude relative aux enfants sur leur vécu du confinement lié à l’épidémie de Covid19. Les premiers résultats ont montré que les adolescents semblaient présenter une santé mentale plus impactée par rapport aux plus jeunes et les filles semblaient présenter une santé mentale plus impactée que les garçons pendant et après le confinement.

Les résultats font également ressortir une nette fracture sociale lors du premier confinement : les conditions difficiles de logement, économiques et les caractéristiques des parents sont autant de facteurs associés à la détresse psychologique, de même qu’un manque d’activités, une augmentation du temps passé sur les réseaux sociaux et les écrans, un sentiment d’être dépassé par rapport au travail scolaire, l’infection à la Covid-19 et l’hospitalisation d’un proche.

De meilleures conditions de vie, une composition familiale biparentale, un niveau de diplôme élevé des parents, un soutien social et l’exercice d’activités pendant le confinement étaient quant à eux associés à un score plus élevé de résilience.

Depuis début 2021, on observe une augmentation des passages aux urgences pour geste suicidaire, idées suicidaires (en particulier chez les 11-14 ans et les 18-24 ans) et troubles de l'humeur chez les enfants de 11-17 ans et dans une moindre mesure chez les 18-24 ans.

Fin 2021 et début janvier 2022, les passages aux urgences pour troubles de l'humeur tendent à retrouver des niveaux comparables à ceux des années antérieures contrairement aux passages pour idées et gestes suicidaires qui restent à des niveaux nettement supérieurs.

Le repérage précoce du mal-être et de la crise suicidaire est un enjeu en santé mentale.

Promouvoir le bien-être et plus largement la santé mentale des enfants et des jeunes n'a jamais été aussi important. Le développement des CPS, en particulier les compétences émotionnelles, est donc un des leviers en santé mentale sur lequel il est capital d'agir précocement, de façon multisectorielle et en se basant sur des stratégies d'intervention efficaces.

La nutrition

En complémentarité de la fiche 1.3.3 Nutrition et sport santé de ce livret

En France, 17 % des enfants sont en surpoids ou obèses. Les inégalités sociales et territoriales sont particulièrement marquées : près d'un quart des enfants dont les parents ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat sont en surpoids alors qu'ils ne sont que 10 % chez les parents dont le diplôme équivaut au moins à la licence (*données PNNS 4*).

La dernière publication de l'ANSES de novembre 2020 sur l'inactivité physique et la sédentarité chez les jeunes, montre que les 2/3 des 11-17 ans se situent à un niveau de risque élevé, ce qui peut se traduire par du surpoids, de l'obésité, des troubles du comportement alimentaire ou encore une qualité du sommeil et de vie altérée. Or, les habitudes prises à l'adolescence tendent à s'installer, avec un impact sur la santé et la qualité de vie à l'âge adulte. Il est donc primordial d'agir le plus tôt possible.

Les addictions

En complémentarité de la fiche 1.3.2 Prévention thématique Addictions de ce livret

En Bourgogne-Franche-Comté, chez les jeunes de 17 ans, en 2017, la Bourgogne-Franche-Comté fait partie des régions ayant une prévalence élevée pour le tabagisme quotidien et le tabagisme intensif (27,6 % et 6,4 % respectivement).

Près de 90 % des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté l'alcool en Bourgogne-Franche-Comté, prévalence significativement plus élevée que la moyenne de France métropolitaine. Les jeunes consomment moins souvent de l'alcool, mais en quantités plus importantes que les plus âgés, lorsqu'ils le font. Ainsi, en 2017, près de 20 % avaient connu des alcoolisations ponctuelles importantes répétées (au moins 3 dans le mois).

Les jeunes sont également plus nombreux en Bourgogne-Franche-Comté à consommer du cannabis (10 usages par mois) : 7,8 % d'entre eux en consomment régulièrement et 39 % l'ont expérimenté.

Une progression des pratiques à risques en matière de jeux d'argent et de hasard chez les mineurs a également été mise en lumière : l'étude ENJEUX-Mineurs confirme que plus d'un tiers des 15 à 17 ans (34,8 %) jouent à des jeux d'argent et de hasard. L'initiation se fait autour de 13,3 ans en moyenne et avec les parents.

Bien que toutes les catégories de la population soient potentiellement concernées par les addictions, certains publics sont plus vulnérables, en particulier les adolescents. L'intervention précoce et la création d'environnement favorable sont donc des enjeux prégnants.

La santé sexuelle

En complémentarité de la fiche 1.3.6 Prévention santé sexuelle de ce livret

Selon l'OMS (2016) « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés protégés et réalisés. » La santé sexuelle est donc une composante essentielle de la santé, du bien-être et de la qualité de vie.

« En France, les indicateurs globaux de la santé sexuelle mesurée à travers les notions d'autonomie, de sécurité et de satisfaction sont relativement bons par rapport à ceux d'autres pays: [...] par exemple, en 2016, parmi les femmes concernées par la contraception, 82 % utilisent une méthode pour éviter une grossesse. [...] plus de 80 % des jeunes utilisent un préservatif lors de leur premier rapport sexuel et plus de 80 % des hommes et des femmes se déclarent satisfaits de leur vie sexuelle. »

L'âge au premier rapport sexuel s'élève aujourd'hui à 17,6 ans pour les filles et 17,0 ans pour les garçons, sans différence notable selon le milieu social. Les filles sont moins nombreuses que les garçons à débiter leur vie sexuelle avant 15 ans (6,9 % vs 16,5 %).

D'autres indicateurs sont cependant à prendre en compte : ainsi, « malgré un niveau de contraception élevé, un tiers des grossesses reste non prévues ; une jeune femme sur cinq déclare avoir eu son premier rapport sexuel alors qu'elle « n'en avait pas vraiment envie », une femme sur sept et un homme sur vingt-cinq déclarent avoir subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de la vie. » Ces données proviennent du baromètre santé 2016 (Fiche Repères méthodologiques - Jeunes et santé sexuelle - Septembre 2018).

18,9 % des femmes et 5,4 % des hommes de 18-69 ans déclarent avoir déjà été confrontés à des tentatives ou à des rapports forcés. L'ampleur de ce phénomène est plus marquée en 2016 qu'en 2006 pour les femmes (18,9 % contre 15,9 %), tandis que les déclarations des hommes restent au même niveau qu'il y a 10 ans (5,4 %). La première expérience de ces violences survient majoritairement avant 18 ans, dans 47,4 % des cas pour les femmes et 60,2 % pour les hommes.

Le public jeune est donc identifié comme une cible prioritaire, l'adolescence étant une période clé d'expérimentation et d'apprentissage des interactions sociales entre les individus notamment des sentiments amoureux et des relations sexuelles. C'est le moment privilégié pour identifier les risques et s'approprier durablement les notions de prévention, de respect de l'autre et de son propre corps.

L'éducation à la sexualité est une démarche de prévention et d'éducation à la santé à destination des jeunes se déclinant en plusieurs axes relevant de la santé sexuelle:

- Les questions de santé publique : grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH /sida ;
- La construction des relations interpersonnelles, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la promotion d'une culture de l'égalité ;
- Les problématiques relatives aux violences sexuelles et liées au genre, à la pornographie (lien avec les usages des écrans), à la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes, ou encore à l'impact des maladies et handicaps sur le bien-être sexuel.

Basée sur le renforcement des compétences psychosociales, l'éducation à la sexualité est une part de l'éducation générale. Inscrite dans la loi et différentes feuilles de route ministérielles, l'éducation à la sexualité est l'apprentissage d'un comportement responsable dans le respect de soi et des autres, prenant en compte les aspects cognitifs, émotionnels, sociaux, interactifs et physiques de la sexualité, qui doit débiter dès le plus jeune âge et se poursuivre tout au long de la scolarité, et de la vie, le tout dans une approche globale et positive (en favorisant l'égalité de genre et la lutte contre les discriminations et les violences sexuelles).

Les écrans

Selon l'Autorité de régulation des communications (Baromètre du numérique « équipement et usages » 2021, ARCEP), 84 % des personnes âgées de douze ans et plus utilisent un téléphone portable. L'acquisition du premier téléphone portable est de plus en plus précoce : 41 % des filles contre 30 % des garçons de moins de 25 ans ont eu leur premier téléphone mobile avant 12 ans.

Selon une enquête Ipsos (Junior's connect 2017), les 13-19 ans passaient en moyenne 15 h 11 par semaine sur Internet en 2017, soit 1 h 41 de plus qu'en 2015. Les plus jeunes sont également concernés puisque les 7-12 ans passent en moyenne 6 h 10 sur le Web par semaine (soit 45 minutes supplémentaires par rapport à 2015) et les 1-6 ans 4 h 37 (soit 55 minutes supplémentaires par rapport à 2015).

Ces chiffres illustrent la tendance à la manipulation et la visualisation d'écrans qui s'est accentuée avec la pandémie ce qui n'est pas sans effet sur la santé des enfants et des jeunes. Bien que l'usage des écrans (et du numérique) soit devenu incontournable en particulier à l'école, la surconsommation d'écran peut avoir des conséquences multiples sur la santé des enfants et des jeunes (données MILDECA 2018) :

- Conséquences sur le développement du cerveau des enfants ;
- Conséquences sur l'apprentissage des compétences fondamentales et leur capacité d'attention ;
- Conséquences sur la santé visuelle ;
- L'augmentation des temps de sédentarité et la tendance au grignotage sont corrélées à une moins bonne forme physique, et ont un impact direct sur le poids (augmentation du risque de surpoids/obésité, risque de diabète, etc.) ;
- Manque de sommeil, voire troubles du sommeil ;
- Impact négatif sur le bien-être, la santé mentale et le développement social : en effet, des problématiques transversales aux écrans telles que l'isolement, les violences, le harcèlement, la pornographie, etc. sont également à prendre en compte puisqu'elles ont un impact direct sur la santé des enfants et des jeunes.

Le développement de l'esprit critique, la promotion d'un bon usage des écrans adapté à chaque âge et de la parentalité numérique sont devenus des objectifs partagés relevant d'une responsabilité collective, et qui doivent être abordés de manière transversale, interinstitutionnelle et pluridisciplinaire.

A l'image du RRAPPS (Réseau Régional d'Appui à la Prévention et à la Promotion de la Santé <https://rrapps-bfc.org/>) qui permet la création d'un contexte territorial favorable au travers des échanges de pratiques et de la cohérence et l'articulation des actions déployées en région Bourgogne-franche-Comté, la concertation, et l'articulation, entre les différentes institutions concernées est indispensable ; cela permettra le développement d'une culture commune partagée en PPS et garantira la cohérence et l'efficacité des actions menées. Une politique régionale en faveur des enfants et des jeunes doit être construite dans un continuum débutant dès le plus jeune âge (1 000 premiers jours) en considérant l'ensemble des lieux de vie et des adultes (professionnels et familles) entourant et accompagnant les enfants et les jeunes, mais aussi les problématiques sociales et de territoires, et fondée sur le développement et le renforcement des compétences psycho-sociales. L'enjeu est de favoriser et d'encourager la capacité de chacun à agir favorablement pour sa santé.

2) OBJECTIFS

Objectif général : créer une culture commune de prévention-promotion de la santé (PPS) de l'enfant et du jeune en région Bourgogne-Franche-Comté et fédérer les acteurs autour d'elle

Objectifs opérationnels :

☞ *1 - Développer la prévention et la promotion de la santé auprès de publics à besoins spécifiques*

Afin d'assurer la réduction des inégalités sociales de santé, il s'agit de renforcer la PPS :

- Auprès des jeunes relevant de la PJJ (dans le prolongement de la convention de partenariat DIR PJJ/ARS) ;
- Auprès du public en situation de handicap, en particulier sur le volet vie affective et sexuelle, la nutrition (activité physique et alimentation) et les addictions (actions portées par le Parcours Addictions).

Exemples d'actions :

- ☉ Formation et accompagnement des professionnels de la PJJ et du secteur du handicap intégrant les stratégies efficaces en PPS (dont la formation aux compétences psycho-sociales), et l'organisation de temps d'échanges de pratiques. *Renvoi aux fiches SRS 4.3.1 Santé des personnes placées sous-main de justice et 4.2.3 Parcours handicap du livret Parcours.*

☞ *2 - Associer les familles dans les programmes de PPS*

C'est la structure familiale qui crée l'environnement favorable, ou non, à la santé de l'enfant. Il est donc primordial de penser nos actions de prévention et promotion de la santé en intégrant la sphère familiale de manière plus systématique, le plus tôt possible en lien avec la politique des 1 000 jours, et de baser ces actions sur une démarche communautaire :

- Intégrer les familles dans la mise en place d'actions de PPS, à l'image du Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité 3-6 ans ;
- Travailler conjointement avec des acteurs de terrain déjà engagés auprès des familles tels que la CAF, les collectivités, les centres sociaux, les Conseils départementaux, les PMI, les MDA, les associations des familles, etc.

👉 *3 - Développer la PPS en milieu scolaire dès le plus jeune âge (Education nationale, enseignement du milieu agricole)*

Exemples d'actions :

- ⦿ Formation des professionnels de l'Education nationale et de l'enseignement agricole aux concepts et aux stratégies efficaces de PPS (basées sur les CPS généralistes) ;
- ⦿ Formation des professionnels au repérage de la crise suicidaire et aux Premiers Secours en Santé Mentale ;
- ⦿ Mise en réseau et échanges de pratiques entre professionnels ;
- ⦿ Participation au développement et déploiement d'actions à destination des élèves (et leur famille) tout au long du Parcours de l'élève, dès le plus âge, en privilégiant les actions probantes et prometteuses (*Les thématiques « Addictions », « Nutrition » sont détaillées dans les fiches correspondantes, et le volet « Santé environnement » dans le PRSE 4*) ;
- ⦿ Développement de l'éducation à la sexualité sur l'ensemble du territoire, dès le plus jeune âge, à travers 3 axes:
 1. Formation des professionnels dans le cadre du programme interinstitutionnel d'éducation à la sexualité ;
 2. Déploiement d'actions dans les écoles et les établissements scolaires, dès le primaire ;
 3. Adaptation d'un référentiel « Education à la sexualité » dans le prolongement des travaux engagés autour des référentiels régionaux en PPS ;
- ⦿ Santé et écrans : action à développer autour des bonnes pratiques et des usages des écrans.

👉 *4 - Développer la PPS dans les autres milieux de vie et d'activités des enfants et des jeunes dès le plus jeune âge :*

Exemples d'actions :

- ⦿ les actions proposées, adaptées au public ciblé, sont les mêmes que citées précédemment à savoir la formation des professionnels (périscolaire, crèches, assistantes maternelles, école de la seconde chance, clubs sportifs et artistiques, MJC, etc.), des élus et des bénévoles, et les actions à destination des enfants, des jeunes et de leurs parents

- 👉 5 - Consolider le Pass'Santé Jeunes et le promouvoir sur l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté.

Exemples d'actions :

- Mise à jour régulière du site et des contenus ;
- Promotion du site lors des formations, temps de sensibilisation, échanges de pratiques, etc. ;
- Promotion des réseaux sociaux associés au PSJ (facebook https://www.facebook.com/pass.sante.jeunes/?locale=fr_FR et Instagram <https://www.instagram.com/pass.sante.jeunes/?hl=fr>).

3) PARTENARIATS

- Education nationale ;
- DRAAF ;
- DRAJES ;
- DIR PJJ ;
- Conseil régional, conseils départementaux (PMI, ASE) ;
- Assurance maladie, CAF ;
- Collectivités ;
- Associations des familles, etc.

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours :
 - Fiche Parcours Santé mentale et psychiatrie ;
 - Fiche Parcours Nutrition ;
 - Fiche Parcours Addictions ;
 - Fiche Parcours Périnatalité ;
 - Fiche Parcours Handicap ;
- Livret Prévention : Fiche Santé sexuelle.

1.3.2. ADDICTION

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Pour plus de détails : Cf. partie « Contexte et problématique » de la fiche 4.2.5 relative au parcours Addictions (livret Parcours)

La prévention en addictologie intègre désormais des approches basées sur des recherches scientifiques menées en sociologie, psychologie, promotion de la santé et neurosciences. Des programmes structurés de renforcement des compétences psychosociales sont mis en avant dans la littérature nationale et internationale⁷. Ces avancées demandent aux opérateurs de prévention, aux professionnels au contact des jeunes et aussi aux financeurs un changement souvent radical de leurs pratiques. Alors qu'il était autrefois habituel de mener des interventions ponctuelles, animées exclusivement par les professionnels de la prévention, cette approche est maintenant déconseillée, car considérée comme inefficace. L'idée que la prévention ne pouvait pas nuire aux publics destinataires était très répandue. On sait désormais qu'une intervention non adaptée au public visé peut être contreproductive, voire avoir des effets délétères.

Enfin, les interventions ont très longtemps été construites avec une entrée par produit ce qui n'est plus le cas aujourd'hui, remplacées par une approche globale axée sur les comportements des personnes. Dans le cadre de cette approche, la mise en œuvre de programmes de prévention des conduites addictives, reposant sur le développement des compétences psycho-sociales a été initiée depuis ces 4 dernières années avec les opérateurs régionaux.

Dans une logique de parcours, la prévention doit se fixer comme objectif d'intégrer la stratégie de l'intervention précoce pour faciliter les orientations des jeunes ou de leur entourage vers la Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) pour une prise en soins spécialisée avant que les consommations problématiques ne s'installent.

La prévention des conduites addictives, pensée comme une démarche et non plus comme le simple déroulement d'activités, permet d'évoluer d'une intervention de prestataire vers la co-construction entre acteurs de terrain, opérateurs de prévention et financeurs.

En matière de pilotage, l'enjeu est la coordination entre les différents intervenants, la cohérence des programmes de prévention, les conditions de transférabilité des programmes probants, l'évaluation des résultats et la réduction des iniquités territoriales et sociales de santé⁸. Les commissions départementales du réseau régional de prévention et promotion de la santé (RRAPPS) permettent d'appliquer directement et localement ces orientations. L'Éducation nationale reste un partenaire privilégié pour la mise en œuvre de projets mais elle n'est plus le seul. La prévention doit s'ouvrir aux secteurs du handicap, aux cellules familiales, au milieu judiciaire et soit s'appuyer sur de nouveaux partenaires.

⁷ Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes- synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisés en 2021- Santé Publique France

⁸ Extrait EDITO du « Prévenir les addictions auprès des jeunes- référentiel d'intervention régional partagé » –ARS BFC - parcours Addictions- septembre 2018

En région, la prévention collective des conduites addictives repose donc sur le déploiement des programmes probants basés sur le développement des compétences psycho-sociales (CPS). Elle est portée essentiellement par les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) dans une logique d'intervention précoce, ou par des associations locales. Depuis 2019, les CSAPA disposent de financement pérenne et donc d'une équipe prévention dédiée pour le déploiement de programmes de prévention des conduites addictives.

Le Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA) est un levier régional significatif de dynamisation des actions conduites dans le champ des addictions, et tout particulièrement dans le financement de l'ingénierie des programmes probants déployés en région.

Plusieurs programmes probants sont déployés en région lesquels contribuent à la promotion d'un environnement favorable. Trois d'entre eux se déploient depuis 2019 sur l'ensemble des départements de notre région :

- Le programme Primavera de renforcement des compétences psychosociales s'adresse à un public d'enfants scolarisés de 8 à 12 ans (du CM1 à la 5ème). Fin 2021, on dénombre une trentaine d'animateurs formés, une centaine d'établissements scolaires engagés, plus de 90 enseignants/professeurs formés et plus de 3000 élèves sensibilisés ;
- Le programme Unplugged est un programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire, il est destiné aux adolescents de 12 à 14 ans. Fin 2021, on dénombre une cinquantaine d'animateurs formés, 55 collèges et 140 classes accompagnés, 150 professionnels de l'éducation nationale formés, plus de 2000 élèves sensibilisés.
- Le programme SFP (Soutien aux familles et à la parentalité) s'adresse quant à lui aux familles ayant des adolescents entre 12 et 16 ans. Son déploiement en 2 vagues a permis de former 11 coordonnateurs locaux, 152 professionnels orienteurs et 78 animateurs. 4 sessions de 14 séances ont pu se mettre en place et permettre à une trentaine de famille d'être accompagnées localement.

L'adaptation d'un programme probant Allemand (PROTECT), relatif à la prévention des mésusages des écrans est en cours de déploiement depuis 2021. 19 animateurs ont d'ores et déjà été formés avec 8 CSAPA engagés.

L'enjeu pour les 5 prochaines années est de poursuivre le déploiement de cette stratégie et de l'amplifier significativement afin qu'elle bénéficie au plus grand nombre sur notre territoire (cf fiche 6.2.3 Offre médico-sociale du livret Offre de santé). La stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes 2022-2037 contribuera favorablement à cette ambition.

2) OBJECTIFS GENERAUX

Objectif général n°1 : Protéger les jeunes et prévenir l'entrée dans le tabagisme et autres addictions avec ou sans substance

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Soutenir la mission obligatoire de prévention collective des CSAPA, premier opérateur de prévention des conduites addictives
- ☞ 2 - Inciter les associations de prévention à s'inscrire dans les méthodologies d'intervention probantes portées par le référentiel national CPS de Santé Publique France⁹ référence et le référentiel d'intervention régional partagé¹⁰
- ☞ 3 - Développer l'ingénierie des programmes probants pour favoriser leur déploiement en région
- ☞ 4 - Favoriser l'implantation de nouveaux programmes probants/prometteurs en région
- ☞ 5 - Favoriser la coordination et la cohérence des interventions sur le territoire

Exemples d'actions :

- ⦿ Conforter le nombre et la répartition territoriale des chargés de prévention en rapport avec le niveau cible de déploiement des programmes de prévention à déployer
- ⦿ Favoriser le continuum des programmes de prévention avec l'intervention des consultations jeunes consommateurs suivant la logique de l'intervention précoce
- ⦿ Développer prioritairement les programmes reconnus probants et à défaut des interventions dites « efficaces » selon les critères de SPF ;
- ⦿ Poursuivre le déploiement de programmes prometteurs contribuant au renforcement d'actions de prévention des conduites addictives dans les territoires. Identifier des coordonnateurs régionaux pour chacun des programmes probants déployés en région ;
- ⦿ Proposer régulièrement des sessions de formations pour chacun des programmes probants ;
- ⦿ Assurer une veille nationale/internationale des programmes probants, en lien avec le registre des actions probantes tenues par Santé Publique France ;
- ⦿ Proposer une réponse collective et partagée en regard des besoins territoriaux exprimés (cf fiche 1.2 renforcer les dispositifs de prévention promotion de la santé de ce livret).

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Chacun des CSAPA est en capacité de déployer des programmes probants.

Objectif général n°2 : Déployer l'intervention précoce en addictologie et la réduction des risques auprès de tous les publics

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Favoriser l'engagement institutionnel pour faciliter la mise en place d'une stratégie régionale efficace
- ☞ 2 - Développer les compétences de repérage et d'intervention précoce chez les professionnels encadrants les publics cibles
- ☞ 3 - Favoriser la transversalité avec les parcours de santé mis en œuvre au sein de l'ARS BFC

⁹ Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes- synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisés en 2021- Santé Publique France

¹⁰ « Prévenir les addictions auprès des jeunes » - référentiel d'intervention régional partagé –ARS BFC- parcours Addictions- septembre 2018

⦿ Exemples d'actions :

- ⦿ Favoriser le conventionnement institutionnel (Education Nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse) et développer de nouveaux partenariats notamment avec la DRAAF, l'ASE, les Universités, autres.
- ⦿ Faciliter l'accès aux formations des professionnels encadrant les publics cibles ;
- ⦿ Rendre davantage visible la transversalité des actions de lutte contre les addictions comme facteur de protection de la santé ;
- ⦿ Répondre aux besoins d'intégration d'actions de prévention des conduites addictives exprimés par les parcours de santé.

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Fluidification des engagements de nouveaux partenaires dans la mise en œuvre de la stratégie régionale de déploiement de l'intervention précoce

3) PARTENARIATS

- CSAPA, Tab'Agir, Avenir Santé, IREPS BFC, opérateurs RRAPPS, autres...
- Education Nationale, Universités, MILDECA, DREETS, DRAAF, PJJ, ASE, Conseils départementaux

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours :
 - Fiche Parcours Handicap ;
 - Fiche Parcours Santé mentale et psychiatrie ;
 - Fiche Parcours Cancer ;
 - Fiche Parcours Périnatalité ;
- Livret PRAPS
- Livret Prévention : Fiche Santé des enfants et des jeunes

1.3.3. NUTRITION ET SPORT SANTE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

L'alimentation et l'activité physique sont deux déterminants majeurs de santé des individus et des populations à tous les âges de la vie.

En France, près de la moitié des adultes et 17 % des enfants sont en surpoids ou obèses avec des inégalités socioéconomiques et territoriales particulièrement marquées.

Par ailleurs, on estime à 2 millions le nombre de patients souffrant de dénutrition (*Source : SFNEP Société Francophone Nutrition Clinique & Métabolisme*) dont :

- 50 % des Personnes âgées hospitalisées (HAS)
 - On observe par ailleurs que 40% des personnes âgées sont hospitalisées pour des conséquences de la dénutrition (*Möwe & coll., 1994*)
- 40 % des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée (*Alimentation & Dénutrition, France Alzheimer & Maladies Apparentées*).

Surpoids et obésité

En France le taux d'obésité augmente pour l'ensemble de la population avec une moyenne nationale de 17 % en 2020 (*étude OBEPI ROCHE 2020*). La Bourgogne-Franche-Comté affiche le taux de prévalence atteint 18,8 %.

Chez les enfants, l'étude de la prévalence du surpoids/obésité des élèves de 6ième est réalisée chaque année, en région BFC, par les infirmières et médecins de l'éducation nationale et le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (REPPPOP) a constaté, pour l'année scolaire 2020/2021, une disparité entre les départements avec :

- Un écart de plus de 6 points entre la prévalence du surpoids dans le Jura (18,1 %) et celle de l'Yonne (24,3 %) ;
- Un écart de plus de 2 points entre la prévalence de l'obésité dans le Jura (4,9 %) et celle de l'Yonne (7,1 %)
- Un écart du surpoids de 2 points entre la Franche-Comté (19,9 %) et la Bourgogne (21,9 %) : le territoire de Belfort et l'Yonne étant les départements pour lesquels la prévalence du surpoids est la plus élevée (24,3 %) ;

Ces études montrent que, chez les enfants, le surpoids a globalement augmenté de 2,3 points en région BFC (18,8/21,1) entre les enquêtes 2017/2018 et 2020 /2021 avec une plus forte augmentation dans le département de la Haute-Saône (+3 points). S'agissant de l'obésité pédiatrique, elle a de même augmenté d'un point entre 2017/2018 et 2020/2021 (*les chiffres sont détaillés dans la Fiche 4.2.6 relative au Parcours Nutrition Santé du livret Parcours*).

Sport-santé

Concernant l'activité physique, 1 Français sur 2 ne pratique jamais de sport. Pourtant, les bienfaits de l'activité physique et sportive (APS) sont reconnus comme contribuant au bien être des individus dès le plus jeune âge mais aussi chez l'adulte et le senior. L'APS occupe un rôle important dans la prévention de nombreuses pathologies et du surpoids.

Alors que 11 millions de personnes sont prises en charge par l'Assurance maladie dans le cadre des affections de longue durée (toutes pathologies confondues), il est démontré que l'APS contribue à améliorer l'état de santé et ses bienfaits constituent un réel apport en permettant aux personnes de mieux vivre avec la maladie et de mieux supporter les traitements. **L'activité physique et sportive est ainsi reconnue comme une thérapeutique non médicamenteuse par la Haute Autorité de Santé depuis 2011.**

La dernière publication de l'ANSES de novembre 2020 sur l'inactivité physique et la sédentarité chez les jeunes, montre de plus que les 2/3 des 11-17 ans se situent à un niveau de risque élevé, ce qui peut se traduire par du surpoids, de l'obésité, des troubles du comportement alimentaire ou encore une qualité du sommeil et de vie altérée. Or, les habitudes prises à l'adolescence tendent à s'installer, avec un impact sur la santé et la qualité de vie à l'âge adulte.

Enfin, la récente crise sanitaire liée au COVID a révélé l'obésité comme un facteur de risque majeur des complications graves de la COVID (ce qui s'observe également pour d'autres pathologies). Elle a aussi exacerbé les difficultés rencontrées par les personnes les plus vulnérables en situation de précarité alimentaire et les jeunes qui ont cumulé, pour certains, des difficultés d'accès à une alimentation satisfaisante et une sédentarité pesante.

Synthèse

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS 4 – 2019-2023) et la Stratégie Nationale sport santé 2019-2024 fixent les priorités de prévention à engager. Ces priorités visent notamment à :

- Promouvoir les nouvelles recommandations nutritionnelles de Santé Publique France : permettre à tous les français de connaître les bons réflexes alimentaires et activités physiques ;
- Augmenter les fibres, réduire les quantités de sel, sucres, gras dans les aliments de consommation courante par un engagement ferme des acteurs économiques et promouvoir le Nutri-Score ;
- Promouvoir la pratique d'une activité physique à tous les âges de la vie ;
- Lutter contre les comportements sédentaires dans la vie quotidienne ;
- Déployer l'activité physique adaptée prescrite dans le traitement de certaines pathologies ;
- Développer l'activité physique et sportive (APS) au service du bien-être et de la santé.

Ainsi, le PNNS4 fixe comme cible de diminuer de 20 % la fréquence de surpoids et d'obésité chez les enfants et adolescents, de stabiliser le surpoids des adultes et de réduire l'obésité de ces derniers de 15 % ou encore de réduire de 30 % le pourcentage des personnes âgées dénutries de plus de 80 ans.

Ces plans et stratégies font l'objet d'une déclinaison régionale au travers de la stratégie régionale sport santé 2020-2024 et de la feuille de route nutrition santé.

Les objectifs définis ci-après reprennent les priorités fixées par ces documents régionaux que sont l'éducation nutritionnelle et la lutte contre la sédentarité et inactivité physique et sportive. Pour y parvenir, le développement des partenariats avec les acteurs de terrain, les professionnels des champs sanitaire, médicosocial, social, les collectivités, les institutions (DRAAF, assurance maladie...) apparait primordial.

2) OBJECTIFS

Objectif général n°1 : Promouvoir les recommandations nutritionnelles et les concilier avec la transition alimentaire dans une approche « Une seule santé »

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Informer, sensibiliser les professionnels des champs médical, médicosocial, social, les acteurs locaux, les collectivités, les institutionnels, les bénévoles au contact du grand public ou de publics spécifiques afin de renforcer leurs connaissances sur la thématique nutrition.*

Exemples d'actions :

Les actions mises en œuvre sont accompagnées par les opérateurs régionaux de prévention, dont l'IREPS, il s'agit de :

- ⊙ Proposer des ateliers nutritime en présentiel ou distanciel (Accompagner les professionnels pour la mise en place d'actions de promotion de la santé en nutrition), des webinaires ;
- ⊙ Présenter les référentiels régionaux aux acteurs du réseau PNNS ;
- ⊙ Co-organiser avec l'ARS des rencontres départementales et régionales du réseau des collectivités et entreprises PNNS
- ⊙ Accompagner et animer le réseau des collectivités et entreprises PNNS (39 collectivités dont 3 entreprises sont signataires de la chartes PNNS à fin 2022) ;
- ⊙ Conforter l'articulation des Contrats Locaux de Santé (CLS) avec les Projets alimentaires territoriaux (PAT) et le Plan régional santé environnement (PRSE) dans un double objectif d'améliorer la qualité des produits alimentaires et leur durabilité avec des démarches respectueuses de l'environnement.

RESULTATS ATTENDUS

- ⊙ Au moins 4 journées départementales du réseau des collectivités et entreprises PNNS par an
- ⊙ Au moins 1 volet prévention alimentation sport dans 1 CLS /2
- ⊙ Au moins 1 volet prévention nutrition /SE dans 1 PAT/2

- ☞ *2 - Former les professionnels et des acteurs de terrain dans l'objectif de renforcer les connaissances, les capacités, les aptitudes dans la mise en œuvre d'actions concrètes.*

⊙ Exemples d'actions :

- ⊙ Proposer des formations aux professionnels de l'éducation nationale (EN) pour déployer les ateliers crouky bouge ;
- ⊙ Proposer des formations en lien avec la nutrition à destination des jeunes, des personnes âgées, des personnes en situation de précarité...
- ⊙ Proposer des formations à destination des professionnels du monde sportif visant à développer l'activité physique adaptée.

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Augmentation du nombre de professionnels de l'EN formés en Bourgogne-Franche-Comté
- ⦿ Au moins 4 webinaires en lien avec la thématique nutrition par an à destination des acteurs de terrain sur 4 départements différents

☞ *3 - Accompagner les acteurs à l'élaboration /la mise en œuvre de programme d'actions*

Il s'agit notamment de :

Exemples d'actions :

- ⦿ Accompagner des collectivités/entreprises PNNS dans l'élaboration d'un programme d'actions :
 1. Adhésion à la charte « Collectivité/Entreprise active du PNNS » et
 2. Engagement à développer des actions nutrition santé conformes au PNNS dans les domaines tels que l'offre alimentaire, l'offre d'activité physique, l'information-éducation, la formation, le soutien à la participation à la recherche, le dépistage des pathologies liées à la nutrition, la facilitation de la prise en charge des pathologies liées à la nutrition

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Intégrer au moins 1 entreprise par département dans le réseau PNNS par an
- ⦿ Intégrer au moins 2 nouvelles collectivités territoriales par département par an

Objectif général n°2 : Promouvoir la santé et le bien-être par l'activité physique et sportive (APS)

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Promouvoir le développement de l'APS auprès des scolaires et des étudiants, en milieu professionnel, auprès des seniors mais également auprès de publics spécifiques notamment en milieu pénitentiaire ainsi que les publics en situation de précarité et de handicap.*

Exemples d'actions :

Il s'agira notamment de s'appuyer sur les opérateurs de prévention de la région et les collectivités pour décliner les programmes d'actions auprès de ces publics :

- ⦿ REPPPOP : action de prévention primaire avec les ateliers Croky Bouge (Croky Bouge aborde 6 grands thèmes, en lien étroit avec les programmes scolaires, de manière ludique et expérientielle : - Le rythme de vie - Le développement du goût - L'activité physique - L'importance de boire de l'eau - La découverte des fruits et légumes - La faim et le plaisir de manger. Croky Bouge intègre des temps d'échanges avec les parents, dont le rôle est essentiel dans l'éducation à la santé des enfants)
- ⦿ RSSBFC : actions de formation des éducateurs sportifs, développement du sport sur ordonnance en articulation avec les maisons sport santé (MSS)
- ⦿ La Mutualité Française BFC
- ⦿ GIE IMPA: ateliers Bons jours pour les seniors non institutionnalisés,
- ⦿ Le programme les atouts de l'âge pour les seniors vivant en résidence autonomie,
- ⦿ Le programme OMEGAH 2 du PGI pour les résidents en EHPAD

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Augmenter de 25 % le nombre d'éducateurs sportifs formés à l'APA et répertoriés sur le site espace
- ⦿ Augmentation du nombre d'EHPAD ayant bénéficié du module prévention de la dénutrition du programme OMEGAH 2)

☞ 2 - Développer l'offre et le recours à l'activité physique adaptée à des fins thérapeutiques.

Exemples d'actions :

- ⦿ Sensibiliser et accompagner les professionnels de santé à la prescription d'APA chez les patients porteurs de pathologies chroniques ;
- ⦿ Augmenter les créneaux spécifiques APA et Sport bien être dans les clubs et associations sportives ;
- ⦿ Augmenter le nombre de Parcours d'Accompagnement Sportif pour la Santé (PASS).

☞ 3 - Articuler le fonctionnement des Maisons sport santé avec le RSS et contribuer à développer l'activité physique et sportive sur prescription et le dispositif PASS

Exemples d'actions :

- ⦿ Proposer des rencontres avec l'ensemble des MSS pour suivre le fonctionnement des établissements et organiser des échanges de pratiques afin d'augmenter le sport sur ordonnance et développer le dispositif PASS.
- ⦿ En Bourgogne-Franche-Comté le dispositif « Parcours d'accompagnement sportif pour la santé » PASS propose des activités physiques adaptées aux personnes atteintes de pathologies chroniques. Le parcours offre une possibilité de pratique individualisée à travers des activités encadrées et sécurisées validée par une prescription médicale. L'activité physique est dispensée par des professionnels sensibilisés aux maladies chroniques par le biais de formations spécifiques dispensées par l'université, les fédérations ou le niveau régional.

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Conventonnement d'au moins 1 MSS par département avec le RSS

Objectif général n°3 : Déployer dans la région des actions probantes type ICAPS (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) de façon à articuler des actions complémentaires des partenaires (collectivités, associations, club sportifs, EN ...)

Exemples d'actions :

- ⦿ Déployer plusieurs actions probantes en région sur la durée du PRS en priorisant les territoires où les indicateurs sont les plus défavorables

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Mettre en œuvre au moins 4 actions probantes type ICAPS sur la durée du PRS

Objectif général n°4 : Prévenir et dépister précocement la dénutrition chez les personnes âgées

Exemples d'actions :

En complément des actions et programmes déjà développés dans la région (ex : programme OMEGAH2 dans les EHPAD, Ateliers Bons Jours) :

- Relayer et communiquer autour de la semaine de la dénutrition
- Renforcer la sensibilisation et l'information des professionnels et aidants en charge des personnes âgées.

RESULTATS ATTENDUS

- Nombre d'établissements ou structures s'étant inscrit dans une action de prévention lors de la semaine de la dénutrition

3) PARTENARIATS

- AM, Collectivités territoriales, DRAAF, MSP, CPTS, structures et services des champs sanitaire, médicosocial, social, associations

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours :
 - Fiche Parcours santé mentale et psychiatrie
 - Fiche Parcours cancer
 - Fiche Parcours Nutrition - santé
 - Fiche Parcours diabète et insuffisance rénale
 - Fiche Parcours maladies cardio-neuro-vasculaire
 - Fiche Parcours périnatalité
 - Parcours Précarité et PRAPS
 - Fiche Parcours Handicap
 - Fiche Parcours grand âge

1.3.4. VACCINATION

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Enjeux

Parmi les interventions sanitaires dont on dispose aujourd'hui, la vaccination représente sans doute l'action publique la plus efficace pour éviter certaines pathologies. Celle-ci, accompagnée de l'amélioration de l'hygiène et du développement des antibiotiques, a participé à faire régresser de façon spectaculaire de nombreuses maladies infectieuses au cours du siècle écoulé.

En contrepartie, la disparition partielle ou totale d'un grand nombre de maladies infectieuses, lesquelles peuvent être prévenues par un vaccin, a pu conduire à une certaine perte de conscience collective des risques liés à l'environnement infectieux se traduisant paradoxalement par une relative dévalorisation de la vaccination. La pandémie de COVID-19 a modifié les approches.

Sur les cinq dernières années, on constate que la couverture globale des vaccinations¹¹ en région a progressé ; ci-dessous quelques exemples d'améliorations à poursuivre :

- la couverture vaccinale contre le méningocoque C est passée de 33,6 % pour les 10-14 ans en 2015 à 65 % en 2021 ;
- la vaccination contre le papillomavirus progresse avec 40,1 % pour 2 doses en 2021 contre 14,9 % en 2015 ;
- 50,4 % des personnes de 65 ans et plus étaient vaccinées contre la grippe en 2016/2017 mais 57,2% sur la campagne 2021/2022.

Une enquête menée la même année auprès de médecins généralistes en activité montre que 97 % d'entre eux sont d'accord pour dire que leur rôle est d'inciter les patients à la vaccination, même s'il existe des réticences pour ¼ d'entre eux pour certains vaccins. Ces résultats sont encourageants et montrent une nette évolution de l'adhésion par rapport à celle observée dans le baromètre 2010.

Selon le dernier baromètre santé 2020 réalisé par Santé Publique France, 75,1 % des 18-75 ans se déclaraient favorables à la vaccination. Cependant, parmi ces personnes, certains vaccins suscitent néanmoins des réserves et c'est le cas pour ceux contre la grippe saisonnière, l'hépatite B et le papillomavirus qui recueillent respectivement 15,4 %, 13 % et 5,8 % d'opinion défavorables. Une enquête menée la même année auprès de médecins généralistes en activité montre que 97 % d'entre eux sont d'accord pour dire que leur rôle est d'inciter les patients à la vaccination. Ces résultats sont encourageants et montrent une nette évolution de l'adhésion par rapport à celle observée dans le baromètre 2010 (où seuls 61,5% des 15-75 ans se déclaraient favorables à la vaccination). Le profil des personnes défavorables à la vaccination est différent selon la nature des vaccinations. Les réticences vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière s'expriment davantage chez les 25-44 ans, mais moins parmi les plus diplômés. Les profils des personnes défavorables aux vaccinations contre l'hépatite B et contre les papillomavirus humains (HPV) sont très proches : ce sont principalement des personnes disposant de revenus et de diplômes élevés, les personnes âgées de 45-54 ans et les femmes.

¹¹ Sources Géodes SPF : <https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-154759,6324215,1059257,622417&c=indicator&view=map1>

Politique et couverture vaccinale

L'article L. 3111-1 du code de la santé publique (CSP) dispose que « la politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier vaccinal après avis de la Haute autorité de santé ».

Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge, émet les recommandations vaccinales « générales » et des recommandations vaccinales « particulières » propres à des conditions spéciales (risques accrus de complications, d'exposition ou de transmission) ou à des expositions professionnelles.

Depuis le 1er janvier 2018, onze vaccins sont obligatoires pour les enfants de moins de 2 ans : il s'agit des vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque et l'*Haemophilus influenzae* b.

La couverture vaccinale 2021 est très bonne chez les nourrissons : 92,2 % des nourrissons de 21 mois ont reçu trois doses de vaccin hexavalent ; 92,4 % des nourrissons de 21 mois ont reçu trois doses de vaccin contre le pneumocoque ; la couverture contre les infections à méningocoque C continue de s'améliorer et a atteint 92,1 % à l'âge de 2 ans

La vaccination contre les infections par HPV est recommandée chez les garçons de 11 à 14 ans révolus avec un schéma 2 doses (M0-M6) avec un rattrapage possible chez les adolescents et les jeunes hommes de 15 à 19 ans révolus selon un schéma 3 doses (M0, M2, M6). La recommandation est applicable depuis le 1er janvier 2021.

S'agissant du rattrapage vaccinal, la Haute Autorité de Santé alertait, dans son avis du 4 juin 2020 relatif à la reprise des activités de vaccination dans le contexte de la levée des mesures de confinement, sur la diminution importante du nombre de vaccins délivrés pendant la période de confinement, y compris chez les nourrissons. Elle invite les professionnels de santé à vérifier systématiquement le statut vaccinal de l'ensemble de leurs patients, afin de saisir toute opportunité d'effectuer, le cas échéant, un rattrapage vaccinal. Ce rattrapage vaccinal doit concerner toutes les personnes qui ont dû reporter un acte de vaccination en raison du confinement et doit, en premier lieu, cibler les nourrissons et les populations particulièrement fragiles pour lesquelles des recommandations particulières figurent au calendrier vaccinal (personnes avec maladies chroniques, immunodéprimées, personnes âgées, femmes enceintes...).

Par ailleurs, dans le cadre de la vaccination contre la grippe saisonnière, une attention particulière sera portée sur les cibles professionnelles, notamment en établissements de soins et médicosociaux.

Cas particulier de la vaccination contre la COVID-19

La campagne de vaccination contre la COVID 19 débutée en décembre 2020 a conduit à une mobilisation inédite des acteurs de santé et de prévention pour assurer une couverture vaccinale visant une immunité collective. Au 1^{er} janvier 2023, 77,8%¹² de la population régionale a un schéma vaccinal complet (78,7% au niveau national), ce taux régional oscille entre 85% et 93% pour les adultes de moins de 75 ans pour atteindre les 100% dans les tranches d'âge supérieures.

Il conviendra dans le cadre du PRS de s'appuyer et capitaliser sur l'expérience de cette mobilisation et des dynamiques partenariales créées pour promouvoir la vaccination auprès des publics cibles. Ainsi, la mise en place des leviers inédits reposant sur la créativité, l'innovation sociale et des dialogues nouveaux entre disciplines et acteurs différents (santé/social/éducation et Etat/collectivités territoriales/citoyens par exemple) a permis de proposer à la population des actions de vaccination sur les territoires en proximité. Cela a permis d'instaurer des collaborations inédites au service de la santé et du bien-être de la population. Il s'agira également de s'appuyer sur l'élargissement de la compétence vaccination à certains professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers...) pour amplifier la politique vaccinale.

2) OBJECTIFS

Le rôle de l'Agence régionale de santé est de promouvoir la vaccination en développant une politique régionale qui mobilise pour sa mise en œuvre des opérateurs de terrain compétents au sein notamment du comité régional Bourgogne-Franche-Comté. La mobilisation partenariale qui s'est renforcée pendant la pandémie de COVID est essentielle et va contribuer à permettre de déployer des actions transversales comme celles notamment déployées lors de la Semaine Européenne Vaccination.

La finalité de ces objectifs pour la période 2023-2027 est d'améliorer la couverture vaccinale sur la région Bourgogne-Franche-Comté pour l'ensemble des vaccinations du calendrier vaccinal. Il s'appuiera sur les objectifs généraux et opérationnels ci-dessous.

Objectif général n°1 : améliorer la pratique et favoriser la promotion de la vaccination sur les territoires

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Promouvoir la vaccination dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS), des soins de 1^{er} recours en s'appuyant notamment sur les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

¹² Source : <https://datavaccin-covid.ameli.fr/pages/type-vaccins/>. Les données présentées sont le reflet des déclarations dans le téléservice Vaccin Covid.

Exemples d'actions :

- ⊙ Fiches actions rédigées dans les CLS
- ⊙ Actions de sensibilisation de la population en partenariat avec les acteurs du territoire : professionnels de santé, lieux d'exercice coordonné, collectivités territoriales, éducation nationale, centre de planification, Etablissements et Services et Médico-Sociaux...

RESULTATS ATTENDUS

- ⊙ Au moins 1 MSP sur 2 a un projet vaccination financé sur le Fond d'intervention régionale sous réserve d'accord et/ou l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), sachant qu'en 2021, 50 actions ont été mise en place sur l'ACI et 2 FIR soit 38% des MSP

- ☞ *2 - Poursuivre la délocalisation de l'action des centres de vaccination pour une plus grande couverture territoriale*

Exemples d'actions :

- ⊙ Séances de vaccination délocalisées dans les territoires avec un faible taux de couverture vaccinale
- ⊙ Couverture de l'ensemble du département du Doubs (actuellement les deux centres de vaccination du Doubs ont un périmètre d'intervention infradépartemental)

RESULTATS ATTENDUS

- ⊙ Que tous les centres de vaccination ont mis en place des séances de vaccination délocalisées (le aller-vers),
- ⊙ Couverture globale du département du Doubs

Objectif général n°2 : promouvoir et faciliter l'accès à la vaccination sur les lieux de vie

Objectif opérationnel :

- ☞ *Faciliter l'accès à la vaccination de publics ciblés prioritaires (publics jeunes, précaires, personnes fragiles)*

Exemples d'actions :

- ⊙ Promouvoir les vaccinations et en particulier le vaccin anti HPV au cours des visites médicales et des bilans infirmiers avec le rectorat et le service de santé scolaire.
- ⊙ Développer des démarches d'aller-vers ces publics cibles
 1. Etudiants de l'université de Bourgogne et de Franche-Comté et plus spécifiquement en lien avec leurs services de médecine préventive
 2. Populations en situation précaire (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Centre d'Accueil et d'Orientation Migrants, foyers d'hébergement ...)
- ⊙ Mise en œuvre de campagnes de vaccination spécifiques en cas d'urgence (ex : méningite, maladie émergente ...)

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Augmenter nombre de partenariats dans les démarches portées par les centres de vaccinations auprès des publics précaires
- ⦿ Sensibilisation à la vaccination anti HPV faite systématiquement lors du bilan réalisé en classe de 6ème

Objectif général n°3 : inciter à la vaccination et aux gestes barrières

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Communiquer auprès du grand public et aussi plus spécifiquement auprès des adolescents et jeunes adultes via différents canaux de communication

Exemples d'actions :

- ⦿ Communiquer et mobiliser les partenaires autour de la campagne sur la semaine européenne de la vaccination, la prévention des infections hivernales dont les gestes barrières (COVID, bronchiolites, gastroentérites, grippe, pathologies oto-rhino-laryngologiques) ou de certaines vaccinations auprès des adolescents et jeunes adultes (HPV, rappel coqueluche de 25 ans, hépatite B, méningocoque C).

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Tous les partenaires du comité régional de vaccination sont mobilisés pour la semaine européenne de vaccination
- ⦿ Augmenter le nombre de communication par l'ARS autour la prévention des infections hivernales

- ☞ 2 - Sensibiliser et améliorer la formation des professionnels de santé

Exemples d'actions :

- ⦿ Sensibilisation périodique de tous les professionnels de santé par webinaire animé par les CHU de BFC sur les pathologies infectieuses et les vaccinations.
- ⦿ -Améliorer la couverture vaccinale des professionnels de santé ambulatoire et en établissements de santé et médico-sociaux par des campagnes ciblées de communication et autres actions de sensibilisation.

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Organiser des webinaires

Objectif général n°4 : améliorer le suivi des couvertures vaccinales

Objectif opérationnel :

- ☞ *Valoriser et communiquer les taux de couverture vaccinale au niveau des différents territoires*

RESULTATS ATTENDUS

- ⊙ Amélioration du taux de couverture vaccinale des différentes vaccinations du calendrier (ces données seront disponibles sur le site de l'ARS BFC).
- ⊙ Organiser des webinaires

3) ARTICULATION

- Santé Publique France pour le suivi des taux de couverture vaccinale
- Les opérateurs de terrain concernés dans le cadre du comité régional vaccination :
 - Éducation nationale,
 - Santé Publique France,
 - Conseils départementaux,
 - Assurance maladie,
 - Université,
 - Médecine du travail,
 - Centres départementaux de vaccination,
 - Établissements de soins
 - Médecine ambulatoire

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours :
 - Fiche Parcours santé mentale et psychiatrie
 - Fiche Parcours cancer pour la promotion de la vaccination contre le papillomavirus
 - Fiche Parcours périnatalité
 - Parcours Précarité et PRAPS
 - Fiche Parcours Handicap
 - Fiche Parcours grand âge
 - Fiche Parcours addiction

1.3.5. EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Le nombre important de patients atteints de pathologies chroniques, comme l'attestent 582 000 Bourguignons-Francs-Comtois bénéficiaires du dispositif d'ALD en 2019 (affections de longue durée), établit de nouvelles relations soigné-soignant. Dans ce contexte, le rôle de l'éducation thérapeutique s'est progressivement renforcé et son utilité a été démontrée.

L'éducation thérapeutique comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

L'Education thérapeutique du patient (ETP) participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse et tenir compte des besoins spécifiques et capacités d'apprentissage de chaque patient ;
- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Il est à noter que l'éducation thérapeutique est inscrite dans les recommandations de prise en charge éditée par l'Haute Autorité de Santé pour de nombreuses maladies chroniques. En 2022, la région compte un peu plus de 178 programmes autorisés portés par des établissements de soins dans 82% des cas, les autres étant portés par des MSP ou réseaux (cf ci-dessous comparatif 2018/2022).

Principales pathologies des Programmes d'éducation thérapeutiques	2018	Répartition	2022	Répartition
Diabète	45	22%	37	21%
Pathologies cardio-vasculaires	38	18%	28	16%
Surpoids Obésité	23	11%	22	12%
Maladies neurologiques	14	7%	16	9%
Psychiatrie	14	7%	15	8%
Maladie rhumatologique	14	7%	11	6%
Pathologies respiratoires	14	7%	10	6%
Autres	44	21%	39	22%
TOTAL	206	100%	178	100%

Ainsi, plus de 14 500 patients ont pu bénéficier en 2021 d'un programme complet dont plus de 10 000 patients pris en charge en ambulatoire.

2) OBJECTIFS

L'éducation thérapeutique du patient constitue ainsi un axe stratégique fort des politiques régionales de santé actuelles, en attachant une importance particulière à ce que le public en situation de précarité figure dans les publics cibles.

Les enjeux de l'ETP sont nombreux, tant sur le plan des résultats médicaux (meilleure observance des prises médicamenteuses et des recommandations hygiéno-diététiques), de la qualité de la prise en charge (réduction du nombre de complications, diminution du nombre d'hospitalisations) que sur le plan de la qualité de vie des patients.

Comme le précise la loi de 2009 (loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST), l'ETP « s'inscrit dans le parcours de soins du patient » et peut ainsi être déclinée par les professionnels de santé dans leurs pratiques du quotidien et également au travers de programmes auxquels des associations de patients peuvent être associées.

L'ETP fait l'objet de financement par l'ARS pour les programmes autorisés et également par l'Assurance Maladie via les ACI.

Mise en œuvre notamment par les établissements de soins, les réseaux, les lieux d'exercices coordonnés ou les professionnels de santé, l'ETP peut compter sur des structures d'appui comme les UTEP (Unités transversales d'éducation thérapeutique) ou la COMET (COordination Multipartenariaire pour l'Education Thérapeutique Bourgogne Franche-Comté).

Elle s'inscrit par ailleurs en transversalité avec les parcours mis en place au sein de l'agence régionale de santé, cette dernière prônant des dispositifs innovants comme la e-ETP.

L'agence régionale de santé promeut également le développement de l'éducation thérapeutique afin de mailler le territoire avec des professionnels de santé formés et de proximité afin de proposer une éducation thérapeutique au plus près des malades.

Pour ce faire, l'agence régionale de santé a défini les objectifs généraux et opérationnels suivants :

Objectif général n°1 : Organiser l'offre sur la région pour améliorer l'accès à l'éducation du patient

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Proposer une offre d'accompagnement des porteurs de programmes existants ou potentiels (lieux d'exercice coordonné, structure associative) par la COMET (COordination Multipartenariale pour l'Education Thérapeutique Bourgogne Franche-Comté) et développer celui proposé par les UTEP (Unités transversales d'éducation thérapeutique)
- ☞ 2 - S'appuyer sur les lieux d'exercice coordonné (MSP, centre de santé...) pour développer les programmes ETP pour parfaire la couverture du territoire
- ☞ 3 - Promouvoir le développement de l'éducation thérapeutique sur le périmètre des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

RESULTATS ATTENDUS

- ☉ Mise en œuvre de l'accompagnement des porteurs de programmes par la COMET

Objectif général n°2 : Poursuivre les formations adaptées aux besoins des professionnels de santé et patients.

Objectif opérationnel :

- ☞ *Maintenir la mise en œuvre des formations initiales et continues sur les territoires au sein des différentes structures de formations*

RESULTATS ATTENDUS

- ☉ Accroître le nombre de professionnels et patients partenaires formés en initial et continu sur la région

Objectif général n°3 : améliorer la qualité et l'accessibilité des programmes d'éducation thérapeutique

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - *Mettre à disposition de la population et des professionnels l'offre régionale d'ETP à l'aide d'un site internet dédié pour favoriser la connaissance des programmes d'ETP sur les territoires (géolocalisation des programmes en fonction des pathologies)*

RESULTATS ATTENDUS

- ☉ Mise en place d'un site dédié

- ☞ 2 - *Développer la e-ETP/ETP à distance dans les programmes d'éducation thérapeutiques pour favoriser l'accessibilité des programmes d'ETP sur les territoires*

RESULTATS ATTENDUS

- ☉ Mise en œuvre/augmentation des programmes d'ETP couplés avec e-ETP et/ou ETP à distance

☞ 3 - S'assurer de la qualité des programmes d'ETP

Exemples d'actions :

- ⦿ Suivi des rapports d'activité annuels
- ⦿ Suivi des évaluations quadriennales

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Travail autour de la compilation et analyse des rapports d'activité annuels et des évaluations quadriennales

Objectif général n°4 : communiquer et échanger sur les pratiques

Objectif opérationnel :

- ☞ *Poursuivre l'organisation d'une journée régionale d'échanges de pratique entre acteurs (dont les usagers, patients experts, pairs) sur l'ETP tous les 2 ans*

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Réalisation de 3 journées d'ici 2028

3) ARTICULATION

- En interne avec : les différents parcours intégrant la thématique ETP
- En externe avec les porteurs de programmes, les unités transversales (UTEP, COMET) notamment, les URPS (union régionale des professionnels de santé), DAC (dispositif d'appui à la coordination), CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), FEMASCO (Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné en Bourgogne Franche-Comté), REPPPO (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) réseaux de santé (diabète, maladies rénales chroniques...), assurance maladie.

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours :
 - Fiche Parcours santé mentale et psychiatrie
 - Fiche Parcours cancer
 - Fiche Parcours périnatalité
 - Parcours Précarité et PRAPS
 - Fiche Parcours Handicap
 - Fiche Parcours grand âge
 - Fiche Parcours addiction
 - Fiche Parcours diabète et IRC
 - Fiche maladies cardio-neuro-vasculaires
 - Fiche Parcours nutrition santé : l'activité physique et l'alimentation sont proposées de façon systématique dans les programmes d'éducation thérapeutique

1.3.6. SANTE SEXUELLE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Selon l'Organisation mondiale de la santé : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ». La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble.

La stratégie régionale en région Bourgogne-Franche-Comté s'inscrit dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle dans une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Elle se base sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité. Elle prend en compte les questions de relations inégalitaires entre les sexes et les sexualités qui impactent l'accès universel à la santé sexuelle.

Les grandes priorités pour la région s'attacheront à œuvrer autour de :

- l'accès aux droits humains, le respect des genres et des sexualités ;
- la promotion de la santé sexuelle par l'information, l'éducation, la communication et la formation à la santé sexuelle ;
- l'information sur les dysfonctionnements et les troubles sexuels, leur prévention, dépistage et prise en charge ;
- la prévention par la vaccination VHB (virus hépatite B) et HPV (Human Papilloma Virus), le dépistage et la prise en charge des IST (infections sexuellement transmissibles) dont le VIH (virus immunodéficience humaine) et les hépatites virales ;
- la promotion de la santé reproductive (prévention de l'infertilité liée aux causes infectieuses, contraceptions, IVG (interruption volontaire de grossesse) et prévention des grossesses non désirées/non prévues) ;
- la lutte contre les discriminations liées au sexe, à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre ;
- la prévention de violences sexuelles.

Ces priorités s'adressent à l'ensemble de la population mais nécessitent également compte tenu des besoins spécifiques de certaines populations, une approche populationnelle renforcée vers : les populations les plus exposées aux violences et/ou au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux hépatites virales et/ou aux discriminations.

Cette approche populationnelle renforcée sera aussi complétée par une attention particulière pour les jeunes, les populations âgées et/ou les plus éloignés de l'offre de soins en général (notamment le public en situation de précarité) ainsi que celles en situation de handicap.

L'offre de santé sexuelle en BFC repose sur plusieurs structures et dispositifs :

- Les consultations de services spécialisés hospitaliers (maternité, gynécologie, urologie, maladies infectieuses, médecine légale, maladies chroniques, ...)
- Les professionnels de santé libéraux ;
- Les centres de santé ;
- Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Les établissements d'information en conseil conjugal et familial (EICCF) ;
- Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)¹³, désormais centres de santé sexuelle,
- Les services de Protection maternelle et infantile (PMI) ;
- Les réseaux en santé périnatalité (RSP) ;
- Les services de santé en milieu scolaire¹⁴ et universitaire ;
- Les structures axées plutôt sur le soin comme les consultations d'orthogénie ;
- Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire ;
- Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) ;
- Les permanences d'accès aux soins (PASS)

S'agissant des questions de violences et discrimination, les liens avec les autres partenaires (associations préfecture, police...) seront établis pour travailler de concert.

2) OBJECTIFS

Ces grandes priorités se déclineront en Bourgogne Franche-Comté en quatre objectifs repris des axes stratégiques de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017/2030.

Il est à noter que ces différents objectifs feront l'objet, avec l'ensemble des acteurs régionaux, de groupes de travail pour élaborer leurs déclinaisons opérationnelles.

Objectif général n°1 : Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive (en lien avec la fiche 1.3.1 santé des enfants et des jeunes de ce livrets)

Objectif général n°2 : Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge

¹³ la planification familiale est une mission des Conseils départementaux. Ces CPEF ont changé de nom et deviennent des centres de santé sexuelle qui assurent des consultations de contraception, des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse

¹⁴ Missions de l'Education nationale contribuant à préparer les élèves à leur vie d'adulte

Objectif général n°3 : Améliorer la santé reproductive

Objectif général n°4 : Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables

3) PARTENARIATS

- Autres acteurs, programmes et schémas...
- Assurance maladie
- Acteurs opérationnels, RRAPPS (Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé), CREA (centre régional d'Etudes d'Actions et d'Informations)...
- SPF (Santé Publique France) pour le suivi des taux de dépistage notamment

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours :
 - Fiche Parcours Handicap
 - Fiche Parcours Grand âge
 - Fiche Parcours périnatalité
 - Fiche Parcours addictions
 - Fiche Parcours Santé mentale
- Livret PRAPS

1.4 AGIR SUR LES DETERMINANTS DE SANTE ENVIRONNEMENTALE : PROJET REGIONAL SANTE ENVIRONNEMENT (PRSE 4)

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Le Plan National Santé Environnement (PNSE 4) rappelle que l'environnement est un déterminant majeur de notre santé. C'est aussi une préoccupation croissante des Français. La crise du Covid-19 est venue, plus encore, nous rappeler les liens étroits entre notre santé, la santé animale et la santé des écosystèmes et, par conséquent, la nécessité stratégique d'intégrer l'ensemble de ces dimensions selon le principe « Une seule santé ».

La région Bourgogne-Franche-Comté est marquée par les indicateurs de santé environnement suivants :

- En 2021, 17,1 % de la population de Bourgogne Franche-Comté était desservie par une eau pouvant présenter une teneur excessive en pesticides et/ou en métabolites pertinents, de façon ponctuelle ou récurrente. Une restriction de consommation de l'eau a été prononcée pour 2514 habitants (soit 0,1 % de la population régionale). Depuis plusieurs années, les actions engagées par l'ARS auprès des collectivités distribuant une eau de qualité microbiologique insuffisante (accompagnement technique, inspection, arrêté de restriction permanente de la consommation de l'eau) ont porté leurs fruits puisque ces collectivités étaient au nombre de 74 en 2018, 43 en 2019 et 27 en 2020. A noter toutefois qu'en 2021, la tendance s'est inversée puisqu'elles étaient 40.
- En 2021, l'ensemble de la région a été impacté de manière relativement homogène par les particules PM10. Avec des moyennes annuelles entre 10 et 16 g/m3, aucune zone de la région n'a été concernée par un dépassement de la valeur limite européenne fixée à 40 µg/m3/an. La recommandation de l'OMS, fixée à 15 µg/m3/an, a été dépassée de peu, notamment au centre de la région (16 µg/m3 enregistrés sur les stations de Chalon Centre, sous influence trafic, et Dijon Péjoces, station périurbaine). Concernant les particules PM2,5, les moyennes annuelles se sont situées aux alentours des 8 µg/m3 pour l'ensemble des stations de mesure du réseau.
- Si aucun dépassement de la valeur limite européenne n'a été déploré, ce n'est pas le cas de l'objectif de qualité de l'OMS, abaissé en 2021 de 10 à 5 µg/m3. En outre, la quasi-totalité du territoire régional se situe au-delà de cette recommandation. Pour rappel, l'impact de la pollution de l'air est estimé à 2200 décès par an en Bourgogne-Franche-Comté (Source Santé publique France, 2016) ;
- En matière d'habitat indigne, 5 % du parc privé de résidences principales est potentiellement indigne. De nombreuses pathologies sont provoquées ou accentuées par des désordres liés à l'habitat et la précarité énergétique : saturnisme, maladies respiratoires (asthmes, allergies), maladies infectieuses, accidents domestiques ; plus généralement l'impact des polluants de l'air intérieur (Benzène, formaldéhydes, monoxydes de carbone...) sur la santé des populations constitue une priorité de santé publique
- De nombreuses communes de la région sont classés à risque radon, gaz radioactif naturel reconnu comme cancérigène pulmonaire depuis 1987 par l'OMS ; La fraction attribuable de cancer du poumon est estimée de 14 % à 27 % (secteur Franche-Comté – étude CIRE année 2005-2006) contre 5 à 12 % au niveau national
- A noter également la prolifération de l'ambrosie, plante dont le pollen est fortement allergisant, avec des secteurs déjà fortement impactés (Jura et Nièvre notamment). Plus généralement, 15 à 20 % de la population française est allergique aux pollens, cause de problèmes d'absentéisme à l'école ou au travail et pouvant conduire à une pathologie asthmatique.

Par ailleurs, le changement climatique et les perturbations qu'il engendre suscitent des inquiétudes quant à l'arrivée de maladies vectorielles (tiques et maladie de Lyme, moustique tigre potentiellement vecteur de la dengue et du chikungunya...). Ainsi, 5 départements de la région sont déjà concernés avec une circulation active du moustique tigre.

Enfin, sans que la région Bourgogne-Franche-Comté présente de spécificité par rapport au niveau national, des défis sont également à relever en matière :

- d'exposition aux substances nocives dont les perturbateurs endocriniens ainsi qu'aux nuisances sonores ;
- de précarité énergétique des ménages les plus fragiles avec des conséquences en termes d'insalubrité, de pathologies liées à l'habitat et de capacités financières.

Au-delà de la nécessaire action sur ces risques identifiés, il est aujourd'hui largement reconnu que les choix de planification et d'aménagement du territoire influencent la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations. Les problématiques de santé telles que l'obésité, l'asthme, les inégalités de santé, les troubles de la santé mentale (stress, dépression...), l'exposition aux agents délétères (substances nocives, bruit,...), constituent autant d'enjeux contemporains de santé publique étroitement conditionnés par la qualité de l'environnement urbain.

De nombreuses études apportent aujourd'hui des éléments de preuve de l'impact de ces choix sur la santé. L'intégration des enjeux de santé dans les politiques d'aménagement et d'urbanisme constituent dans ce cadre une priorité déjà affirmé dans le PRSE 3 et poursuivi dans le nouveau PRSE 4.

Le nouveau Plan régional santé environnement 2023-2027 (PRSE 4), copiloté par la préfecture de région, le Conseil Régional et l'ARS a pour ambition de poursuivre les actions engagées par le PRSE 3 en les amplifiant. Il s'agira de promouvoir l'approche « une seule santé » au travers d'un axe dédié et de traiter l'enjeu du changement climatique au travers de l'ensemble des axes.

2) OBJECTIFS

Le PRSE4 comporte 4 axes prioritaires d'intervention ainsi qu'un axe transversal qui ont été définies sur la base du bilan du PRSE 3 présenté au GRSE du 28 janvier 2022 ainsi que des orientations nationales du PNSE4 publié en mai 2021.

Pour chaque axe, plusieurs objectifs spécifiques et des actions ont été proposés par des groupes de travail associant les acteurs de la région compétents.

Axe Transversal au Plan

Objectif opérationnel :

- ☞ *Renforcer et coordonner la communication et la formation sur les enjeux de santé environnement, de changement climatique et d'approche « Une seule santé »*

RESULTATS ATTENDUS

- ⊙ Communication coordonnée s'appuyant sur le réseau E-SET
- ⊙ Formations s'appuyant sur les priorités du PRSE4

Axe 1: Agir pour développer des comportements favorables à la santé

Objectifs opérationnels :

- 👉 *1 - Mobiliser les parents et les professionnels de la petite enfance pour créer un environnement favorable à la santé des nourrissons et des jeunes enfants*

Exemples d'actions :

- ⊙ Élaborer et mettre en œuvre une stratégie territoriale de sensibilisation des parents et des professionnels sur les perturbateurs endocriniens
- ⊙ Accompagner les structures d'accueil « petite enfance » sur la gestion des perturbateurs endocriniens par la formation et la réalisation d'audits

- 👉 *2 - Sensibiliser à la prévention des maladies vectorielles, renforcer les connaissances et la compréhension par la population des gestes à adopter*

Exemples d'actions :

- ⊙ Déployer autour du moustique tigre une stratégie de marketing social et de formation dans les territoires.
- ⊙ Renforcer la politique de prévention de la maladie de Lyme et des maladies vectorielles à tiques dans les territoires (formations, sensibilisations)

- 👉 *3 - Favoriser les comportements favorables à la santé : protéger les personnes allergiques vulnérables, réduire l'exposition de la population aux pollutions environnementales*

Exemples d'actions :

- ⊙ Renforcer la connaissance et la prise en compte des données de surveillance de la qualité de l'air par la population (prise en compte des données de recherches comportementales pour une meilleure appropriation des messages)
- ⊙ Renforcer la prévention et la prise en charge des allergies dans les milieux de vie (développement du conseil en environnement intérieur et de la prévention des allergies alimentaires)
- ⊙ Poursuivre le programme de concerts pédagogiques et l'éducation au bruit pour les plus jeunes enfants

RESULTATS ATTENDUS

- ⊙ Diminution de l'exposition des jeunes enfants aux perturbateurs endocriniens et aux polluants environnementaux
- ⊙ Meilleure prise en compte par les collectivités, le grand public et les associations des risques liés aux insectes vecteurs (moustique tigre, tique...)
- ⊙ Appropriation de comportements favorables à une amélioration de la qualité de l'air et à l'atténuation du changement climatique
- ⊙ Amélioration de la prise en charge des patients allergiques, dans leur habitat et en restauration collective
- ⊙ Appropriation de comportements en faveur de la réduction de l'exposition au bruit

Axe 2 : Développer des environnements favorables à la santé

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Prendre en compte la santé-environnementale dans un objectif de gestion intégrée du patrimoine immobilier

Exemples d'actions :

- ⦿ Renforcer les adhésions au programme RESET (Réseau des Établissements de Santé En Transition) et prendre en compte les risques « légionnelles » et « radon »
- ⦿ Déployer la stratégie de montée en compétences des collectivités sur la qualité de l'air intérieur et le risque radon lors des travaux de rénovation énergétique
- ⦿ Développer les compétences en santé-environnement des professionnels de la construction, de la rénovation et de l'exploitation du bâtiment
- ⦿ Déployer le réseau « Santé environnement qualité de l'air intérieur (QAI) et radon »

- ☞ 2 - Préserver et restaurer des environnements favorables à la santé en milieu anthropisé, urbain et rural

Exemples d'actions :

- ⦿ Poursuivre les actions de lutte contre l'ambrosie, et élargir aux autres enjeux sur la gestion des espaces et milieux, chenille processionnaire)
- ⦿ Sensibiliser le grand public aux enjeux de l'urbanisme favorable à la santé

RESULTATS ATTENDUS

- ⦿ Meilleure résilience énergétique et amélioration des environnements intérieurs et extérieurs des établissements santé et médico-sociaux
- ⦿ Augmentation du nombre de professionnels du bâtiment sensibilisés et formés à la qualité sanitaire de l'environnement intérieur
- ⦿ Meilleure intégration des enjeux de santé dans la gestion des espaces naturels et urbanisés

Axe 3: Intégrer la santé environnement dans les politiques publiques et les projets territoriaux

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Renforcer la prise en compte des enjeux de santé-environnement dans les politiques publiques

Exemples d'actions :

- ⦿ Accompagner et outiller les collectivités pour intégrer les enjeux de santé environnement dans les programmes territoriaux.
- ⦿ Proposer une ingénierie adaptée à la prise en compte de la santé environnement dans les projets territoriaux.
- ⦿ Favoriser la prise en compte des critères de santé environnement dans la commande publique

- ☞ 2 - Faciliter l'émergence et l'accompagnement de projets d'urbanismes favorables à la santé (UFS) dans les collectivités
- ☞ 3 - Renforcer la prise en compte des enjeux de santé environnement par les programmes territoriaux

Exemples d'actions :

- ⊙ Promouvoir une alimentation saine et durable pour tous en s'appuyant sur les politiques territoriales des services de l'Etat et des collectivités
- ⊙ Promouvoir l'émergence de projets de territoire dont l'objectif est la reconquête de la qualité de l'eau et l'adaptation au changement climatique
- ⊙ Promouvoir la sécurité de l'alimentation en eau potable : PGSSE, PIC

RESULTATS ATTENDUS

- ⊙ Meilleure intégration des enjeux de santé environnement dans les projets d'aménagement et d'urbanisme des collectivités
- ⊙ Stratégies alimentaires et plans alimentaires des collectivités intégrant les enjeux de santé environnement
- ⊙ Augmentation du nombre de collectivités disposant de ressources en eau sécurisées qualitativement et quantitativement

Axe 4 : Soutenir la recherche et les actions innovantes pour une approche « Une seule santé »

Compte tenu de la priorité donnée à l'approche « Une seule Santé » dans le PRS, ce thème fait l'objet d'une fiche dédiée. Les objectifs de cette fiche sont présentés ci-dessous et reprennent ceux du PRSE4.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Outiller et diffuser méthodiquement le concept « Une seule santé »
- ☞ 2 - Favoriser la prévention et le traitement des zoonoses selon le principe « une seule santé »
- ☞ 3 - Sensibiliser et former à l'importance de la qualité des sols dans la bonne santé des écosystèmes

Exemples d'actions :

- ⊙ Cadre des actions « une seule santé » établi
- ⊙ Augmentation des projets « une seule santé »
- ⊙ Prise en compte des sols dans les projets alimentaires et d'urbanisme selon le principe « une seule santé »

3) PARTENARIATS

- Pilotes du PRSE 4 : région, Préfecture de région
- DRAAF ;
- ADEME ;
- DREETS ;
- Agences de l'eau
- Collectivités
- Conseil régional, conseils départementaux (PMI, ASE) ;
- Structures membres du GRSE.

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours :
 - Fiche Parcours Santé mentale et psychiatrie ;
 - Fiche Parcours Nutrition ;
 - Fiche Parcours maladies cardio-neuro-vasculaires ;
 - Fiche Parcours Périnatalité ;
 - Fiche Parcours Grand âge ;
 - Fiche Parcours diabète et maladies rénales chroniques ;
 - Fiche Parcours cancer.



**Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028**

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

LIVRET 2 – ATTRACTIVITE

ATTRACTIVITE

SOMMAIRE

2.1	<i>Attirer vers les métiers et former les jeunes et les demandeurs d'emploi</i>	7
2.1.1	Orientations et attractivité des métiers	7
2.1.2	Formation initiale médicale et paramédicale	11
2.2	<i>Recruter et fidéliser les professionnels en améliorant l'attractivité des emplois</i>	18
2.2.1	Développer les démarches de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)	18
2.2.2.	Améliorer la qualité de vie et les conditions de travail	20
2.3	<i>Faciliter les activités et mieux accompagner les professionnels dans leurs compétences</i>	24
2.3.1	Dispositifs incitatifs à l'installation et à l'exercice hospitalier	24
2.3.2	Montées en compétence par la formation professionnelle	27
2.3.3	Libérer du temps médical par le développement des nouveaux métiers et la coopération entre professionnels de santé	29
2.4	<i>Attirer et conserver les professionnels dans les territoires</i>	31
2.4.1	Favoriser l'attractivité des territoires	31
2.4.2	Attirer et fidéliser les professionnels dans les territoires par une offre de service	36

La crise sanitaire, survenue en 2020, a mis à l'épreuve les acteurs de la santé, qui ont été très mobilisés quel que soit leur secteur d'activité. Trois années après son émergence, les métiers du « care » restent fragilisés et leur attractivité connaît un déficit sans précédent : chaque acteur de l'offre de santé et du médico-social manifeste, aujourd'hui, de grandes difficultés à garantir quotidiennement la continuité des prises en charge des patients dont il a la charge avec les personnels disponibles.

Si les besoins étaient concentrés, il y a encore quelques années, sur le corps médical, toutes les professions paramédicales, du social, du médico-social, de l'aide et des personnes accompagnées sont désormais très en tension sur l'ensemble du territoire.

Le gouvernement a appelé à une mobilisation générale pour résorber les problématiques de recrutement que connaît la France de manière accentuée depuis l'après crise sanitaire.

Différents plans nationaux ont pris rang, visant à renforcer l'accès territorial aux soins par un soutien à l'attractivité des métiers du soin. Les accords sur le Ségur de la santé de juillet 2020, suivis des accords Laforcade en 2021 et des diverses instructions relatives l'attractivité des métiers du grand âge, du handicap et de la santé, soulignent la nécessité de consacrer une politique volontariste et incitative envers ces métiers.

En effet, les accords sur le Ségur de la santé se sont traduits, dans sa première phase, par un investissement conséquent dans la revalorisation des rémunérations des professionnels exerçant dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Une série de mesures et les moyens associés ont suivi, dans un second temps, en vue de sécuriser les organisations et les environnements de travail, dans un processus devant impliquer conjointement les directions d'établissements et les représentants des personnels.

En région, cette politique nationale est complétée par des travaux particulièrement ciblés sur les structures médico-sociales. A la suite d'une enquête, menée en 2022, dédiée à la qualité de vie au travail, les acteurs du champ médico-social ont été associés pour bâtir un plan d'actions adapté. L'organisation des temps de travail, les bonnes pratiques, la gestion du parcours professionnel ou encore le climat social sont autant de pistes à explorer.

Enfin, la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail résumée sous la formule « *prendre soin de ceux qui nous soignent* », abordée dans le précédent schéma régional en santé, reste pleinement d'actualité pour les prochaines années. En effet, des travaux sont encore à conduire notamment pour le secteur hospitalier : l'amélioration des conditions de participation, de reconnaissance et d'indemnisation de la permanence des soins, les évolutions des carrières, l'amélioration des conditions de travail des praticiens.

Tous ces plans se traduisent par un fort investissement sur les ressources humaines, valorisant par de meilleures conditions de rémunération le travail des personnels, et déployant des moyens financiers visant à fidéliser les professionnels dans les établissements et les structures de ville, et incitant à améliorer les organisations et les conduites de travail.

Si on s'intéresse de plus près au secteur public hospitalier, on peut noter que la démographie médicale lui est particulièrement défavorable. Les établissements de santé rencontrent des difficultés récurrentes pour attirer et recruter de jeunes praticiens et les outils réglementaires déployés ces dernières années en vue de les accompagner s'avèrent insuffisants. L'année 2023 représente un véritable défi ; la mise en œuvre des dispositions de l'article 33 de la Loi Rist introduit un changement de doctrine, à savoir la fin de pratiques tarifaires dérégulées vis-à-vis de l'intérim médical ou de contrats de gré à gré, lesquels sont soumis depuis le mois d'avril à un contrôle renforcé du comptable public. S'il s'est traduit dans l'immédiat par des difficultés accrues pour assurer la continuité des soins dans chaque territoire, il est à espérer un changement dans les comportements des médecins intérimaires et vacataires et une plus grande sédentarité.

Ce contexte particulier a exacerbé les tensions sur certaines spécialités au premier rang desquelles on trouve la médecine d'urgence, la médecine générale, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie, l'anesthésie-réanimation ou encore la gériatrie. En intégrant, la psychiatrie, on retrouve globalement les mêmes spécialités dont les effectifs de postes de praticiens hospitaliers (PH) vacants sont les plus conséquents.

En dépit d'évolutions très disparates selon les professions, force est de constater de façon plus globale une sous-représentation régionale de nos professionnels de santé. Le défaut actuel d'attractivité ne permet pas d'inverser la tendance et ceci malgré l'ensemble des actions réglementaires ou des initiatives déployées en région.

Suite au choc de la crise COVID, fin 2021, l'agence a souhaité, en lien étroit avec l'ensemble de ses partenaires, travailler sur l'attractivité des métiers de la santé, du grand âge et du handicap en partageant des priorités de travail communes. Une feuille de route en 4 axes a donc été proposée et des groupes de travail engagés.



Rappel des différents objectifs de travail :

Axe 1 :

- ⇒ Développer l'attrait des jeunes et des demandeurs d'emploi
- ⇒ Améliorer la répartition territoriale des internes
- ⇒ Développer des terrains de stage
- ⇒ Mettre en place une formation odontologie

Axe 2

- ⇒ Déployer les infirmiers en pratique avancée
- ⇒ Développer la formation en apprentissage et soutenir la formation continue

Axe 3

- ⇒ Déployer l'outil « Placetoubi »
- ⇒ Suivre les mesures d'attractivité en faveur des personnels médicaux hospitaliers

Axe 4

- ⇒ Fidéliser des personnels et renforcer la qualité de vie au travail dans les établissements et services médico-sociaux
- ⇒ Sécuriser et suivre les mesures SEGUR « Organisation du travail dans les établissements publics »

L'enjeu repose donc sur l'attrait des secteurs sanitaire et médico-social pour les jeunes et les publics en reconversion professionnelle, en renforçant les quotas de formation des filières médicales et paramédicales, tout autant que la fidélisation des personnels en poste. Il s'agit de battre en brèche l'image dégradée du secteur en révélant toute la richesse et la diversité de ses métiers, en démontrant que les établissements sont des lieux de progression professionnelle, d'échanges, de travail en équipe où la question « du sens » y trouve une place de choix.

Pour poursuivre et renforcer cette feuille de route et devant les tensions actuelles, l'ARS BFC souhaite construire un plan de mobilisation pluriannuel pour les métiers du social, de la santé et du médico-social. Devant l'acuité et l'urgence de la situation, mais aussi avec une volonté d'action à court, moyen et long termes, tous les acteurs concernés, dans le respect de leurs compétences et priorités, se mobilisent pour trouver ensemble des solutions. L'enjeu étant de permettre un maintien de l'accès à la santé et d'assurer la pérennité de notre système de santé.

Afin de poursuivre le travail réalisé dans le cadre de la feuille de route, quatre enjeux prioritaires ont été collectivement identifiés par les partenaires du plan de mobilisation :

- ⇒ Attirer vers les métiers et former les jeunes et les demandeurs d'emploi
- ⇒ Recruter et fidéliser les professionnels en améliorant l'attractivité des emplois
- ⇒ Faciliter les activités et accompagner à la montée en compétence
- ⇒ Attirer et conserver les professionnels sur les territoires

Le 22 mars 2023, le plan de mobilisation en faveur des métiers du social, du médico-social et de la santé, « de l'orientation à l'emploi » a été officiellement lancé par la tenue de son premier comité de pilotage restreint en présence des représentants de la Région Bourgogne-Franche-Comté, de la Préfecture de Région, du Rectorat des académies de Dijon et de Besançon, de la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), de Pôle Emploi.

Ce comité de pilotage a permis de poser les bases du plan de mobilisation nécessitant un renforcement des actions en faveur de l'attractivité du secteur de la santé, du social et du médico-social. Ainsi, ce plan a pour but d'articuler les politiques publiques en la matière, dans le respect du champ de compétences de chaque acteur partenaire.

Plusieurs objectifs généraux sont fixés pour répondre à ce choc d'attractivité :

- ⇒ **Agir ensemble** : répondre aux besoins de santé et du système social.
- ⇒ **Piloter** avec les partenaires en respectant les champs de compétences et les priorités respectifs: Préfet de Région, collectivités locales et services de l'Etat, Pôle Emploi, Région, Rectorat, collectivités locales, représentants des usagers, ...
- ⇒ **Renforcer les synergies** et assurer la complémentarité des actions du niveau régional jusqu'au niveau de proximité
- ⇒ **Prendre en compte les enjeux des différentes professions** à la fois au global (à partir du parcours du patient) et en fonction de leurs spécificités : médical, paramédical, médico-social et social
- ⇒ **Adresser l'ensemble des sujets emploi formation** : depuis l'orientation jusqu'à l'implantation durable des professionnels de santé sur nos territoires en attirant et en fidélisant.
- ⇒ **Intégrer l'évolution des enjeux sociétaux** pour attirer et conserver les ressources humaines: qualité de vie au travail, équilibre vie professionnelle/personnelle, évolution des pratiques managériales, développement personnel, ...
- ⇒ **Anticiper les besoins en emploi et formation** afin de garantir l'équilibre du système vis-à-vis des évolutions des besoins en santé
- ⇒ **Elaborer et suivre** un plan pluriannuel opérationnel comprenant des actions concrètes

Chacun de quatre enjeux est décliné dans le cadre d'une gouvernance permettant d'agir au plus près des usagers du territoire, tout en articulant la dynamique avec les cadres et plans stratégiques existants. Quatre comités techniques seront mis en place, un par enjeu, afin de déterminer pour chacun d'entre eux les priorités, les modalités d'actions, le cadre opérationnel et les indicateurs de suivi. Ces comités interagiront avec des comités d'action territoriale qui réunissent les acteurs de terrain pour agir au plus près des usagers en fonction des priorités du territoire.

Identification des points de rupture :

- ⇒ Une **image dégradée des métiers** qui n'incite pas les jeunes à s'orienter dans les filières de formation
- ⇒ De faibles possibilités de découvrir les métiers de la santé
- ⇒ Des **nouvelles attentes sociétales** auxquelles les secteurs sanitaire et médico-social ne répondent plus, notamment en termes de qualité de vie au travail et d'abnégation vis-à-vis d'une vocation
- ⇒ Un **décrochage de nombreux étudiants** dans les premières années de formations, notamment en instituts de formation en soins infirmiers
- ⇒ **Insuffisance des terrains de stage** en termes de quantité et de répartition territoriales pour certaines spécialités médicales
- ⇒ Une **qualité d'encadrement en stage** insuffisante qui n'incite pas les étudiants à poursuivre leur formation
- ⇒ Une **faible anticipation des besoins** en recrutement dans les établissements
- ⇒ Une baisse de la **qualité de vie au travail** du fait du manque de professionnels
- ⇒ Des **modes de management** peu compatibles avec des bonnes conditions de travail
- ⇒ Difficulté de libérer du **temps** aux personnels afin de les faire monter en compétence
- ⇒ Une difficile acceptation des **nouveaux modes d'exercice** et des **nouveaux métiers**, vus comme concurrentiels (notamment des infirmiers en pratique avancée)
- ⇒ Des **territoires ruraux** faiblement attractifs pour l'installation des praticiens
- ⇒ De nombreux **freins périphériques** à l'installation ou à la venue en stage dans certains territoires : mobilité, hébergement, ...

2.1 Attirer vers les métiers et former les jeunes et les demandeurs d'emploi

2.1.1 Orientations et attractivité des métiers

2.1.1.1 Contexte et problématique

L'orientation vers les formations et métiers du secteur, pour répondre aux besoins actuels et futurs en terme de démographie des professionnels de santé, est un enjeu majeur et relève d'une compétence de la Région.

Les places en formations sont nombreuses et ont été augmentée, mais l'appareil de formation ne fait pas le plein. Entre 2019 et 2022, le nombre de places en formation d'aide-soignante a été augmentée de 1190 à 1436 (*source Région BFC*). Toutefois, à la rentrée 2022, seules 1107 places étaient pourvues dans les différents instituts de formation.

Selon une enquête flash menée par le Rectorat de la Région académique, sur environ 600 élèves en « baccalauréat professionnel accompagnement, soins et services à la personne », seuls 100 se dirigent vers la filière aide-soignante suite à l'obtention du BAC PRO, alors que cette filière constitue la suite logique des études.

La question se pose donc de l'orientation des lycéens vers les filières des métiers du sanitaire et du social.

L'image des métiers apparaît comme davantage dégradée au sortir de la crise du COVID, notamment auprès des plus jeunes. La communication négative autour des conditions de travail, des « déserts médicaux » et de la longueur des études pour la filière médicale n'encourage que peu les jeunes générations à se tourner vers les métiers de la santé.

Ainsi, selon une étude Appel Médical et Cercle Vulnérabilités et Société consacrée à l'attractivité des métiers du grand âge, les Français perçoivent les métiers du grand âge comme des métiers de vocation (89%), porteurs de sens (96%), mais qui sont aussi insuffisamment rémunérés (93%), usants (91%) et mal considérés par la société (91%). Ainsi, seuls 16% des sondés se déclarent motivés par l'idée de s'engager pour répondre au défi du vieillissement de la population. Une forme de fatalisme et de résignation semble s'installer, malgré une prise de conscience quasi-unanime sur la gravité des enjeux.

De façon plus générale, le rapport au travail change et de nouvelles aspirations émergent, notamment chez les plus jeunes générations : la volonté d'un équilibre vie personnelle et professionnelle est parfois difficile dans un secteur où la continuité des soins est une priorité. La communication autour d'une vocation n'est plus la norme pour les métiers du sanitaire et du médico-social car cela sous-entend une abnégation par rapport à la vie personnelle. Ce modèle de communication ne constitue plus un facteur d'attractivité pour les nouvelles générations.

La problématique des stéréotypes est également prégnante sur le secteur de la santé dont les métiers sont fortement féminisés notamment dans les professions paramédicales : 88 % des étudiants infirmiers en Bourgogne-Franche-Comté sont des femmes et 93% dans les études d'aide-soignant (*source EMFOR*). Ce manque de mixité du secteur résulte de nombreux stéréotypes qui ne favorisent pas une orientation volontaire des jeunes hommes vers ce secteur d'activité.

Enfin, l'orientation vers les métiers du sanitaire et du médico-social concerne à la fois la formation initiale évoquée plus haut, mais également la formation à destination des demandeurs d'emploi qui voudraient se réorienter vers le secteur. La présentation des métiers et des dispositifs de découverte doit permettre aux demandeurs d'emploi de posséder toutes les informations permettant de favoriser un choix d'orientation.

Région, Rectorat et Pole Emploi sont des acteurs décisionnaires aux côtés de l'agence régionale de santé dans le champ de l'orientation vers les métiers : aussi, les objectifs et solutions à mettre en place sur le champ de l'orientation vers les métiers relèvent d'un champ de compétences partagées et d'actions nécessairement collectives.

Actions réalisées sur 2018/2023 :

Pour ce qui concerne **l'attractivité pour la formation d'aide-soignant**, l'ARS a mené un vaste plan d'actions avec le conseil régional et l'éducation nationale en 2019 afin d'orienter les élèves en baccalauréat « Aide Soins et Services à la Personne et Services à la Personne et Aux Territoires » vers cette formation. A cette occasion, une large campagne de communication a été réalisée sur ce métier.

Sur le **volet médico-social**, l'ARS accompagne le dispositif de service civique permettant à des jeunes volontaires de découvrir le milieu médico-social en favorisant une activité auprès des publics accompagnés. Cette opération permet de déconstruire des stéréotypes tout en suscitant de potentielles vocations. Au niveau national, environ un tiers des jeunes en service civique dans le milieu médico-social envisagent ensuite de poursuivre une orientation vers ce secteur. Entre 2018 et 2022, l'ARS a participé au financement de 329 services civiques afin de permettre un reste à charge nul pour les structures accueillantes, dans la limite de deux jeunes volontaires accompagnés par structure.

L'ARS a également lancé l'opération « **un Ehpad, un contrat aidé** », en 2021, qui se poursuit par une vidéo qui illustre la découverte du secteur médico-social au travers de témoignages de personnes aujourd'hui en poste après une première phase en contrat aidé. Cette première expérience leur a permis de se familiariser à la vie d'un établissement, à ses activités et à l'accompagnement au quotidien des personnes âgées ou bien en situation de handicap... tout en bénéficiant d'une intégration en douceur dans les collectifs de travail. En filigrane pour ces témoins, la diversité et l'attrait des métiers en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour un parcours professionnel enrichissant. Un directeur d'EHPAD témoigne également de l'aide précieuse de ces contrats pour découvrir de nouvelles « vocations ». Cette vidéo est très utilisée aujourd'hui pour permettre de faire découvrir le secteur médico-social aux demandeurs d'emploi en demande d'information sur le secteur.

L'ARS accompagne également cinq **plateformes des métiers de l'autonomie** permettant de favoriser l'attractivité des métiers de l'autonomie et du grand âge dans les territoires concernés : Côte d'Or (Cesam), Nièvre (La Fabrique), Yonne (département), Saône et Loire (département), T-Belfort (département). Ces plateformes ont pour objectif de piloter des actions d'attractivité des métiers au niveau local.

2.1.1.2 Objectifs

Objectif 1 : Favoriser l'émergence de dispositifs de découvertes des métiers innovants et faciliter la diffusion des supports pour les collégiens, lycéens et demandeurs d'emploi en reconversion

Exemples d'actions :

- ⦿ Intervention dans les classes de 4^{ème}/3^{ème} pour présenter les métiers sur des formats ludiques et innovants (ex : Escape Game)
- ⦿ Renforcer l'articulation des BAC PRO avec les formations aide-soignant pour favoriser l'orientation vers les instituts de formation
- ⦿ Améliorer les liens entre les instituts de formation en soins infirmiers et les lycées pour favoriser un choix d'orientation éclairé des lycéens vers les études d'infirmier
- ⦿ Mettre en place une synergie partenariale sur la réalisation et les diffusions des supports de communication sur les métiers

Objectif 2 : Favoriser des choix d'orientation éclairés en impliquant les employeurs dans la promotion du secteur

Exemples d'actions :

- ⦿ Ouvrir largement le secteur de la santé aux stages de découverte pour les collégiens, lycéens et demandeurs d'emploi
- ⦿ Faciliter les accueils en stage de découverte par la création de postes de tuteurs mutualisés
- ⦿ Favoriser la connaissance du secteur par les enseignants des filières générales, technologiques et professionnelles pour donner une image claire des métiers et formations.

Objectif 3 : Mettre en place des opérations de communication positives sur le secteur

Exemples d'actions :

- ⦿ Favoriser le développement des semaines et journées thématiques qui promeuvent une image positive du secteur et de ses professionnels
- ⦿ Permettre la diffusion de témoignages de professionnels aux parcours réussis mais véhiculant une image réaliste
- ⦿ Développer une communication autour du sens des métiers mais aussi des perspectives d'évolution suite aux formations

2.1.1.3 Partenariats

- Rectorat
- Région
- Instituts de formation
- DREETS
- Établissements de santé et établissements et services médico-sociaux.
- OPCO
- Acteurs du service Public de l'Emploi
- Plateformes des métiers de l'autonomie
- Collectivités territoriales (département, communautés de communes, communes...)
- Tout autre partenaire

2.1.2 FORMATION INITIALE MEDICALE ET PARAMEDICALE

2.1.2.1 Contexte et problématique

Comme évoqué précédemment, l'évolution de la **démographie médicale** dans notre région accroît les inégalités territoriales d'accès aux services de santé, en particulier dans la Nièvre, le Nord Yonne, le Sud Jura, ce qui s'explique en partie par des spécificités territoriales d'accessibilité (zones rurales mal desservies : manque d'infrastructures routières, zones de montagne, etc.).

Cette tendance risque de s'accroître dans les années à venir compte-tenu du vieillissement de la population et du nombre accru de pathologies chroniques, qui entraînera mécaniquement une augmentation des besoins en soins. La formation apparaît comme être l'un des leviers de régulation de la démographie médicale et de contribution à un meilleur équilibre de la répartition de l'offre de soins.

Universités, Région, Instituts de formation, DREETS sont autant d'acteurs décisionnaires aux côtés de l'agence régionale de santé dans le champ de la formation initiale, et notamment en matière de fixation des quotas de formation, d'encadrement enseignant et de répartition en stage des étudiants.

Etudes médicales

S'agissant des **étudiants médicaux**, l'accès aux formations de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie (MMOP) a été rénové par 2 dispositions de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé d'une part, en supprimant le *numerus clausus* et, d'autre part, en diversifiant les voies d'accès, à compter de la rentrée universitaire 2020-2021.

La réforme a mis en place l'organisation d'une conférence nationale, lieu de concertation des **objectifs nationaux pluriannuels remplaçant le *numerus clausus*** pour les quatre formations médicales concernées (médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie).

Ces objectifs pluriannuels sont définis par l'université ou la structure de formation, pour chacune des formations MMOP, pour une durée quinquennale ; ils sont encadrés par des seuils, minimal et maximal, d'évolution possible, dont l'écart entre les deux ne peut être inférieur à 5 % de part et d'autre de l'objectif.

Un arrêté du 13 septembre 2021 du ministre des solidarités et de la santé et de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, a fixé les objectifs nationaux pluriannuels (ONP) de professionnels de santé à former pour la période 2021/2025 en région :

		Objectifs pluriannuels 2021-2025	Seuil minimal à - 5 % de l'objectif	Seuil maximal à + 5 % de l'objectif
Médecine	Besançon	1180	1120	1240
	Dijon	1260	1195	1325
Pharmacie	Besançon	390	370	410
	Dijon	430	405	455
Odontologie	Besançon	180	170	190
	Dijon	230	215	245
Maïeutique	Besançon	140	130	150
	Dijon	140	130	150

L'accès au 3^{ème} cycle des études médicales est, quant à lui, conditionné par l'inscription et le passage des **épreuves classantes nationales (ECN)**. A l'issue de ces épreuves, les étudiants inscrits en 3^{ème} année du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (6^{ème} année des études de médecine) obtiennent un rang de classement qui détermine le choix de leur spécialité et de leur subdivision d'internat.

Postes ouverts	ECN 2017	ECN 2018	ECN 2019	ECN 2020	ECN 2021	ECN 2022
Subdivision de Besançon	199	210	205	207	212	216
Subdivision de Dijon	236	241	241	244	252	261
% BFC / France	5,25%	5,23%	5,24%	5,26%	5,28%	5,29%

Etudes paramédicales

Pour ce qui concerne les professionnels paramédicaux, les **quotas de formation** des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens et audioprothésistes sont fixés annuellement par arrêté ministériel sur la base des données de densités de ces professionnels dans la région. Une concertation préalable entre le conseil régional et l'ARS aboutit à une proposition d'augmentation pluriannuelle en lien avec les besoins de recrutement dans la région.

Pour les autres professions, les capacités de formation sont arrêtées par le conseil régional. L'agence régionale de santé est sollicitée, pour avis, sur la répartition des augmentations de formation entre les différents instituts.

Pour ce qui concerne les infirmiers et les aides-soignants, principaux métiers identifiés comme très en tension sur la région, les quotas et capacités de formation ont nettement augmenté depuis 2019 :

- 1350 à 1511 pour les infirmiers
- 1190 à 1436 pour les aides-soignants

Les instituts de formations paramédicales sont bien répartis dans la région : 17 en soins infirmiers, 4 pour les masseurs-kinésithérapeutes, 25 pour les aides-soignants, 5 pour les auxiliaires de puériculture, 2 pour les ergothérapeutes, 2 de psychomotriciens, 1 unité de formation d'orthophonistes et 2 instituts de formation de manipulateurs en électroradiologie, 4 d'ambulanciers.

Les **instituts de formation en soins infirmiers** sont constitués en groupements de coopération sanitaire avec les deux universités et les enseignements universitaires sont identiques pour tous les étudiants de la région. L'accès aux terrains de stage de spécialités reste inégal selon le territoire d'implantation de l'institut.

Les **instituts de formation des masseurs-kinésithérapeutes** et instituts de formation en ergothérapie ont également signé une convention avec les universités. L'Unité de formation et de recherche (UFR) santé de Besançon a ouvert un département des professions de la rééducation dans lequel sont regroupées les filières orthophonie, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens et ergothérapeutes.

Des **projets de création d'instituts** sont à l'étude : ambulanciers, 1 institut de formation de manipulateurs en électroradiologie et 1 filière de formation universitaire d'orthoptistes.

Enfin, le développement des nouvelles technologies en santé, l'évolution des modes de prise en charge, le développement des pathologies chroniques, le déploiement de plans de santé publique et les évolutions réglementaires amènent les professionnels de santé médicaux et paramédicaux à actualiser de façon régulière leurs connaissances, *via* le dispositif de formation continue.

L'ARS BFC déploie donc, avec tous les acteurs clefs impliqués, une politique globale de formation visant à rééquilibrer la démographie des professionnels de santé et leur répartition territoriale dans notre région.

Pour autant, l'attractivité pour certaines formations aux métiers de la santé paramédicaux (aides-soignants, etc.) est fragile et l'ensemble des partenaires concernés doivent se mobiliser pour mener des actions concertées et ciblées dans l'objectif de promouvoir ces formations et d'en faciliter l'accès.

Reconversion professionnelle

Le recours à la formation des demandeurs d'emploi est notamment un levier intéressant pour favoriser les reconversions professionnelles dans le secteur, notamment dans les professions paramédicales. Certaines formations, courtes et financées par la Région ou bien Pôle Emploi permettent d'accéder rapidement à un emploi dans le secteur sanitaire ou médico-social. A ce titre, Pôle Emploi mène un travail particulier sur les secteurs sanitaire et social, considéré comme l'un des trois secteurs les plus en tension sur le territoire national mais aussi l'un des plus pourvoyeurs d'emploi dans la région.

Pour les étudiants en médecine, les deux subdivisions sont confrontées à un certain manque d'attractivité : une région méconnue, des territoires ruraux avec un maillage urbain faible et plutôt éloigné des CHU, en témoignent pour exemple le nombre de postes non pourvus au global et dans certaines spécialités aux épreuves classantes nationales et un taux de fidélisation d'environ 46,2 % des étudiants 2^{ème} cycle poursuivant leur internat en BFC (*données ECN 2022*).

L'augmentation des places et donc du nombre d'étudiants en santé va impliquer le développement du temps d'encadrement tant à l'université et en instituts que dans les terrains de stage, pouvant être aidé par le recours au numérique.

Actions réalisées sur 2018/2023 – Formation médicale :

Création d'une **formation complète en odontologie** en région : Le 2 décembre 2021, le Premier Ministre a annoncé la création de 8 nouveaux sites de formation en odontologie dont 2 en région Bourgogne-Franche-Comté. 56 étudiants ont réalisé leur 1^{ère} rentrée universitaire en septembre 2022 : 30 à Dijon et 26 à Besançon. Les stages hospitaliers se dérouleront à compter de la rentrée 2024.

Soutien à la création de postes d'Assistants Spécialistes à temps Partagé (ASP) : L'ARS BFC a mis en place un dispositif de soutien à la démographie médicale en complément du dispositif national de financement des assistants spécialistes partagés déployé par le Ministère en charge de la Santé. Ce dispositif vise à permettre à de jeunes médecins de développer un exercice partagé entre des établissements de santé périphériques et les CHU de la région Bourgogne-Franche-Comté ou, depuis 2018 dans le cadre de la déclinaison du plan d'accès aux soins, entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire (centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire, cabinet libéral notamment).

Développement des terrains de stage en médecine générale dans l'ensemble de la région (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les collèges des généralistes enseignants) : Le Collège Bourguignon des généralistes enseignants (CBGE) et le Collège Régional des généralistes enseignants de Franche-Comté (CRGE FC) sont des relais locaux du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), société savante qui promeut un enseignement de la médecine générale de haute qualité auprès des étudiants et des différents acteurs de la santé. Compte-tenu du nombre de professionnels à former pour les 5 prochaines années, définis par arrêté du 13 septembre 2021, de la réforme du 3ème cycle des études médicales qui instaure un 2ème stage obligatoire chez le praticien, et de l'article 23 du projet de loi des finances de la sécurité sociale 2023 fixant à 4 ans la durée du DES de médecine générale avec la dernière année consacrée à un stage ambulatoire, il a été décidé sur les deux subdivisions de poursuivre les travaux engagés par les deux Collèges CBGE et CRGE FC.

Le soutien financier de l'ARS porte sur 3 axes :

- accompagner les maîtres de stage universitaire en médecine générale ;
- accompagner les étudiants ;
- améliorer la coordination et la recherche en médecine générale.

De nouveaux CPOM ont ainsi été signés pour les années 2022 et 2023.

Actions réalisées sur 2018/2023 – Formation paramédicale :

L'augmentation des quotas de formation n'est pas la seule réponse à apporter au déficit de professionnels de santé sur la région.

Les **référentiels de formation** sont progressivement revus pour faciliter l'accès aux formations en santé. C'était le cas en 2021 pour la formation d'aides-soignants et d'auxiliaires de puériculture et en 2022 pour la formation d'ambulanciers. Les modalités de sélection se sont assouplies et des dispenses de formation sont accordées aux candidats possédant déjà certains diplômes. Les parcours de formation sont donc différenciés et individualisés avec des fins de formations réparties tout au long de l'année.

Les établissements de santé sont incités à proposer aux étudiants des **contrats d'allocations d'études**

Le **développement de la formation par apprentissage** est un axe fort de l'attractivité des formations. Les apprentis ne sont pas comptabilisés dans les capacités et quotas de formation et on constate une très bonne fidélisation des apprentis à l'issue de la diplomation. Tous les instituts de formation d'infirmiers, d'aides-soignants et d'ambulanciers proposent aujourd'hui une formation par apprentissage.

Une **expérimentation de validation des acquis par l'expérience (VAE) collective aide-soignante** a été menée en 2019 avec des résultats très satisfaisants sur la diplomation des candidats.

La région s'est également rapidement engagée dans la formation aux nouveaux métiers de santé et les deux universités proposent le **master infirmier en pratique avancée** depuis 2018 (55 places). Le Ségur de la santé prévoit 5000 IPA formées sur le territoire national d'ici 2023 et les universités devraient accompagner cette évolution. L'ARS accompagne financièrement les infirmiers salariés et libéraux dont le projet est pertinent au master IPA (109 IPA seront ainsi accompagnés d'ici 2023)

Evolutions réglementaires à venir :

⇒ *2ème DES à compter de novembre 2023 :*

L'arrêté du 25 avril 2022 relatif aux modalités d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études de médecine permettra, à compter de la rentrée universitaire 2023, à des médecins en exercice de changer de spécialité au bout de 3 ans d'exercice ou de sur-spécialiser *via* une Formation Spécialisée Transversale (FST) ou options au bout d'un an d'exercice.

⇒ *4ème année en Médecine Générale votée dans la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 :*

L'article 37 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2023 vise à instaurer une 4ème année d'internat pour les futurs spécialistes en médecine générale, qui rentreront en 3ème cycle à partir de la rentrée 2023, dans des lieux agréés en pratique ambulatoire et en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Identification des points de rupture :

- ⇒ **Nombre de terrains de stage** insuffisants dans certaines spécialités médicales ou formations paramédicales et qualité d'accueil et d'encadrement dans certains terrains de stage à optimiser
- ⇒ **Capacités de formation** au master IPA insuffisantes et des candidats ne peuvent entrer en formation. Les étudiants rencontrent des difficultés à être accueillis en stage de médecine générale
- ⇒ Inégale **répartition sur les terrains de stage** agréés des étudiants médicaux, avec des parcours de formation encore très centrés autour du CHU, motivés en partie par les obligations des maquettes nationales des diplômes d'études spécialisées,
- ⇒ Nombre croissant de **PADHUE**, praticiens à diplôme hors union européenne, à tutorer pour leur parcours de consolidation des compétences, prescrit par le Centre National de Gestion, à réaliser dans des terrains de stage agréés pour les internes
- ⇒ **Attractivité des territoires** et problématique d'hébergement des étudiants en santé, amplifiée par l'augmentation de la précarité des étudiants et des difficultés de mobilité
- ⇒ **Défaut de remplissage** des IFAS et plus récemment des IFSI : La formation infirmière reste très attractive avec un nombre de candidats sur la plateforme Parcoursup d'environ 9000 par an, même si l'on constate depuis ces 2 dernières années que certains instituts n'atteignent pas leur quota. La formation aide-soignante est beaucoup moins attractive et les instituts peinent à atteindre leurs capacités de formation.
- ⇒ Augmentation du **nombre d'interruptions et d'abandons de formation** avec diminution du nombre de diplômés dans les IFSI
- ⇒ **Calendrier de diplomation** de la DREETS qui ne peut pas s'adapter aux parcours individualisés prévus par les nouveaux référentiels de formation

2.1.2.2 Objectifs

Objectif 1 : Participer à une meilleure répartition de l'offre de formation en fonction des métiers en tension dans le territoire

Objectifs opérationnels :

- 1- Identifier et anticiper les métiers/spécialités en tension pour mieux cibler les actions
- 2- Participer à l'élaboration et la mise en œuvre du Contrat de plan régional de développement des formations et de l'orientation professionnelles, piloté par le Conseil régional

Objectif 2 : Développer et répartir l'offre de formation en odontologie au plus près des besoins de la population

Objectifs opérationnels :

- 1- Arrêter le schéma directeur hospitalier du volet formation
- 2- Répondre aux besoins de santé publique dans les territoires en développant une offre de soins en odontologie

Objectif 3 : Augmenter le nombre d'étudiants infirmiers dont les infirmiers de bloc opératoire diplômé d'Etat (IBODE) et aides-soignants diplômés (les actions en lien avec cet objectif concerneront les interruptions de formation, la concertation avec la DREETS pour le calendrier de diplomation et les dispositifs de VAE collective

Objectifs opérationnels :

- 1- Favoriser le recours et l'accompagnement à la VAE collective
- 2- Permettre un accès rapide à l'emploi par l'accélération de la procédure de diplomation
- 3 – Diminuer et prévenir les interruptions de formations dans les différentes filières, notamment en soins infirmiers

Objectif 4 : Développer l'offre de formation en apprentissage sur toutes les filières de formation paramédicales

Objectifs opérationnels :

- 1 - Mieux faire connaître les dispositifs et aides liés à l'apprentissage aux employeurs
- 2 - Encourager un rapprochement entre les employeurs et les centres de formations
- 3 - Accompagner les employeurs à valoriser le rôle des tuteurs et maitres d'apprentissage

Objectif 5 : Travailler avec les acteurs pour développer une offre de formation médicale davantage déconcentrée

Objectif 6 : Inciter à une répartition homogène des étudiants en formation sur l'ensemble du territoire

Objectif 7 : Favoriser les formations en reconversion pour les demandeurs d'emploi

Exemples d'actions :

- ⊙ Qualité d'accueil en stage : Inciter les établissements à rédiger des chartes d'encadrement, et à promouvoir leurs équipes auprès des élèves et étudiants en stage (interventions à l'UFR ou dans les Instituts, organisation de visites d'établissement et de services, de soirées de formation et d'échanges, ...)
- ⊙ Mettre en place des Commissions par groupement hospitalier de territoire comprenant des représentants des établissements de santé, des étudiants et des instituts pour organiser l'offre de stage des étudiants paramédicaux sur les territoires
- ⊙ Analyser les motifs d'interruption de formation et mettre en place des mesures pour les prévenir
- ⊙ Organiser la concertation entre la DREETS et les instituts pour harmoniser les rubans pédagogiques et faire en sorte qu'ils coïncident avec les calendriers de diplomation
- ⊙ Communiquer sur les possibilités de reconversion et de formation dans le secteur
- ⊙ Mettre en place des dispositifs de validation des acquis par l'expérience collective pour les aides-soignants et les IBODE
- ⊙ Inciter les établissements support d'instituts de formation à développer l'offre de formation en apprentissage et les établissements à y recourir par un accompagnement des maîtres d'apprentissage
- ⊙ Etudier la possibilité de mettre en place des contrats d'allocation d'étude pour diminuer la précarité étudiante et fidéliser les jeunes diplômés.
- ⊙ Dans le respect des maquettes de formation, travailler le parcours de formation sur l'ensemble du territoire des internes en amont des Commissions d'évaluation des besoins en formation avec l'UFR et les coordonnateurs, notamment sur les spécialités en tension
- ⊙ Mobiliser les partenaires (*ordres, URPS, collèges des généralistes enseignants, Fémasco*) sur le développement de la maîtrise de stage en ambulatoire pour les formations médicales et paramédicales (*médecine générale, autres spécialités médicales, infirmiers, et médecins généralistes pour les IPA*)
- ⊙ Universitariser les territoires en expérimentant des nouvelles formes d'enseignement à distance des centres de formation de référence : déconcentration de la formation avec des antennes rurales et/ou mise en place de téléenseignement sous forme de sessions dématérialisées dans des locaux excentrés, déploiement de chefs de clinique-assistants avec fonctions territoriales d'enseignement et de compagnonnage, ...
- ⊙ Dans le cadre des études d'odontologie, identifier les établissements partenaires et l'implantation des fauteuils dentaires
- ⊙ Répartir les étudiants au plus près des territoires dans l'objectif de fidéliser les futurs chirurgiens-dentistes

2.1.2.3 Partenariats

Acteurs : Région, Universités, instituts de formation, DREETS, Pôle Emploi, établissements de santé et médico-sociaux.

Partenaires : OPCO, collectivités territoriales (département, communautés de communes, communes...), collèges des généralistes enseignants, représentants des étudiants médicaux et paramédicaux.

2.2 Recruter et fidéliser les professionnels en améliorant l'attractivité des emplois

2.2.1 Développer les démarches de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)

2.2.1.1 Contexte et problématique

Dans un contexte de fragilité de la démographie médicale, les conditions de travail et les organisations sont fortement influencées et entraînent des conséquences sur la gestion de leurs personnels. Dans un contexte de tension dans les établissements, il peut être difficile de piloter une démarche de GPEC : l'anticipation des besoins en formation ou en emploi est ainsi rendue difficile à l'échelle de l'établissement, du territoire mais aussi de la Région.

Les établissements sont ainsi amenés à mettre en œuvre une Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est une méthode pour adapter – à court et moyen termes – les emplois, les effectifs et les compétences aux exigences issues de la stratégie des entreprises et des modifications de leurs environnements économique, technologique, social et juridique. La GPEC est une démarche de gestion prospective des ressources humaines qui permet d'accompagner le changement. Elle doit permettre d'appréhender, collectivement, les questions d'emploi et de compétences et de construire des solutions transversales répondant simultanément aux enjeux de tous les acteurs concernés : les entreprises, les territoires et les actifs.

2.2.1.2 Objectifs

Objectif 1 : Evaluer la maturité des différents établissements dans la prise en compte des démarches de GPEC ainsi que les résultats obtenus par les démarches existantes

Objectif 2 : Accompagner les établissements dans la mise en place de démarche de GPEC

Objectif 3 : Favoriser les échanges des groupes de bonnes pratiques et des synergies entre les établissements en matière de recrutement, d'emploi ou de formation

Exemples d'actions :

- Réaliser un audit GPEC pour des établissements volontaires
- Elaboration d'une cartographie des métiers pour favoriser la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) en identifiant les emplois en tension et les besoins en formation des agents
- Animation d'un collège régional des employeurs pour partager les dynamiques GPEC et améliorer les synergies dans le recrutement de profils pénuriques

Accompagnement social des établissements :

- Favoriser le dialogue social
- Accompagnement financier de l'ARS dans le cadre d'opérations de restructuration

2.2.1.3 Partenariats

- Fédérations
- Etablissements de santé et médico-sociaux

2.2.2. Améliorer la qualité de vie et les conditions de travail

2.2.2.1 Contexte et problématique

Le contexte de tension de la démographie des professionnels dans les différents établissements amène à une dégradation de la qualité de vie et des conditions de travail. Ces difficultés dans l'exercice du travail entraînent une augmentation des démissions. Le baromètre emploi formation 2022 de l'Opérateur de Compétences Santé montre que sur 5000 départs du secteur concerné en région Bourgogne-Franche-Comté, 53% étaient dus à une démission (contre 15% pour les départs en retraite).

Ces départs et le turn-over massif de professionnels dans le secteur, surtout au niveau des personnels paramédicaux impliquent une surcharge de travail pour les équipes en poste, ce qui dégrade d'autant plus les conditions de travail.

Les enjeux avec un impact important sur la qualité de vie au travail sont multiples :

Style de management, communication, implication et reconnaissance des employés

Les directions sont souvent conscientes de cet enjeu et le mettent en avant. Si les équipes n'ont pas de signes de reconnaissance, ne sont pas consultées dans les projets et n'ont pas de consignes claires, cela entraîne une baisse de motivation et un désinvestissement. Se rajoutant aux problématiques d'attractivité du secteur, le management est un véritable levier qui va colorer la dynamique de l'établissement, car un établissement ne fonctionnera pas sans l'implication des équipes.

Manque de personnels et pression temporelle

La pénurie de personnels entraîne une difficulté de cohésion des équipes due au turnover important, mais aussi un fonctionnement en sous-effectif régulier, ce qui fait reposer une charge de travail conséquente sur les équipes. La problématique récurrente des entretiens est la pression temporelle ressentie, générant la frustration de ne pas pouvoir effectuer d'accompagnement comme ils le souhaiteraient. Par exemple : dans de nombreux EHPAD le sous-effectif voire l'absence de personnes qualifiées a un impact sur la qualité des soins de nursing. Le personnel en poste ressent alors la pression de faire le maximum afin de pallier à ce manque. Cela peut entraîner un épuisement tant physique que psychologique.

Ecoute et temps d'échanges face à l'exigence émotionnelle

Les personnes travaillant dans ce secteur sont exposées à des risques psycho-sociaux (RPS) élevés, notamment par la nature du milieu de travail. Le contact quotidien avec des situations d'agressivité, de violence, d'histoires de vie difficiles, de maladie, de fin de vie mais aussi de décès peut peser lourd sur le ressenti de qualité de vie au travail.

Horaires et équilibre vie professionnelle-personnelle

Les temps de travail sont particuliers dans ce secteur, car s'adaptant au rythme de vie des patients. Une problématique de déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle se crée, qui peut amener à un surinvestissement professionnel et de l'épuisement, ou au contraire un manque d'investissement au travail. Face à cela, certaines structures tentent d'harmoniser les horaires complexes afin de satisfaire les équipes tout en garantissant le bon fonctionnement du service.

Relations d'équipe, solidarité, ambiance de travail

Le travail en équipe est très important dans ce secteur. Les équipes sont décrites comme des piliers qui permettent le bon fonctionnement des établissements. La bonne entente professionnelle est ici un enjeu majeur. Les travailleurs font face à des situations difficiles, de nombreux risques psycho-sociaux sont présents et la solidarité des équipes agit comme un facteur protecteur face à ces risques.

Reconnaissance sociale

Le personnel fait face à un manque de reconnaissance sociale pouvant entraîner une perte de sens et de motivation. En effet, suite à la médiatisation de scandales de certains cas de maltraitance dans le secteur médico-social, la méfiance s'est installée et les familles sont plus exigeantes. Si la pandémie de Covid-19 a permis une valorisation sociale du personnel soignant hospitalier, cela s'est moins appliqué au secteur médico-social, qui pâtit toujours d'une mauvaise image.

Glissement de tâche et charge de travail

Des glissements de tâches sont parfois importants dans les établissements et services médico-sociaux, la tendance des professionnels à s'impliquer les amenant à accepter des tâches qui ne devraient pas leur revenir. Ces professionnels sont souvent volontaires mais cela entraîne une charge de travail qui s'ajoute à la fatigue générale rencontrée dans le milieu. Par exemple, beaucoup d'agent de services hospitalier sont employés en tant que "faisant fonction d'aide-soignant". De par la pénurie de personnel et donc le manque de temps, les aides-soignants qualifiés ne peuvent pas superviser, comme cela devrait se faire, les Agents de services hospitaliers. Pour pallier à cela, il faudrait alors encourager la formation qualifiante en y facilitant l'accès.

Actions réalisées sur 2018/2023 :

Soutien aux **Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail** (CLACT) dans les établissements du secteur sanitaire et médico-social

Participation aux travaux nationaux de la direction générale de la cohésion sociale pour améliorer la qualité de vie au travail dans le secteur médico-social

Nomination d'un **réfèrent qualité de vie au travail** à l'ARS pour répondre aux questions des établissements sur cette thématique

Soutien à l'acquisition d'**équipements techniques** de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS)

Mise en place de modalités de **coaching individuels ou collectifs** autour des pratiques managériales

Dispositif **ECOUTE EHPAD** en lien avec l'Agence Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) BFC

Déploiement du **programme TMS PRO** auprès de 30 EHPAD entre 2018 et 2022

Ateliers Agil'idées dans les EHPAD pour faciliter les échanges entre établissements et trouver des solutions aux défis soulevés par la crise sanitaire en 2020

Réalisation d'une **enquête QVT qualitative** auprès de 17 structures médico-sociales (10 secteur PA et 7 secteur PH)

Cluster régional ACIA (Actions Collectives Innovantes et Apprenantes) numérique sur sujet « télé-AVC ». La région BFC a été retenue dans le cadre d'un appel à projet ministériel pour évaluer l'implication des technologies numériques sur la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Le projet Télé-AVC a été ciblé ; après un travail préparatoire avec l'ARACT enclenché en 2021, la phase exploratoire a été conduite sur janvier à novembre 2022 et a mobilisé 9 établissements publics de santé de différentes tailles, utilisateurs de la Télé-AVC.

Lancement d'appels à projets pour les Contrats Locaux d'Amélioration des conditions de travail (CLACT)

2.2.2.2 Objectifs

Objectif 1 : Favoriser l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle

Le but étant d'organiser les temps de travail en prenant en compte un environnement qui se complexifie entraînant de nouveaux besoins pour les professionnels.

Objectifs opérationnels :

- 1- Accompagner les établissements dans l'évolution de l'organisation du travail
- 2- Favoriser le recours aux services permettant une meilleure articulation vie professionnelle et vie personnelle via des mutualisations inter-établissements

Exemples d'actions :

- ⦿ Appuyer les établissements sur des réflexions sur le temps de travail autour d'organisations participatives.
- ⦿ Favoriser les possibilités d'auto-gestion des plannings

Objectif 2 : Améliorer la communication interne dans les établissements en adaptant les supports de communication afin d'optimiser la diffusion de l'information

Exemples d'actions :

- ⦿ Favoriser les échanges entre équipes : points flash, journées « vis ma vie », immersion inter-structures ou inter-métiers
- ⦿ Etudier et diffuser les bonnes pratiques de communication interne mis en place par les établissements

Objectif 3 : Former le personnel d'encadrement pour leur permettre de mieux accompagner les équipes

Objectifs opérationnels :

- 1- Mettre en place des formations à destination des personnels d'encadrement
- 2- Inscrire la QVT dans les objectifs des encadrants des établissements

Exemples d'actions :

- ⦿ Coaching individualisé ou collectif pour les directions et cadres des établissements
- ⦿ Mentorat et échanges mutuels entre un mentor expérimenté et un « mentoré » en quête d'évolution avec un binôme sanitaire/médico-social
- ⦿ Favoriser les actions d'évaluation à 360° des managers, y compris par les équipes

*Objectif 4 : Améliorer les solutions permettant de faire face à l'exigence émotionnelle du secteur***Exemples d'actions :**

- ⦿ Accompagner la définition des procédures d'intégration des salariés : référent, primo-écoutant
- ⦿ Favoriser les postes de psychologue du travail externes et mutualisés inter-établissements

*Objectif 5 : Diminuer la sinistralité par la prévention des troubles musculo-squelettiques et risques psycho-sociaux***Objectifs opérationnels :**

- 1- Créer des liens entre les structures et organismes permettant de favoriser la prévention des risques professionnels
- 2- Encourager l'inscription des risques psycho-sociaux dans les documents uniques des établissements

Exemples d'actions :

- ⦿ Poursuivre le programme national TMS PRO
- ⦿ Mettre en place un accompagnement

2.2.2.3 Partenariats

- Pôle Emploi
- DREETS
- ARACT
- CARSAT
- Collectivités
- Fédérations sanitaires et médico-sociales, publiques et privées
- Etablissements de santé et établissements et services médico-sociaux

2.3 Faciliter les activités et mieux accompagner les professionnels dans leurs compétences

2.3.1 Dispositifs incitatifs à l'installation et à l'exercice hospitalier

2.3.1.1 Contexte et problématique

Les conventions entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé prévoient des dispositifs permettant de soutenir financièrement l'installation et l'activité dans les zones dans lesquelles l'offre de soins est la plus déficitaire.

En parallèle, des dispositifs incitatifs existent également à l'hôpital public, afin d'encourager l'exercice hospitalier tout au long du parcours professionnel. Il repose sur un grand plan d'attractivité à destination des médecins, lancé dès la fin d'année 2015¹ ; constitué de 3 axes et 12 engagements, il fait la promotion de l'engagement dans la carrière hospitalière, ou encore de l'exercice territorial à l'ère du renforcement des groupements hospitaliers de territoire. L'objectif étant de soutenir des spécialités ou des territoires particulièrement en tension.

Ce plan d'attractivité a constitué une avancée, qui s'est illustrée par la signature d'environ 160 conventions d'engagement de carrière hospitalière entre 2018 et 2022 dans les établissements publics de santé de la région. Pour autant, les tensions sur la ressource médicale persistent, que la crise sanitaire 2020-2021 a même renforcé. Nombre d'hôpitaux ont recours à l'intérim pour assurer le fonctionnement de leurs services, ce qui a généré au fil du temps un système pernicieux. Pour assurer une plus grande régulation, un dispositif de solidarité territorial s'est déployé, s'appuyant sur une logique de coopération entre établissements publics de santé et sur la nécessité d'assurer la continuité des soins sur tous les territoires et en particulier ceux où l'hôpital reste le seul recours.

Actions réalisées sur 2018/2023 :

Formalisation de l'accompagnement des **contrats d'engagement de service public** (CESP)

Progression sur la **signature des contrats** : engagement de service public / praticien territorial de médecine générale / de début d'exercice

Actualisation de la liste des établissements et des spécialités éligibles à la **prime d'engagement de carrière hospitalière** au gré de l'évolution des besoins dans les territoires

2.3.1.2 Objectifs

Objectif 1 : Faciliter l'installation des professionnels de santé dans les territoires fragiles et mieux accompagner les professionnels

¹ Attractivité de l'exercice médical – Plan d'actions pour l'hôpital – dossier de presse du 2 novembre 2015

Les aides conventionnelles² :

Médecins généralistes comme spécialistes peuvent bénéficier de ces aides.

Les aides au maintien ou à l'installation des médecins dans les zones sous-denses font partie du panel de mesures que l'Etat et l'Assurance Maladie mobilisent. Elles peuvent représenter jusqu'à 50 000 euros pour faire face, par exemple, aux frais du médecin qui s'installe, en s'engageant pour un minimum de 5 ans.

Les conventions nationales des chirurgiens-dentistes, des infirmier(e)s, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes et des sages-femmes comportent également un dispositif d'aides financières incitatives à l'installation ou au maintien en exercice libéral dans les zones qualifiées de "très sous dotées" en offre (chirurgiens-dentaires, infirmier(e)s, orthophonistes) et « très sous dotées » ou « sous dotées » en offre (masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes) pouvant aller jusqu'à 49 000 €.

Les aides de l'Etat :

Les aides proposées aux médecins par le Plan d'égal accès aux soins, sont notamment le contrat d'engagement de Service Public (CESP) et le contrat de début d'exercice créé par la loi de finance pour 2020, qui est venu remplacer les 4 contrats existants : le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) ; le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) ; le contrat de praticien isolé à activité saisonnière (PIAS) et le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR).

Le **contrat d'engagement de service public (CESP)**, créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 et réformé par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) du 24 juillet 2019, peut être conclu par :

- Les étudiants de 2ème cycle des études de médecine et d'odontologie Les étudiants de 3ème cycle des études de médecine et d'odontologie
- Les praticiens à diplôme étranger hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie.

En contrepartie d'une allocation mensuelle de 1200€ qui leur est versée, les bénéficiaires s'engagent pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et ce pour 2 ans minimum - à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des lieux d'exercice spécifiques dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

La poursuite de l'accompagnement personnalisé des projets des étudiants, notamment des bénéficiaires des CESP dans leur projet professionnel et familial est essentiel.

Le **contrat de début d'exercice** constitue l'un des leviers nationaux activés pour inciter les médecins libéraux à s'installer dans des zones fragiles en matière d'offre de soins. Pour cela, le contrat de début d'exercice simplifie et homogénéise des contrats existants (PTMG, PTMA, PTMR et PIAS) en les regroupant en un contrat unique d'une durée de 3 ans, non renouvelable. L'objectif poursuivi par le ministère est de bénéficier d'un dispositif plus simple, plus lisible, plus ouvert et aux modalités tout aussi avantageuses.

Ce contrat est ouvert aux jeunes médecins installés inscrits depuis moins d'un an au conseil national de l'ordre mais aussi aux remplaçants (étudiants en 3e cycle ou remplaçants thésés).

² <https://www.bourgogne-franche-comte.paps.sante.fr/?rubrique=8603>

Cette politique d'implantation des professionnels de santé s'insère dans la stratégie globale consistant à attirer et fidéliser les jeunes professionnels sur les territoires fragiles, et accompagner les professionnels et organisations pour participer à la transformation du système de santé, en partenariat avec l'ensemble des acteurs institutionnels.

Objectif 2 : Inciter à l'engagement dans la carrière hospitalière dans les secteurs ou dans les spécialités en tension et soutenir les dynamiques d'équipe territoriale

Déjà présent dans le précédent schéma régional en santé, cet objectif est maintenu, eu égard au déficit d'attractivité que connaît l'hôpital public. Les différents plans (plan attractivité à l'hôpital, accords sur le Ségur de la santé), ainsi qu'une réforme en 2022 du statut du praticien hospitalier, ont permis de déployer des moyens importants pour mieux valoriser l'exercice médical et faire que le professionnel de santé renoue avec l'institution hospitalière. Un des enjeux demeure encore et toujours d'encourager les jeunes professionnels à choisir l'hôpital public et de les fidéliser.

Dès le début de carrière notamment, le recrutement des assistants spécialistes partagés entre des établissements de santé périphériques et les deux centres hospitaliers universitaires de la région, est encouragé et soutenu financièrement afin de maintenir les jeunes médecins formés dans la région sur des spécialités particulières ou dans des territoires moins attractifs.

Quant aux médecins confirmés qui souhaiteraient s'engager dans une carrière en tant que praticien hospitalier, ils peuvent percevoir, sous certaines conditions, une prime³ voire un gain d'ancienneté en contrepartie de l'engagement de se présenter au concours de praticien hospitalier et de consacrer quelques années *a minima* à l'hôpital public, à l'issue de sa titularisation. Les spécialités éligibles sont définies par un arrêté ministériel⁴ (anesthésie-réanimation, radiologie) et par un arrêté du directeur général de l'ARS pour coller au plus près des besoins du terrain.

A l'instar des assistants spécialistes partagés, le médecin hospitalier ou universitaire peut également être amené à exercer sur plusieurs établissements. La logique d'équipe médicale territoriale voire extra-territoriale pour certaines filières est encouragée et ce temps partagé est valorisé selon qu'il s'agisse d'un exercice sur ses obligations de service (prime d'exercice territoriale) ou en dehors (prime de solidarité territoriale, dans le cas de remplacements ponctuels).

2.3.1.3 Partenariats

- Union régionale des professionnels de santé (URPS)
- Fédérations
- Universités
- Assurance maladie
- Hôpitaux et groupement hospitalier de territoire

³ Prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH)

⁴ Arrêté du 19 octobre 2020 fixant la liste des spécialités éligibles à la prime d'engagement de carrière hospitalière des praticiens contractuels et des assistants des hôpitaux, au titre des recrutements sur des postes correspondant à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé

2.3.2 Montées en compétence par la formation professionnelle

2.3.2.1 Contexte et problématique

Afin de favoriser l'attractivité des métiers du secteur de la santé et du médico-social, un enjeu clé est de favoriser les montées en compétences des professionnels du secteur. Certains métiers du soin sont encore vus comme offrant peu de perspectives de carrière ce qui ne favorise pas une orientation vers ces métiers. De la même manière, offrir des perspectives d'évolution à un professionnel dans ses compétences ou son poste occupé permet d'améliorer sa fidélisation en lui permettant de se projeter à plus long terme dans son activité.

Ainsi, l'ARS s'investi dans la formation des professionnels en exercice par le soutien à plusieurs dispositifs comme la formation des Infirmières en Pratiques Avancées (IPA), la Validation des Acquis de l'Expérience ou encore le soutien au secteur médico-social pour les agents en formation. Il s'agit donc de développer des dispositifs permettant la fidélisation des professionnels ou futurs professionnels au sein des établissements dans le cadre de la construction de parcours professionnels.

Actions réalisées sur 2018/2023 :

333 formations financées en 2021 pour 108 EHPAD bénéficiaires

- Assistant de soins en gérontologie : 35 personnes
- Accompagnant éducatif et social : 33 personnes
- Aide-soignant : 251 personnes
- Educateur : 2 personnes
- Infirmier diplômé d'Etat : 9 personnes
- Médecin coordonnateur : 4 personnes

109 Infirmiers en pratique avancée financièrement accompagnés par l'ARS pour le master IPA d'ici 2023 : 76 exerçant en établissement de santé, 19 en établissement médico-social, et 14 infirmiers libéraux.

Expérimentation « VAE collective » en 2019/2020 pour 18 agents de service hospitalier faisant fonction aide-soignant issus de 4 structures de soins avec un taux de réussite de 61% (11 diplômes attribués) contre un taux moyen de réussite de VAE de 36,5 % en BFC toute formation confondue. Expérimentation en collaboration avec la DREETS, le Dispositif Académique de Validation des Acquis (DAVA), l'ANFH et le Conseil Régional

2.3.2.2 Objectifs

Objectif 1 : Augmenter le nombre de professionnels diplômés aides-soignants par validation des acquis par l'expérience dans les structures confrontées à des difficultés de recrutement

Exemples d'actions :

- ⊙ Constituer un groupe de travail avec les partenaires impliqués pour décliner le projet de généralisation de l'expérimentation
- ⊙ Adapter le dispositif expérimental de 2019 au nouveau référentiel de formation
- ⊙ Adapter la mise en œuvre de la VAE pour augmenter le nombre de candidat concernés

Objectif 2 : Poursuivre le soutien à la formation des Infirmiers en Pratique Avancée

Exemples d'actions :

- ⦿ Augmenter le soutien financier à la formation pour les infirmières libérales afin de compenser la perte de revenus
- ⦿ En concertation avec les partenaires, augmenter le nombre de places disponibles au master IPA

Objectif 3 : Poursuivre le développement de la formation professionnelle

Exemples d'actions :

- ⦿ Intervenir en co-financement en cas d'insuffisance financière afin de permettre le départ en formation des agents admis à suivre une formation

2.3.2.3 Partenariats

- DREETS
- Rectorat
- ANFH et OPCO
- Conseil Régional
- Fédérations

2.3.3 Libérer du temps médical par le développement des nouveaux métiers et la coopération entre professionnels de santé

2.3.3.1 Objectifs

Ce vecteur d'attractivité des métiers est développé dans la partie offre du SRS

Objectif 1 : favoriser la délégation de tâche

Cf. livret offre

Objectif 2 : Accompagner le développement des effectifs d'infirmier en pratique avancée

Cf. livret offre

Au niveau national, l'objectif est de 5000 IPA formés en 2024. En région Bourgogne-Franche-Comté, la capacité de formation est de 55 (35 Université de Franche-Comté – 20 Université de Bourgogne).

Depuis 2018, l'ARS souhaite promouvoir ce nouveau mode d'exercice, notamment dans le secteur ambulatoire, du fait des difficultés d'accès aux soins dans certains territoires.

Les **premiers retours d'expérience** sont très positifs et mettent en avant :

- L'intérêt du travail en équipe
- La qualité améliorée de la prise en soins des patients
- Le temps consacré à la prise en soins des patients
- Le lien et la coordination facilités entre les différents acteurs du parcours de soins
- Le gain de temps pour les médecins
- L'adhésion pleine et entière des patients qui se disent rassurés d'avoir un interlocuteur disponible.

Objectif 3 : Promouvoir le dispositif des assistants médicaux

L'une des mesures phares du plan « Ma santé 2022 » est la création de la fonction d'assistant médical et un soutien financier optionnel au développement de celle-ci, ce dispositif est porté par l'Assurance Maladie.

Les objectifs sont de libérer du temps médical pour répondre aux problématique d'accès aux soins et améliorer les conditions d'exercice des médecins libéraux tout en renforçant la qualité de la prise en charge des patients.

Opérationnel depuis septembre 2019, l'avenant n° 7 à la convention médicale prévoit le versement par l'assurance maladie d'une aide financière en appui du recrutement d'un assistant médical pour encourager au développement de cette fonction dans les cabinets libéraux. En contrepartie de cette aide conventionnelle, ces médecins s'engagent à augmenter ou maintenir leur patientèle.

Des formations certificatives sont mises en place sur la Région Bourgogne Franche-Comté (formation de 384 heures réparties en 15 modules sur une durée de 12 mois maximum) par 2 organismes de formation référencés au niveau National : AFML et YSchools.

En région, 150 contrats ont été signés à mi-septembre 2022 dont 116 par des médecins généralistes, 30 par des médecins spécialistes (6 par des cardiologues, 4 par des pédiatres) et 4 par des centres de santé.

35 contrats ont été signés depuis le 1er janvier 2022.

Département	Nombre à fin sept 2022	dont médecins libéraux	dont par des CDS
Côte d'Or	35	35	
Doubs	26	26	
Jura	8	7	1
Nièvre	16	16	
Haute-Saône	15	15	
Saône-et-Loire	27	26	1
Yonne	16	14	2
Terr. Belfort	7	7	
BFC	150	146	4
France	3 433		

2.3.2.2 Partenariats

- URPS/Ecolib
- FHF
- Conseils de l'ordre
- Universités
- Assurance maladie
- Collèges régionaux des généralistes enseignants
- Hôpitaux et GHT
- Conseil régional, Collectivités territoriales, Conseils départementaux
- Fédérations des maisons de santé (FEMASCO)
- Fédération des centres de santé

2.4 Attirer et conserver les professionnels dans les territoires

2.4.1 Favoriser l'attractivité des territoires

2.4.1.1 Contexte et problématique

Afin d'inciter les professionnels à s'installer dans les zones prioritaires c'est-à-dire caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, la loi santé de janvier 2016⁵ a prévu la révision des zones sous-denses ainsi que des zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé (pour les professions pour lesquelles les conventions ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement). « Dans ces zones sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, maisons de santé, pôles de santé et centre de santé »⁶.

Les professionnels concernés par les zonages sont les médecins, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les sages-femmes. Un zonage est prévu pour chacune des professions.

En plus d'une réflexion sur le zonage, l'ARS a souhaité lancer un projet permettant une meilleure lisibilité de l'emploi dans les territoires. Le lancement de l'outil « Placetoubi » s'intègre dans une démarche de marketing territorial qui a pour ambition de susciter l'installation de professionnels de santé dans notre région, en leur apportant l'information essentielle sur les opportunités professionnelles et les atouts que présente notre territoire, tant sur le plan professionnel que pour leur vie personnelle. Cette marque se décline à ce jour sur trois supports complémentaires : un magazine, un site emploi créé en partenariat avec le Conseil régional et Pôle Emploi, et une newsletter. Ces supports permettent aux professionnels de s'orienter dans la construction de leur projet d'exercice, de trouver l'emploi qui leur correspond en région et de se tenir informés des dernières actualités liées à l'installation, la formation, l'emploi, les modalités d'exercice...

Actions réalisées sur 2018/2023 :

Révisions régulières du zonage des médecins

Révision des **zonages des professions de sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes**

Webinaire sur les zonages de professionnels de santé libéraux auprès des membres de la conférence régionale de santé et de l'autonomie 10 février 2022

Lancement de la **démarche « Placetoubi »** avec un site internet, un magazine et deux newsletter

⁵ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁶ Article L1434-4 CSP

2.4.1.2 Objectifs

Objectif 1 : favoriser la délégation de tâche

La liberté d'installation des professionnels de santé constitue un principe fondamental du système de soins français. L'enjeu est ainsi la conciliation de la liberté d'installation avec une offre de soins mieux répartie sur le territoire. Ainsi la régulation de la démographie des professionnels de santé s'effectue notamment avec la régulation de la répartition de ceux-ci, avec des dispositifs incitatifs (aides à l'installation et au maintien apportées par l'assurance maladie, l'Etat et/ou les collectivités territoriales).

Qu'est-ce qu'un territoire à faible densité médicale ? Les indicateurs de temps d'accès au professionnel de santé le plus proche montrent que les territoires étendus privés de tous professionnels de santé sont rares en France. En effet, 84 % de la population française réside dans une commune où exerce un médecin généraliste ; 99,9 % accède à un médecin généraliste en moins de 20 minutes. En France, les problèmes d'accès aux soins sont avant tout le fait de territoires où une offre de soins est présente, mais s'avère insuffisante pour répondre à la demande de soins. Cela entraîne des difficultés à obtenir un rendez-vous, une charge de travail excessive pour les professionnels, des délais d'attente pour les patients... L'approche retenue pour repérer les territoires à faible densité médicale consiste à considérer, pour chaque commune, le nombre moyen de consultations auxquelles les habitants peuvent avoir accès à moins de 20 minutes de chez eux, compte tenu de la densité de médecins et des besoins de soins des habitants dans leurs communes et dans les communes avoisinantes. Ce critère permet d'arrêter qu'à moins de 2,5 consultations par habitant et par an*, 8,1% de la population fait face à une situation de faible accessibilité (environ 9000 communes et 5,3 millions d'habitants).

Parmi ces situations de faible accessibilité, deux cas de figure peuvent être distingués :

- des communes sous-denses et un territoire de vie-santé touché par un manque d'offre actuel ou prévisible à court terme ; dans ce cas, aider à l'installation et au maintien de médecins dans le territoire s'avère nécessaire ;
- des communes sous-denses mais un territoire qui ne connaît pas de déficit global ; pour ces habitants, les problèmes d'accessibilité sont des phénomènes localisés et non globaux : une offre de soins est présente. La réponse adaptée consiste à réorganiser la présence médicale au sein du territoire en utilisant d'autres leviers que les incitations à l'installation et au maintien, comme les nouvelles technologies ou les coopérations entre professionnels de santé.

Un décret définit les conditions de détermination des zones et un arrêté en détermine par profession la méthodologie.

Le directeur général de l'ARS détermine ces zones par arrêté pour une durée de 3 ans maximum.

La profession de médecin :

Un arrêté national du 1er octobre 2021 modifiant un arrêté du 3 novembre 2017 fixe la méthodologie applicable à la profession de médecin.

Dans notre région, des révisions régulières du zonage médecin ont eu lieu depuis 2017 afin de tenir compte de l'évolution des territoires et accompagner des dynamiques de projets et d'installation. La dernière révision a eu lieu en mars 2022.

L'ensemble des éléments de méthode permettent de mettre en évidence des seuils de fragilité sur lesquels peuvent se décliner des aides afin d'organiser la convergence dans les zones les plus fragiles et réduire les inégalités territoriales de santé.

Les zones sont classées en Zone d'Intervention Prioritaires (ZIP), en Zone d'Action Complémentaire (ZAC) ou non classé, Hors zonage (HZ).

Le ministère attribue à chaque région une part de population maximale incluse dans chaque zone. Notre région est passée de 21,9 % à **36 % en ZIP** et de 46 % à **40,1% en ZAC. Ce qui fait 76% au total en zones sous-denses**. Les aides de l'Assurance maladie sont éligibles dans les zones ZIP. La carte est publiée sur le site de l'ARS ^{[1]7}

Les professions d'orthophonistes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes :

La méthodologie des autres professionnels de santé repose sur des critères communs.

La maille applicable pour le découpage des zones est celle du bassin de vie (découpage INSEE 2012) ou du canton-ou-ville pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants (découpage INSEE, année 2016).

L'indicateur utilisé est l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Développé par la DREES, l'indicateur APL est calculé au niveau du bassin de vie ou canton-ou-ville. Il prend en compte le nombre de professionnels en fonction de leur niveau d'activité et de la population standardisée par âge en fonction de la demande en soins de la profession. Il correspond à la moyenne, pondérée par la population de chaque commune, des indicateurs APL des communes composant le bassin de vie ou canton-ou-ville. Un indicateur de densité pondéré et standardisé est utilisé pour les orthophonistes

Classement des zones : les bassins de vie ou cantons-ou-villes sont classés par ordre croissant de leur niveau APL ; chaque catégorie de zone doit ensuite représenter une certaine part de population. A partir du classement des bassins de vie/cantons-ou-villes en fonction de la population, il est ainsi possible de définir les différents seuils d'APL bornant chaque catégorie de zone.

La qualification des zones

- zones très sous dotées
- zones sous dotées
- zones intermédiaires
- zones sur dotées
- zones très dotées

Au niveau national, les parts de population et les seuils d'APL de chaque catégorie de zone sont fixés par l'arrêté ministériel par profession. Les ARS bénéficient d'une marge d'adaptation régionale pour modifier le classement entre zones très sous dotées et sous dotées et entre zones sur dotées et très dotées (une marge d'échange entre zones).

[1] Zonage médecin : arrêté du 8 mars 2022 publié au RAA le 16 mars 2022

⁷ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/actualisation-zones-eligibles-aides-installation-medecins-bfc>

Pour certaines professions, les zones très sous-dotées et zones sous-dotées sont aidées, pour d'autres, seulement les zones très sous-dotées. La profession d'orthophoniste n'a désormais qu'une seule catégorie de zones éligibles aux aides conventionnelles, les zones « sous-denses » depuis l'arrêté du 1er mars 2023 modifiant l'arrêté du 31 mai 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'orthophoniste.

Pour chaque profession concernée, les agences régionales de santé (ARS) déterminent un zonage régional, par arrêté.^[2]

Les cartes sont publiées sur le site de l'ARS : Orthophonistes⁸, Masseurs-kinésithérapeutes⁹, Sages-femmes¹⁰, Infirmiers¹¹

Le zonage des médecins et les zones d'intervention prioritaire éligibles aux contrats incitatifs de l'assurance maladie s'appliquent aux centres de santé médicaux et polyvalents.

Le zonage défini pour les infirmiers libéraux est appliqué pour les centres de santé infirmiers et le zonage défini pour les chirurgiens-dentistes libéraux est appliqué pour les centres de santé dentaires.

Exemples d'actions :

- Révision des zonage médecins, orthophonistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes infirmiers, chirurgiens-dentistes
- Arrêter les contrats-types régionaux relatifs aux dispositifs incitatifs (pour les professionnels de santé libéraux et les centres de santé)

Objectif 2 : Encourager à une meilleure répartition des spécialistes

Le Plan National d'Egal Accès aux Soins prévoyait de lancer des travaux dès 2018 sur la définition d'un zonage adapté aux autres spécialités en tension (ophtalmologues, gynécologues, dermatologues, pédiatres...) afin de favoriser l'articulation entre soins primaires et spécialistes de recours, ainsi que les autres professions de santé : kinésithérapeute, IDEL (infirmier diplômé d'État libéral), orthophonistes, sages-femmes, dentistes etc.

En l'absence d'avancement de ces travaux nationaux, l'ARS a travaillé à l'identification des spécialistes à la fois libéraux et salariés, en lien avec l'URPS médecins. Mais au-delà de l'identification d'une cartographie des besoins et de l'attractivité, la nécessité de travailler sur un changement de pratiques s'est imposé comme une priorité (Protocoles de coopérations : Ophtalmologues/orthoptistes, Gynécologues/sages-femmes ; téléexpertise...)

Cette réflexion s'articule avec la mission 2 des communautés professionnelles territoriales en santé et le second recours.

^[2] Zonage orthophoniste arrêté le 1^{er} octobre 2018 et publié au RAA le 10 octobre 2018

Zonage masseur-kiné : arrêté le 14 décembre 2018 et publié au RAA le 20 décembre 2018 et modulations par arrêté du 14 mai 2019, publié au RAA le 28 mai 2019

Zonage sages-femmes : arrêté le 4 août 2020 et publié au RAA le 13 août 2020

Zonage infirmier : arrêté le 17 mai 2021 et publié au RAA le 28 mai 2021

⁸ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/orthophonistes-zonages-et-aides-installation>

⁹ <https://bourgognefranchecomte.ordremk.fr/2019/01/31/masseurs-kine-nouveaux-zonages-et-aides-a-linstallation/>

¹⁰ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sages-femmes-nouveaux-zonage-et-aides-linstallation>

¹¹ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/infirmiers-zonage-et-aides-installation>

Exemples d'actions :

- Réalisation d'une cartographie des besoins en spécialités (ville et hôpital)
- Développer cette réflexion dans les projets des dispositifs territoriaux notamment des communautés professionnelles territoriales en santé

*Objectif 3 : Renforcer le déploiement de la démarche « Placetoubi »***Exemples d'actions :**

- Mettre à jour le site¹² pour garantir une expérience utilisateur optimale et actuelle
- Diffuser largement les supports de la marque afin de permettre un accès plus facile à l'information auprès des publics ciblés
- Mettre en place un comité éditorial multi-acteur pour créer un contenu mettant en avant les territoires.

2.4.1.4 Partenariats

- URPS
- Collectivités territoriales
- Pôle Emploi

¹² <https://www.placetoubi.fr/>

2.4.2 Attirer et fidéliser les professionnels dans les territoires par une offre de service

2.4.2.1 Contexte et problématique

L'installation d'un professionnel de santé dans un territoire, qu'il relève d'un exercice libéral ou salarié, n'est pas uniquement dépendant de facteurs personnels (lien avec le territoire, formation, situation familiale) ou professionnels (conditions d'exercice, aspects financiers). L'environnement lui-même du territoire pèse dans une décision d'installation : services culturels, éducatifs, de transports et accessibilité, ou encore hébergement sont autant de déterminants qui vont influencer la décision d'installation dans un territoire.

Certaines zones fortement rurales de la région ne bénéficient pas d'une accessibilité en transports en commun ce qui peut constituer un frein à l'installation des professionnels ou internes en médecine. Le contexte inflationniste entraînant une augmentation de la précarité étudiante ne favorise pas non plus la mobilité par l'usage d'un véhicule personnel pour se rendre quotidiennement dans un terrain de stage éloigné de son domicile.

Enfin, certains territoires n'offrent pas suffisamment d'hébergement, tant de manière quantitative que qualitative, permettant d'accueillir les étudiants en stage ou internat dans les meilleures conditions. La levée de ces freins périphériques à la venue en territoire rural apparaît donc comme un levier intéressant pour améliorer l'attractivité des territoires les plus ruraux.

A noter toutefois que l'accessibilité du territoire et les solutions de mobilités relèvent de la compétence d'autres institutions que l'ARS (Conseils départementaux, Région, ...). Toutefois, l'ARS a mis en place des dispositifs comme cités ci-dessous.

Actions réalisées sur 2018/2023 :

Création d'une **indemnité de transport pour les internes en stages couplés ou mixtes** : La réforme du troisième cycle des études médicales a permis de diversifier l'offre de formation de façon à permettre aux internes de découvrir différents modes d'exercices et types de structures. Un stage peut ainsi être réalisé sous forme d'un stage couplé (entre différents services hospitaliers) ou mixte (entre différents types de structure : établissements de santé / structures extrahospitalières. Pour encourager le développement de ce type de stage, l'ARS a mis en place une indemnité kilométrique de 130 € bruts / mois pour tous les internes en stages couplés / mixtes distants d'au moins 15 kilomètres.

Expérimentation de l'indemnisation des étudiants de 6^{ème} année de pharmacie réalisant un stage en officine distant d'au moins 15 kilomètres de l'UFR ou de leur domicile : Pour inciter les étudiants de 6^{ème} année de pharmacie à réaliser des stages dans des officines éloignées d'au moins 15 kilomètres de l'UFR ou de leur domicile, l'ARS met en place, de façon expérimentale sur l'année universitaire 2022/2023, une indemnité forfaitaire kilométrique de 130 € par mois de stage.

Un **dispositif incitatif d'indemnisation des étudiants paramédicaux en stages éloignés** des centres de formation est mis en place depuis plusieurs années en région Bourgogne Franche-Comté et concerne désormais les étudiants orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens. En début d'année universitaire, l'ARS verse une subvention aux écoles / instituts de formation, qui sont en charge d'indemniser les étudiants. Ce dispositif vise à inciter les étudiants à réaliser des stages dans différents lieux de la région afin de leur permettre de connaître les structures et professionnels en exercice, et ainsi favoriser leur insertion professionnelle dans la région.

2.4.2.2 Objectifs

Objectif 1 : Favoriser un hébergement de qualité et de proximité pour les étudiants en stage et internat

Exemples d'actions :

- ⦿ Mobiliser les partenaires pour recenser l'offre d'hébergement existante et les projets en cours, afin de réaliser une cartographie accessible aux étudiants en santé
- ⦿ Identifier les territoires non couverts sur la base de cette cartographie, et inciter les acteurs (Région, collectivités territoriales...) à proposer des solutions d'hébergement

Objectif 2 : Faciliter la mobilité géographique des étudiants

Exemples d'actions :

- ⦿ Evaluer les dispositifs de primes de mobilité mis en place
- ⦿ Etudier la mise en place de contrats permettant la diminution de la précarité étudiante, permettant ainsi un revenu mobilisable pour la mobilité (apprentissage, contrat d'allocation études)
- ⦿ Valoriser le bon vivre des territoires ruraux

2.4.2.3 Partenariats

- Universités
- Instituts de formations
- Collectivités



**Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028**

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

LIVRET 3 - INNOVATION EN SANTE

SOUTENIR L'INNOVATION EN SANTE

SOMMAIRE

3.1.	INNOVATION EN SANTE	5
3.2.	E-SANTE : S'APPUYER SUR LE NUMERIQUE POUR FAIRE FACE AUX DEFIS MAJEURS DE NOTRE SYSTEME DE SANTE.....	19
	.3.2.1. AXE 1 : DEVELOPPER LA PREVENTION ET RENDRE CHACUN ACTEUR DE SA SANTE .	19
	.3.2.2. AXE 2 : REDONNER DU TEMPS POUR TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES GRACE AU NUMERIQUE.....	24
	.3.2.3. AXE 3 : AMELIORER L'ACCES A LA SANTE POUR LES PERSONNES ET LES PROFESSIONNELS QUI LES ORIENTENT	31
	.3.2.4. AXE 4 : DEPLOYER UN CADRE PROPICE POUR LE DEVELOPPEMENT DES USAGES ET DE L'INNOVATION NUMERIQUE EN SANTE.....	34
3.3.	INNOVATION ORGANISATIONNELLE	40
3.4.	LES DONNEES AU SERVICE DE L'ACTION SANTE SOCIALE ET DE L'EVALUATION	44
	.3.4.1. LES DONNEES AU SERVICE DE L'ACTION	44
	.3.4.2. EVALUATION DU PRS.....	47

3.1. INNOVATION EN SANTE

1) CONTEXTE

Dans le secteur des soins de santé, les innovations sont la source d'une amélioration de la qualité des services et de la qualité de vie, mais elles constituent également un défi permanent pour les professionnels et le système de santé. Les progrès de la médecine nécessitent de nouvelles technologies (médicaments, implants et dispositifs), procédures (nouvelles techniques chirurgicales) ou formes d'organisation. Ainsi, l'évolution actuelle du système de santé, les transformations organisationnelles et développements technologiques, et les nombreux défis auxquels le système de santé est confronté, confèrent un rôle central à l'innovation. L'innovation est un levier de la nécessaire transformation du système de santé.

L'innovation en santé dessine la médecine de demain et place le patient au cœur des actions. Elle est l'une des priorités de la politique de santé et les patients, usagers et associations de patients doivent prendre part à ces évolutions aux côtés des industriels, professionnels de santé, chercheurs.

L'enjeu est de permettre à la France, et en conséquence la région, de rester pionnière en matière de santé publique, de renforcer son attractivité et de préserver son système de santé.

Plan Innovation santé 2030

Annoncé en octobre 2021, le Plan France 2030 vise à accélérer la transformation des secteurs clés de l'économie par l'innovation et à positionner la France non pas seulement en acteur, mais bien en leader du monde de demain.

Le volet santé de France 2030 baptisé « Innovation santé 2030 : faire de la France la 1^{ère} nation européenne innovante et souveraine en santé »¹ prévoit 7,5 milliards d'euros d'investissement pour faire de la France un pays leader en innovation de santé et contribuant à la souveraineté en santé en Europe, ainsi qu'un ensemble de mesures législatives et réglementaire. L'objectif est d'accompagner les transformations du système de santé, au bénéfice de tous, en produisant les traitements innovants tout en assurant la sécurité d'approvisionnement des produits essentiels.

¹ Plan Innovation santé 2030 : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2021/06/sante_innov30_a4_07_vdefdp.pdf

Les 3 trois objectifs reprennent les conclusions du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) :

1. Le premier défi concerne les biothérapies, tels que les vaccins à "ARN messenger", la biologie de synthèse ou la lutte contre le cancer. La France dépend à 95% des importations en ce domaine. Afin de rompre avec cet état de dépendance, deux objectifs ont été fixés à réaliser dans les cinq prochaines années : produire au moins cinq nouveaux biomédicaments ; doubler le nombre d'emplois du secteur.
2. Le deuxième objectif tend à développer l'utilisation des données de santé numérique : « La santé numérique est un levier absolument fondamental pour mettre en place une médecine plus personnalisée, plus efficace, plus prédictive, préventive et participative. Le partage des données s'opérera toujours dans le respect du secret médical et de la vie privée. »
3. Le troisième volet met en avant la lutte contre les maladies infectieuses avec la volonté d'anticiper les profils des dix prochains virus les plus nocifs.

Parmi les principales mesures du Plan Innovation santé 2030, peuvent être retenues en particulier les mesures :

- 2 - Investir dans les 3 domaines de demain en santé : la biothérapie et la bioproduction de thérapies innovantes, la santé numérique et le domaine des maladies infectieuses émergente et menaces NRBC
- 4 – Permettre une équité d'accès aux soins pour les patients et offrir aux innovations un cadre d'accès au marché accéléré et simplifié
- 7 – Créer une structure d'impulsion et de pilotage stratégique de l'innovation en santé : l'agence d'innovation en santé

L'Agence de l'innovation en santé (AIS), a été lancée fin 2022. Cette agence a pour mission :

1. Le suivi des mesures du plan « Santé France 2030 »
2. L'animation de travaux sur la prospective en santé
3. L'identification et l'accompagnement de projets stratégiques
4. La gestion et la coordination de dossiers prioritaires.

En alimentant la réflexion sur l'avenir du système de santé pour relever les défis auxquels il doit faire face, les ARS s'inscrivent dans cette dynamique et contribuent à la diffusion des innovations au niveau régional, en lien avec leurs partenaires régionaux et les acteurs locaux de l'innovation au plus près des patients.

L'innovation

Dans le rapport du Sénat « *L'innovation à l'épreuve des peurs et des risques* », l'innovation est définie comme « l'art d'intégrer le meilleur état des connaissances à un moment donné dans un produit ou un service, et ce afin de répondre à un besoin exprimé par les citoyens ou la société ».

L'innovation en santé est généralement d'abord considérée comme innovation de rupture issue des laboratoires de recherche et reposant sur le développement d'un produit ou d'une technologie nouvelle. Cette approche doit toutefois être élargie et partir des besoins de santé dans leur diversité, des traitements curatifs à la promotion de la santé en passant par la prévention des maladies et des incapacités². Par exemple, la mise en place de l'activité physique adaptée (APA), apparaît ainsi comme une approche innovante associant à la fois prévention et soin.

De même, la question des effets d'une innovation sur les inégalités de santé ou sur l'environnement et les espèces vivantes est essentielle. L'innovation est responsable si elle répond aux conditions suivantes³ :

1. Accroître notre capacité à répondre aux besoins collectifs tout en luttant contre les inégalités en santé (valeur pour la santé de la population);
2. Apporter une réponse appropriée aux défis du système de santé (valeur pour le système de santé);
3. Fournir non seulement des produits performants mais aussi des produits abordables (valeur économique);
4. Intégrer des modèles d'affaires (business model) permettant à une entreprise d'apporter plus de valeur non seulement aux utilisateurs et aux acheteurs, mais aussi à la société (valeur organisationnelle);
5. Atténuer autant que possible les impacts environnementaux tout au long du cycle de vie des innovations (valeur environnementale).

L'innovation va bien au-delà de l'innovation purement médicale. Il s'agit de l'innovation des technologies, des organisations, de la prise en charge et des comportements. On peut ainsi distinguer 3 champs :

- L'innovation diagnostique et thérapeutique : Thérapies géniques, biotechnologies, thérapies ciblées, médecine de précision liée au séquençage de l'exome et du génome, solutions thérapeutiques de e-santé...
- L'innovation technologique et numérique : E-santé et objets de santé connectés dans le domaine de l'autonomie, du bien vivre, de l'information des patients, télémédecine, partage des données de santé et open data, robotique chirurgicale, imagerie en 3D...
- L'innovation organisationnelle et comportementale : Nouveaux modes d'exercice et de prise en charge, parcours de soins coordonnés, dossier médical partagé, plateformes de suivi à distance, éducation thérapeutique, patient connecté, solutions de e-santé ayant un impact sur l'organisation et les comportements...

(les innovations numériques et organisationnelles développées en région sont abordées dans les fiches qui suivent).

2) PROSPECTIVE : LES PRINCIPALES INNOVATIONS DANS LES 10 PROCHAINES ANNEES

Dans le domaine des soins de santé, l'objectif recherché pour une innovation est d'améliorer les soins en ayant de meilleurs résultats, plus de commodité, d'accès et de simplicité tout en réduisant les coûts et les dépenses, la complexité et le temps pour le patient et le professionnel.

² Repenser l'innovation en santé : vers une approche éthique plurielle : <https://www.hal.inserm.fr/inserm-02996655/document>

³ Plaidoyer pour l'innovation responsable en santé : <https://infieri.online/wp-content/uploads/2023/02/Plaidoyer-pour-linnovation-responsable-en-sante.pdf>

Le croisement de plusieurs études prospectives permet de cerner les innovations majeures qui pourraient voir le jour dans les 5 ou 10 prochaines années.

Innovation diagnostique et thérapeutique :

1. Vaccins ARNm : Les vaccins à ARNm ont récemment été développés pour lutter contre la COVID-19 et ont été très efficaces dans la prévention de la maladie. Dans les 5 prochaines années, il est possible que les vaccins à ARNm soient utilisés pour d'autres maladies telles que la grippe, les maladies cardiovasculaires, les maladies auto-immunes, et les cancers.
2. Génomique : le séquençage du génome entier permettra de mieux identifier les populations à risque ou cibler les thérapies sur les patients susceptibles d'y répondre. Les données génomiques collectées, en lien avec des données cliniques, permettront notamment d'identifier de nouvelles causes de cancer, de comprendre pourquoi les patients répondent différemment à un même traitement, présentent des effets indésirables différents et pourquoi certains sont ou deviennent résistants. Le séquençage du génome entier sera réalisé en routine clinique.
3. Thérapie génique : La thérapie génique est une technique de traitement qui implique la modification du code génétique (à l'aide du système CRIPR-Cas 9) d'un patient pour traiter une maladie. Des thérapies géniques ont déjà été utilisées pour traiter certaines maladies rares, telles que la drépanocytose, la dystrophie musculaire de Duchenne et l'ataxie de Friedreich. Il est possible que de nouvelles thérapies géniques soient approuvées pour d'autres maladies (lymphomes, leucémies et, plus largement, cancers).
4. Immunothérapie : Elle agit sur le système immunitaire d'un patient pour l'aider à lutter contre sa maladie en stimule les défenses naturelles. Ces traitements sont susceptibles de prolonger de manière significative la survie des patients atteints de cancer, sans les effets secondaires négatifs et les coûts de santé liés à la chimiothérapie traditionnelle.
5. Thérapies cellulaires : Les thérapies cellulaires impliquent la manipulation de cellules du corps humain pour traiter les maladies. Les thérapies cellulaires ont déjà montré des résultats prometteurs dans le traitement de maladies telles que la leucémie et la maladie de Parkinson. Dans les 5 prochaines années, il est possible que les thérapies cellulaires soient développées pour traiter d'autres maladies, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires.
6. La médecine régénérative : elle permet la régénération de tissus et d'organes endommagés, en utilisant des cellules souches et des matériaux de régénération. Elle comprend également l'impression 3D de tissus et d'organes, l'utilisation de biomatériaux pour favoriser la régénération tissulaire, et peut être développée pour traiter les maladies dégénératives.
7. Microbiome : Les études sur le microbiome ont montré que les bactéries qui vivent dans notre corps jouent un rôle important dans la santé et la maladie. Des recherches sont en cours pour développer des traitements qui ciblent le microbiome pour traiter des maladies telles que le cancer, les maladies inflammatoires de l'intestin et la maladie d'Alzheimer.

Innovation technologique et numérique

1. Intelligence artificielle (IA) en médecine : L'IA peut être utilisée pour améliorer le diagnostic des maladies, aider à prédire les résultats des patients et créer des plans de traitement personnalisés. L'intelligence artificielle appliquée à l'analyse de données de santé peut être utilisée pour analyser de grandes quantités de données de santé et identifier des modèles et des corrélations qui seraient difficiles à détecter manuellement. Un outil, développé par l'Institut Curie, a ainsi récemment permis d'identifier des cancers autrefois indétectables par les autres examens
2. Santé numérique : La santé numérique implique l'utilisation de technologies telles que les applications mobiles, les capteurs et les dispositifs de suivi pour surveiller la santé des patients. Dans les 10 prochaines années, la santé numérique pourrait devenir une partie plus intégrée de la prestation de soins de santé, offrant aux patients un accès plus facile à des soins de qualité et à des outils de suivi de la santé personnalisés.
3. La médecine personnalisée : consiste à adapter les traitements et les interventions en fonction des caractéristiques individuelles de chaque patient, notamment leur génétique, leur environnement et leur mode de vie. Les technologies numériques (dispositifs portables tels que les montres connectées et les capteurs de santé) pourraient permettre des diagnostics et des traitements personnalisés, en utilisant des algorithmes d'IA et des données de santé collectées en temps réel.
4. La nanotechnologie qui implique la création de matériaux et de dispositifs à l'échelle nanométrique, peut avoir un impact important sur les soins de santé. Elle peut être utilisée pour : développer des médicaments plus ciblés et plus efficaces en évitant les effets secondaires sur les cellules saines ; créer des dispositifs de diagnostic plus précis et plus sensible pour des maladies telles que le cancer ou les maladies cardiaques ; créer des implants médicaux plus résistants à l'usure et plus sûrs, comme des valves cardiaques artificielles ou des implants de hanche ; créer des capteurs portables pour surveiller en temps réel des signes vitaux ou des biomarqueurs de santé ;
5. Les outils d'analyse de données de santé peuvent être utilisés pour améliorer la prise de décision clinique, la surveillance de la santé publique et la recherche médicale (« data to action »). Ils peuvent être utilisés pour prédire les résultats de santé pour les patients et les populations, ainsi que pour identifier les facteurs de risque pour les maladies et les conditions de santé ; ils peuvent être utilisés pour évaluer l'efficacité des traitements et des interventions médicales, ce qui peut aider les professionnels de santé à adopter des modèles de soins de santé basés sur l'evidence based medicine.
6. Les robots médicaux peuvent aider les professionnels de santé à effectuer des interventions chirurgicales complexes et à fournir des soins aux patients. Les nanorobots pour la détection et le traitement de maladies pourraient permettre une détection et un traitement plus précis des maladies, en ciblant directement les cellules malades.
7. La réalité virtuelle : environnements simulés qui pourraient accélérer le changement de comportement des patients d'une manière plus sûre, plus pratique et plus accessible. Les traitements basés sur la réalité virtuelle et augmentée pourraient améliorer la rééducation, la prise en charge de la douleur, et la gestion de la santé mentale. Elle peut être également utilisée pour la formation des professionnels de santé, la planification des interventions chirurgicales et la réhabilitation des patients

8. Les implants intelligents, qui peuvent être insérés dans le corps pour surveiller les signes vitaux et les niveaux de médicaments, sont déjà disponibles. Leur utilisation devrait se généraliser dans les années à venir pour aider à surveiller et à traiter les maladies chroniques, en s'adaptant automatiquement aux besoins du patient, en ajustant la dose de médicament ou la fréquence des impulsions électriques ; rechargeables à distance ; connectés ; imprimés 3D...

Nouveaux métiers et nouvelles compétences

L'émergence et le développement de ces innovations portées entre autres par les technologies du digital, de l'intelligence artificielle et des big data, l'accroissement des maladies chroniques et du vieillissement de la population, les attentes des patients et des usagers pour une prise en charge et un accompagnement personnalisés et individualisés représentent quelques éléments qui laissent entrevoir les transformations en œuvre du système de santé. Celles-ci devront s'accompagner d'une évolution des métiers mais également de l'apparition de nouvelles compétences professionnelles et de nouveaux métiers, par exemple⁴.

Nouveaux métiers	Nouvelles compétences
Les métiers en lien avec l'utilisation des big data et de l'IA	<ul style="list-style-type: none"> • Attaché en données cliniques • Assistant sanitaire (ou médico-social) d'aide à la décision
Les métiers liés à la gestion des plateformes d'intermédiation numérique	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable plateforme d'intermédiation numérique • E-conseiller patients • E-brancardier
Les métiers induits par l'utilisation de la robotique chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> • IBODE instrumentiste en robotique chirurgicale • IBODE circulant en robotique chirurgicale
Les métiers du « relationnel » dans les établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Référent de parcours en établissement
Les métiers induits par le suivi des patients à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de parcours intégré et projet de vie à domicile • Assistant de vie à domicile • Technicien d'équipement à la vie médicale et sociale • Responsable hôtellerie et qualité de vie
Les métiers de la prévention en santé et du bien-être	<ul style="list-style-type: none"> • Coach prévention et adhésion du patient
La prise en compte de l'éthique dans le soin et l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> • Référent/responsable du dialogue éthique
Transformations accompagnées par de nouveaux blocs de compétences	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences génériques • Compétences distinctives des directeurs d'établissement • Référent « crise » • Management en faveur de la santé au travail
L'empowerment du patient	

⁴ Prospective des métiers de la santé à l'horizon 2040 : https://www.opco-sante.fr/sites/default/files/2021-12/OPCO_Sante_Etude_Prospective_me%CC%81tiers.pdf

3) L'INNOVATION EN SANTE SUR CERTAINS SOINS

L'attente de la population, patients et professionnels, est particulièrement forte en ce qui concerne le traitement de certaines pathologies⁵ :

- Le cancer : 1ère cause de décès devant les maladies cardiovasculaires (160 000 décès/an), 400 000 nouveaux cas/an ;
- La maladie d'Alzheimer : 900 000 personnes concernées en France ;

Ainsi que dans certaines disciplines nécessitant une grande précision :

- La chirurgie ;
- L'imagerie.

Pour ces soins, les innovations en santé à venir pourraient se situer au niveau de :

Cancer :

- Des thérapies géniques personnalisées : ciblant les mutations spécifiques du cancer d'un patient en utilisant des outils de génie génétique pour modifier les cellules du patient et les rendre capables de combattre le cancer.
- De l'Immunothérapie de nouvelle génération : en utilisant le système immunitaire pour lutter contre le cancer et en associant éventuellement en complément la vaccination, les vaccins ARNm produisant des protéines du tissu tumoral ;
- De thérapie combinée : par l'utilisation de plusieurs traitements différents pour attaquer le cancer sous différents angles.
- De la médecine de précision : grâce à l'utilisation des tests génétiques et des technologies de pointe pour diagnostiquer le cancer et développer des traitements adaptés à chaque patient.
- Des nanoparticules de traitement : qui peuvent transporter des médicaments directement aux cellules cancéreuses, réduisant ainsi les effets secondaires des traitements.

Maladie d'Alzheimer :

- Du dépistage précoce : des techniques de dépistage précoce plus précises sont en cours de développement, y compris des tests sanguins et des tests d'imagerie qui permettent de détecter les signes précoces de la maladie avant que les symptômes n'apparaissent.
- Des thérapies géniques : en modifiant les gènes qui sont impliqués dans la maladie.
- Des thérapies immunologiques : par la stimulation du système immunitaire pour lutter contre les protéines bêta-amyloïdes qui sont impliquées dans la maladie d'Alzheimer.
- Des thérapies à base de cellules souches : qui pourraient aider à régénérer les cellules cérébrales endommagées et à ralentir la progression de la maladie.
- De l'intelligence artificielle : qui pourrait être utilisée pour aider au diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer en analysant les données médicales et les symptômes des patients.

⁵ Santé 2030 : une analyse prospective de l'innovation en santé : https://www.leem.org/sites/default/files/2019-03/Sante2030_rapport%20completavec sommaire_0.pdf

Chirurgie :

- De la chirurgie robotique : déjà en usage dans certains hôpitaux, elle continuera à évoluer et à s'améliorer pour offrir une précision accrue et une récupération plus rapide pour les patients.
- De l'imagerie médicale avancée : les avancées de l'imagerie médicale, comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM), permettent aux chirurgiens de visualiser les tissus et les organes en temps réel, améliorant ainsi la précision des interventions chirurgicales.
- De la chirurgie mini-invasive : elle utilise de petites incisions pour réduire les traumatismes et les temps de récupération pour les patients. Cette technique devrait continuer à s'améliorer pour permettre des interventions plus complexes.
- De la réalité augmentée : elle peut être utilisée pour projeter des images et des informations sur le champ opératoire, aidant les chirurgiens à prendre des décisions plus précises pendant l'opération.
- De l'utilisation de la technologie 5G : elle pourrait permettre la transmission en temps réel de données médicales critiques, comme des images et des vidéos, à des endroits éloignés, afin d'offrir la possibilité à d'autres chirurgiens de diriger des interventions à distance.

Imagerie :

- L'imagerie médicale en 3D : Les avancées technologiques permettent aujourd'hui de créer des images médicales en 3D à partir de données d'imagerie en 2D, offrant ainsi une visualisation plus précise et plus détaillée des organes et des tissus. Cela peut être particulièrement utile pour la planification de la chirurgie ou pour le traitement de maladies complexes.
- La réalité augmentée en chirurgie : Les dispositifs de réalité augmentée peuvent être utilisés pour aider les chirurgiens à visualiser des images médicales en temps réel pendant une intervention chirurgicale. Cela peut leur permettre de mieux naviguer à travers les tissus et les structures anatomiques, ce qui peut améliorer la précision et la sécurité des procédures chirurgicales.
- L'analyse d'images médicales par l'IA : les algorithmes d'intelligence artificielle (IA) peuvent être utilisés pour analyser des images médicales, ce qui peut permettre de détecter des anomalies plus rapidement et plus précisément que les méthodes traditionnelles. Cela peut être particulièrement utile pour le diagnostic précoce de maladies telles que le cancer.
- Les applications de télémédecine : permettent aux professionnels de santé de partager des images médicales avec des experts distants, ce qui peut faciliter le diagnostic et le traitement des patients dans des zones reculées ou mal desservies.
- L'imagerie hyperspectrale est une technologie qui permet de détecter des anomalies dans les tissus qui ne seraient pas visibles avec d'autres techniques d'imagerie. Cela peut être particulièrement utile pour la détection précoce de certains types de cancers ou pour la surveillance de la progression de maladies chroniques.

4) L'INNOVATION EN SANTE EN REGION : UN SECTEUR D'EXCELLENCE

Si l'innovation est d'abord un levier de la nécessaire transformation du système de santé dans une finalité d'amélioration des soins, l'innovation est aussi un levier déterminant de la compétitivité du secteur de la santé favorisant la création de valeur et permettant de renforcer l'attractivité de la région Bourgogne-Franche-Comté : attirer de nouvelles populations, dont des professionnels de santé, et les maintenir, attirer des entreprises et des capitaux sur le territoire et attirer des touristes pour dynamiser l'économie de proximité.

Depuis plusieurs années, le Conseil Régional mène et coordonne, dans le cadre d'un partenariat avec les services de l'Etat et avec l'Union européenne, une politique volontariste visant à accompagner l'entrepreneuriat, développer la compétitivité et renforcer l'attractivité de la région. Ainsi, la stratégie économique régionale pour la Bourgogne-Franche-Comté pour la période 2022-2028 est présentée dans le schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDEII)⁶. Le plan d'action Innovation est développé dans le schéma régional de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (SRESRI) lequel s'accompagne, pour les secteurs stratégiques dont la santé, d'une stratégie régionale d'innovation vers la spécialisation intelligente (RIS3) 2021-2027⁷.

Reconnus comme un des 6 domaines de spécialisation de la stratégie régionale d'innovation RIS3, les questions de santé et les soins individualisés et intégrés sont considérés comme des enjeux pour l'avenir de l'économie régionale et le bien-être de sa population. La stratégie d'innovation est orientée autour de trois enjeux majeurs de la santé, en lien avec les atouts et spécificités du territoire régional :

- Une médecine de précision, qui permet de personnaliser le soin et de placer le patient au cœur du traitement, au croisement des compétences santé et microtechniques de la région ;
- Une santé efficiente, qui articule prévention, détection, traitement et suivi efficaces des patients, optimisée grâce aux techniques et technologies médicales et de bio-informatique innovantes régionales, permettant de réduire les impacts sanitaires et les coûts associés ;
- Une santé accessible pour tous, sur un territoire rural confronté à la problématique de désertification médicale, qui s'appuie notamment sur les dernières innovations de santé numérique et télémédecine pour garantir l'accès et accroître la qualité des soins du plus grand nombre.

La stratégie repose plus particulièrement sur trois facteurs différenciants identifiés par l'ensemble des acteurs de l'écosystème liés à ce secteur :

- Développer et optimiser les médicaments de thérapie innovante (MTI), les procédés pharmaceutiques innovants et la théranostique (la thérapie et le diagnostic deviennent de plus en plus indissociables, d'où ce terme contraction de thérapeutique et de diagnostic),
- Concevoir, fabriquer et diffuser les technologies médicales et bio-analytiques innovantes,
- Développer les techno-thérapies, la e-santé et la digitalisation du parcours de soins innovants.

⁶ SRDEII : https://www.bourgognefranchecomte.fr/sites/default/files/2022-09/Strategie_SRDEII_13_09_2022.pdf

⁷ RIS3 2021-2027 : <https://www.bourgognefranchecomte.fr/sites/default/files/2021-08/RIS3%202021-2027%20VF.pdf>

La Bourgogne-Franche-Comté est région résolument investie dans la médecine du futur. Elle peut s'appuyer sur un écosystème performant tourné vers l'avenir pour accompagner le développement des industries et des technologies de la santé, de la recherche à la mise sur le marché. La région bénéficie d'une tradition d'innovation biomédicale :

- Le premier pansement prêt à l'emploi par URGO en 1958 ;
- Le premier auto-injecteur sans aiguille par CROSSJECT en 2001 ;
- La première jambe bionique par PROTEOR en 2015 ;

et est pionnière en technologies médicales avec des entreprises régionales compétentes en micromécanique, micro-manipulation et micro-assemblage, traitements et revêtements de surfaces fonctionnalisés, micro moulage et micro-injection. La maîtrise de ces technologies liées aux capteurs et aux actionneurs miniaturisés, aux micro mécanismes électroniques... permet le développement de dispositifs médicaux innovants, tels que des implants en biomatériaux fonctionnalisés, des instruments médico-chirurgicaux non invasifs, de nouvelles technologies de délivrance pharmaceutique, des technologies d'assistance et de réadaptation.

L'innovation en santé est particulièrement tirée par :

- Des forces académiques et hospitalo-universitaires reconnues : 3 universités, 4 organismes de recherche (CNRS, INSERM, INRAE, CEA) 2 centres hospitaliers universitaires (CHU Dijon-Bourgogne et CHRU Besançon) avec chacun un centre d'investigation clinique (CIC épidémiologie et pluri-thématiques pour Dijon, CIC biothérapies et innovations technologiques pour Besançon), le centre de lutte contre le cancer Georges François Leclerc de Dijon, l'Etablissement Français du Sang BFC à Besançon, l'Institut Carnot ARTS (produits innovants sur le marché applicatif de la santé en biomécanique et imagerie médicale), une vingtaine de laboratoires de recherche, de nombreuses plateformes de recherche et de transfert parmi lesquels deux projets d'excellence dans le cadre du Programme d'Investissement d'Avenir (PIA) : le LabEX LipSTIC (Lipoprotéines et Santé : prévention et Traitement des maladies Inflammatoires et du Cancer) et l'EquipEX IMAPPI (Développement technique du couplage TEP-IRM et ses applications).
- Pour les entreprises, la présence de groupes, ETI et PME leaders des secteurs pharmaceutiques, des technologies médicales et des services et innovation en sciences de la vie, ainsi que d'acteurs issus des technologies microtechniques qui trouvent de nombreux débouchés dans le domaine des dispositifs médicaux. Les clusters et autres structures collaboratives ou d'accompagnement des entreprises sont nombreux : l'incubateur DECA BFC, la SATT Sayens, l'accélérateur Propulseur, l'agence économique régionale (AER) ... La région compte également 3 clusters qui fédèrent les entreprises du territoire (BFC Care à Dijon, PMT Santé à Besançon), le Cluster des Technologies Innovantes de la Santé (TIS) dans le Nord Franche-Comté ainsi que le GIE Pharm'Image, le Pôle de Gérontologie et d'Innovation (PGI) et 3 pôles de compétitivité : le Pôle des Microtechniques, Vitagora (sur la partie nutrition/santé) et le pôle plasturgie, composites et élastomères Polyméris (sur les bioplastiques, polymères biocompatibles et plastiques fonctionnalisés) : tous trois sont positionnés sur des technologies interdisciplinaires dont les marchés applicatifs concernent notamment la santé.

- Deux projets de territoire structurent l'innovation en santé dans la région :
 - à Besançon, la Technopole TEMIS-Santé⁸ et le Centre Bio Innovation sur la médecine du futur . Ce dernier a rejoint la French Tech et intègre le réseau Health Tech France
 - à Dijon le Technopôle Santenov⁹. Cet écosystème est complété par des formations de haut niveau et le projet de Campus des Métiers et des Qualifications en Santé, initié par le Technopole de Santenov de Dijon.

Si l'ARS ne participe pas directement au développement de toutes ces activités essentiellement orientées recherche, elle accompagne cette dynamique par l'instruction, le suivi ou le financement, en lien avec la DGOS (et en complément d'autres financements tels que FEDER ou ANR), de projets de recherche hospitaliers, par exemple :

- Compensation aux établissements de santé pour leurs pertes de production d'activités de soins dues à l'effort de recherche, d'enseignement et d'innovation ;
- Financement de la recherche appliquée via 5 programmes (Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) ; Programme de recherche translationnelle (PRT) ; Programme de recherche médico-économique (PRME) ; Programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS) ; et Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)) ;
- Financement des structures de recherche hospitalières (crédits MIG et MERRI) :
 - Les structures qui assurent des missions d'organisation, surveillance et coordination de la recherche ainsi que de conception des protocoles, gestion et analyse des données ;
 - Les missions d'investigation (inclusion de patients dans des essais cliniques) ;
 - Les centres de ressources biologiques ;
 - Les groupements interrégionaux de recherche et d'innovation et les équipes mobiles de recherche clinique.

L'ARS veille surtout à ce que les innovations s'inscrivent dans le cadre réglementaire en vigueur, respectent les conditions de qualité et sécurité des soins et puissent être proposées au plus grand nombre. Quatre structures sont plus particulièrement investies dans la recherche et innovation en santé, associant souvent les hôpitaux de proximité, et quelques exemples de réalisations, projets ou thématiques de recherche peuvent être cités. Ainsi :

- **Le CHU de Besançon** oriente ses recherches plus particulièrement autour de 3 axes : biothérapies ; risques neuro-cardio-vasculaires, infectieux et environnementaux ; innovations technologiques.
 - Développement d'un vaccin thérapeutique universel destiné à stimuler l'immunité contre le cancer (UCPVax) ; les résultats du 1er essai clinique sont très prometteurs
 - Projet de prise en charge robotisée des infarctus cérébraux : le projet CODA constitue une étape préliminaire au développement d'une assistance robotique innovante en neuroradiologie interventionnelle
 - Avancée majeure dans la recherche contre le cancer du sein triple négatif et par la suite contre d'autres cancers : découverte de deux nouvelles souches de cytomégalo virus (CMV) provenant de cancers du sein triple négatif (laboratoire de l'université EPILAB)

⁸ <https://www.temis.org/temis-sante.html>

⁹ <https://www.santenov.com/>

- Projet HARMi (lauréat de l'appel à projets national ExcellencES, porté par l'université Bourgogne Franche-Comté) : il vise une connaissance optimale des microbes et de leurs interactions avec d'autres organismes vivants afin de mieux les utiliser pour faire face aux problématiques mondiales actuelles en termes d'agriculture, d'environnement, d'alimentation et de santé.
 - Plateforme de neuro-imagerie fonctionnelle et neurostimulation NEURAXESS (partenariat entre le CHU de Besançon (CIC-1431 INSERM) et l'Université de Franche-Comté) : elle a pour but d'accueillir les projets explorant le fonctionnement du cerveau chez l'humain, de manière non-invasive. Récemment développement d'un traitement complémentaire de la maladie d'Alzheimer par stimulation magnétique transcrânienne répétitive.
 - Le projet SIA REMU (Système d'Intelligence Artificielle pour la Régulation Médicale des Urgences) vise à améliorer la performance globale de la régulation des appels d'urgence médicale en recourant à l'intelligence artificielle (IA).
 - Le projet MIMEDI (Microtechniques pour les Médicaments Innovants, collaboration entre l'EFS, l'UMR RIGHT, l'Institut FEMTO ST, le CHU de Besançon et son Centre d'Investigation Clinique) : Il comporte 2 volets : un volet process qui vise à la rationalisation de la fabrication de médicaments de thérapie innovante MTI en apportant de nouvelles solutions techniques et en optimisant l'ensemble des étapes nécessaires à leur production, et un volet produit qui vise à développer des MTI jusqu'au protocole de demande d'autorisation d'essai clinique: il permettra par exemple, par la bio production de MTI de prélever et de trier les cellules du système immunitaire d'un patient, pour sélectionner les plus efficaces dans la lutte contre les tumeurs, les cloner et lui réinjecter sous forme de MT
- *Le CHU de Dijon* : son activité de recherche se structure autour de 5 axes principaux : 1. Inflammation, lipides, vaisseaux, 2. Prise en charge personnalisée des patients atteints de cancer, 3. Imagerie fonctionnelle et théranostique, 4. Génomique des maladies rares, 5. Réadaptation et technologies innovantes en santé.
 - Thérapies innovantes : par exemple, traitements par CAR-T Cells dispensés dans l'unité de soins intensifs du service d'Hématologie adultes. Disponible dans un petit nombre d'établissements en France, cette thérapeutique de type immunothérapie fait appel à une technologie de pointe : elle repose sur la fabrication de Lymphocyte T du patient directement dirigés contre une cible tumorale identifiée et permet de traiter efficacement des patients réfractaires aux traitements conventionnels ou en impasse thérapeutique.
 - Robots et appareils de haute technologie : deux premières en 2021 : 1. première européenne en imagerie interventionnelle avec la réalisation d'une procédure endovasculaire autour d'un rein d'une patiente en ayant recours à un bras robotique. Cet outil contribue à améliorer le confort de travail des médecins et sécurise les interventions en diminuant l'exposition aux rayonnements du patient et de l'équipe médicale. À terme, les deux tiers des quelque 300 opérations d'angioplastie réalisées au CHU pourraient être conduites avec l'aide de ce robot ; 2. pour la première fois en France, une opération assistée par robot est réalisée au sein du service de chirurgie pédiatrique sur un enfant de quatre ans qui a bénéficié d'une cure dereflux gastroœsophagien. Le robot partenaire de cette opération est le Da Vinci Xi, robot chirurgical utilisé au CHU depuis 2017 dans différentes spécialités.

- Création d'un Centre régional de médecine génomique, pour le cancer et les maladies rares (GIMI : Genomic and Immunotherapy Medical Institute) en partenariat avec le CHU Besançon, le CGFL et l'EFS) et mise en place d'une plateforme d'expertise maladies rares. L'analyse des données de séquençage par la bio-informatique est un autre axe fort du territoire régional. Le développement de la génomique a conduit à accroître la quantité de données et ouvert de nouveaux défis tant sur l'analyse et la visualisation de ces données, que sur leur stockage. La région, sous l'impulsion du CHU de Dijon, est l'un des leaders nationaux pour l'analyse de données de séquençage pangénomique dans le cadre de la FHU TRANSLAD et de l'Institut GIMI.
- RéadaptTic : nouveau bâtiment dédié à la réadaptation et aux soins de suite, RéadaptTic sera un bâtiment intelligent précurseur permettant d'améliorer le parcours patient en associant dans un nouveau bâtiment connecté de nouvelles filières de réadaptation innovantes dont la finalité est d'accompagner le patient vers la préservation de son autonomie grâce aux technologies numériques et à un parcours de soin hyper personnalisé. Dans le domaine de la réadaptation. SYNSYS est la seule solution au monde de prothèse mécatronique associant le genou, la cheville et le pied, développée comme un système au design biomimétique, permettant de surpasser les situations contraignantes de la vie quotidienne. Ce projet a été récompensé par le prix de la Ministre des armées au forum innovation défense 2018. Il fédère un ensemble de partenaires de recherche.
- Création de l'Institut de la Fertilité en fin d'année 2023 : cet institut (féminine et masculine) est novateur dans la prise en charge des couples en souffrance de parentalité. La stratégie de restructuration donne en effet une cohérence spatiale au parcours patient avec le principe du site dédié, unique en région. L'unité clinico-biologique proposera les consultations aux couples infertiles, ainsi que les examens du laboratoire de biologie de la reproduction et les autres activités de spécialités. Le Centre d'Assistance Médicale à la Procréation et le laboratoire de biologie de la reproduction se classent aujourd'hui parmi les meilleurs centres de France.
- **Le CGFL** : Selon le rapport rendu en octobre 2016 par le Haut Conseil pour l'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (HCERES), le CGFL est le centre de référence pour l'innovation thérapeutique et la recherche en cancérologie pour l'ensemble de la Région Bourgogne Franche-Comté. Il mène des recherches fondamentales, cliniques, translationnelles et épidémiologies. Ses principaux axes de recherche sont :
 - La médecine personnalisée : en s'appuyant sur une plateforme de transfert en biologie cancérologique, développement des applications cliniques de la biologie moléculaire et l'immunothérapie des cancers pour une meilleure individualisation des thérapeutiques oncologiques.
 - L'imagerie moléculaire utilise les technologies telles que l'IRM ou le TEP scan pour évaluer le plus rapidement possible la réponse à des thérapeutiques nouvelles. Cette recherche va avoir recours à de nouveaux traceurs moléculaires. La région possède un EquipEX qui a permis le développement d'un prototype d'appareil d'imagerie TEP-IRM (pour la première fois au sein d'un hôpital).
 - La radiothérapie/radiobiologie : le GIE Pharmimage a pour objectif de permettre le transfert rapide de nouvelles thérapies (développement de la théranostique) dans un processus continu, de la cible biologique expérimentale évaluée en laboratoire jusqu'à la première application chez l'homme.

- La recherche en sciences humaines, sociales et qualité de vie : le registre spécialisé des cancers gynécologiques de Côte d'Or est utilisé pour la surveillance épidémiologique des cancers gynécologiques en France et la mise en place d'études sur base de données populationnelles ; le CGFL coordonne avec l'Institut Gustave Roussy, la cohorte CANTO, qui suit pendant 5 ans plus de 12 000 femmes avec un cancer du sein de stade précoce dans le but de permettre d'évaluer et de prédire les toxicités à long terme des traitements.
- *L'Établissement français du sang (EFS)* gère la première banque de sang placentaire de France ainsi que la biothèque du Grand Est.
 - L'EFS héberge l'une des 5 plateformes de production de médicaments de thérapie innovante (MTI). L'EFS est associé à l'INSERM et à l'université de Franche-Comté, dans l'unité mixte de recherche (UMR) 1098 « Interaction hôte-greffon-tumeur – ingénierie cellulaire et génique ». L'objectif principal de cette UMR est de développer de nouvelles approches de traitement basées sur la thérapie cellulaire et génique (c'est-à-dire, l'utilisation de cellules pour générer un effet thérapeutique) et la modulation du système immunitaire (c'est-à-dire, la possibilité d'augmenter l'activité du système immunitaire pour éliminer une tumeur ou la possibilité d'empêcher le système immunitaire de rejeter un greffon).
 - L'EFS est un partenaire du projet MIMEDI, projet innovant réunissant microtechniques et ingénierie cellulaire pour mettre à disposition des malades les traitements de demain des maladies graves et produire des médicaments innovants (MTI) grâce à l'expertise des microtechniques

5) OBJECTIFS

Objectif 1 : Soutenir et valoriser la recherche et l'innovation qu'elles soient à visée diagnostique et thérapeutique ou technologique et numérique

Objectifs opérationnels :

- ☞ *Soutenir les projets de recherche/innovation*
- ☞ *Promouvoir la recherche régionale et faire connaître les projets*

Objectif 2 : S'appuyer sur le Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique pour valoriser la recherche régionale

Objectifs opérationnels :

- ☞ *Mettre en place une mission de veille Recherche/Innovation*
- ☞ *Développer la communication autour des projets marquants*

3.2. E-SANTE : S'APPUYER SUR LE NUMERIQUE POUR FAIRE FACE AUX DEFIS MAJEURS DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

Mettre le numérique au service de la santé dans une logique d'innovation et faire en sorte qu'il contribue humblement à faciliter l'accès aux soins, à développer la prévention et à améliorer la qualité de la prise en charge est un enjeu majeur pour les années à venir. En déclinaison des priorités de la stratégie nationale et régionale, le numérique fait intégralement partie et appuie l'ensemble des volets du projet régional de santé Bourgogne Franche-Comté (BFC).

3.2.1. AXE 1 : DEVELOPPER LA PREVENTION ET RENDRE CHACUN ACTEUR DE SA SANTE

Le système de santé français n'est pas encore organisé pour offrir suffisamment de prévention. Les initiatives et les campagnes de prévention sont nombreuses mais les facteurs de risques restent trop importants, les parcours de prévention complexes et l'accès aux dépistages insuffisant. Le numérique est un outil qui permet de prendre le virage de la prévention, en rendant le patient plus facilement acteur de sa santé, en développant des démarches de suivi personnalisées, de façon à renforcer l'équité et l'efficacité des démarches de prévention.

La déclinaison de la feuille de route nationale du numérique en santé s'appuie sur une forte coordination entre l'ARS, le Grades, et l'Assurance Maladie, qui déploient des moyens opérationnels au service de la mise en œuvre de ces priorités nationales.

Rappel des actions de la Feuille De Route nationale du numérique en santé 2023-2027 :

- *Faire entrer Mon espace santé dans nos vies quotidiennes, pour gérer notre santé*
- *Développer une prévention personnalisée*
- *Rendre chacun acteur de sa santé et maître de ses données*
- *Accompagner tous les citoyens pour qu'ils s'approprient la santé numérique, en particulier les plus fragiles et les plus vulnérables*
- *Faire bénéficier à tous des innovations en santé numérique*

1) DECLINAISON REGIONALE : AXE 1 « PREVENTION » - OBJECTIFS

Objectif 1 : Sensibiliser et accompagner les citoyens à Mon Espace Santé (MES)

👉 Promouvoir MES, notamment via le dispositif « Ambassadeurs Mon Espace Santé »

Disponible depuis le 1er janvier 2022, MES permet à tous les assurés de stocker et partager leurs données de santé avec leurs professionnels de santé. Ce nouveau service est appelé à se faire une place dans le quotidien des assurés afin qu'ils aient la main sur leurs données de santé et qu'ils puissent enrichir leur espace au fil du temps. En BFC, les citoyens sont sensibilisés à ce nouveau service depuis l'été 2022 par des « ambassadeurs Mon Espace Santé », structures et personnes bénévoles qui les accompagnent dans la découverte de ce nouveau carnet de santé numérique.

- ☞ *Proposer des actions spécifiques à destination des personnes en situation de vulnérabilités (personnes en situation de handicap, personnes âgées ou empêchées) et à leurs aidants*

En BFC, près de 20% de la population est en situation d'« illettrisme » et rencontre des difficultés à utiliser les outils numériques. Au-delà des opérations grand public destinées à faire connaître les outils de e-santé au plus grand nombre, l'ARS porte un intérêt particulier à l'inclusion numérique et s'appuie sur les recommandations de l'Espace Régional Ethique (ERE-BFC) pour aller vers les plus éloignés en proposant des actions spécifiques à ces publics.

Exemples d'actions :

- ⊙ Adaptation des communications en FALC (facile à lire et à comprendre)
- ⊙ Renforcement de la sensibilisation en direction des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) à l'utilité et la plus-value de MES pour les personnes accompagnées
- ⊙ Délégation aux aidants pour faciliter la promotion d'MES auprès des personnes fragiles
- ⊙ Incitation à la nomination d'un ambassadeur MES dans les ESSMS

Objectif 2 : Mettre le numérique au service de la structuration des parcours de prévention primaire, secondaire et tertiaire en particulier par la logique de la responsabilité populationnelle

- ☞ *Structurer les parcours par les E-Parcours spécialisés*

Généralisation de l'existant :

La plateforme régionale de e-Parcours ETICSS propose aux professionnels de santé des e-parcours structurés dédiés à la prise en charge des patients. Ces parcours permettent d'enclencher une prise en charge formalisée et pluriprofessionnelle du patient et de partager l'information entre les professionnels de santé du cercle de soins, ainsi que d'analyser toutes ces données sur le versant populationnel grâce aux outils d'analyse de la data disponibles directement dans l'outil ETICSS.

L'ambition portée par l'ARS consiste à déployer les parcours existants afin qu'ils bénéficient à une population plus importante ; le parcours Responsabilité Populationnelle (RP) Diabète entre dans ce cadre. Mis en place par le GHT de Haute Saône, son objectif est de proposer le bon soin, au bon moment et pour le bon patient :

- Actions de prévention et de repérage
- Stratification du patient, inclusion dans un parcours et prise en charge
- Information et aide-mémoire du professionnel
- Communication
- E-santé

Déclinable en fonction des pathologies, le parcours RP diabète, est en cours de développement sur la partie insuffisance cardiaque. Ces projets sont orientés sur la prévention primaire (campagnes de sensibilisation, ...) et secondaire voire tertiaire (dépistages, stratification des patients pour éviter le passage à une strate supérieure, envoi des rappels de prise en charge directement au patient, éducation thérapeutique...).

D'autres parcours issus d'expérimentations article 51 ont vocation à se généraliser dans toute la région :

- E-Parcours ANGELE : structuration du parcours de soin des patients souffrant d'allergies aux acariens et/ou alimentaires
- VIGILANS est un parcours national également disponible. Il a pour but la prévention de la récurrence sur les tentatives de suicide dans les cellules VIGILANS existantes.
- Le parcours Sport & Santé (parcours d'accompagnement sportif pour la santé) permet une prévention par le sport. Il a pour ambition d'être diffusé en ville pour équiper les professionnels et les inciter à partager les données de façon sécurisées de leurs patients.

Les adaptations continues sur ces parcours permettent aux professionnels de santé de disposer d'outils adaptés à leur pratique tout en leur donnant une vision structurée sur leur activité.

Développement de nouveaux parcours :

Au-delà de l'aspect déploiement des eParcours, de nombreuses sollicitations d'acteurs variés permettent de co-construire avec les professionnels du sanitaire et du médico-social les eParcours de demain. Il s'agit de développer de nouveaux parcours sur des thématiques telles que la prise en charge des problématiques liées au sommeil, ou le repérage des vulnérabilités (arrivée de migrants, précarité...). Des outils spécialisés viendront enrichir l'écosystème eTICSS en permettant aux utilisateurs de bénéficier des avancées en IA en santé de façon sécurisée et alimentant l'outil de coordination : outils de prédictions permettant d'anticiper des hospitalisations évitables, outils d'aide à la décision...

La mobilité est au cœur des préoccupations, afin que les professionnels et les patients puissent saisir des données de façon sécurisée à leur rythme grâce à leurs outils de tous les jours (smartphone, application métier, envoi par messagerie sécurisée...). L'objectif est de maximiser les canaux d'alimentation de la solution eParcours afin qu'elle soit le réceptacle de toutes les informations disponibles sur le patient pour tous les professionnels habilités.

Centraliser les outils de repérage dans un portail commun sur la plateforme constitue une ambition qui permettra pour chaque patient de proposer le parcours le plus adapté ainsi que les actions de prévention à mettre en place. Un lien fort avec la solution d'eETP permettra de donner une visibilité complète aux professionnels sur l'activité du patient.

Objectif 3 : Rendre chacun acteur de sa santé

👉 Développer la e-ETP

La plateforme Nuvee outil d'eETP permet de garder un lien entre le patient et le professionnel de santé lors d'activité d'éducation thérapeutique, le patient bénéficie d'une application lui permettant d'aller plus loin dans la connaissance de sa maladie tout en échangeant avec les acteurs de sa prise en charge.

Disponible actuellement sur les thématiques diabète et obésité, Nuvee a vocation à se généraliser :

- En déployant l'outil sur les différentes structures afin d'uniformiser les prises en charge et apporter au plus grand nombre ces avancées.
- En proposant la prise en charge de nouvelles pathologies : Insuffisance cardiaque, endométriose...

Complémentaire aux systèmes traditionnels d'ETP, cette application vise à apporter des connaissances supplémentaires au patient. Elle est également un vecteur d'apprentissage continu pour les professionnels de santé souhaitant compléter leurs connaissances sur certains sujets.

Nuève est interopérée avec ETICSS ce qui permet aux acteurs de la prise en charge de connaître l'activité de leur patient lors de ces activités d'ETP.

👉 Développer la télésurveillance médicale

L'écosystème santé de BFC dispose d'une solution régionale de télésurveillance médicale sécurisée et mutualisée, qui permet aux équipes de soins de suivre à distance leurs patients et d'interagir avec eux (patients souffrant de maladies chroniques ou nécessitant un suivi après une hospitalisation). Ce dispositif prend la forme de questionnaires sur l'état du patient (constantes, médicaments, activités réalisées, effets indésirables...) accessibles depuis un smartphone ou ordinateur. Les données peuvent être renseignées par l'aidant et des alertes sont remontées si nécessaires.

La solution BFC est définie pour être urbanisée dans un environnement technique régional et dans les systèmes d'informations des structures utilisatrices.

Exemples d'actions :

- 🕒 AGATE : Patients sous anticoagulants après une thrombose veineuse profonde
- 🕒 Neurochirurgie du rachis en RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie)
- 🕒 Chirurgie bariatrique
- 🕒 Suivi des chimiothérapies pour les cancers gynécologiques
- 🕒 Chirurgie pédiatrique en RAAC
- 🕒 Chirurgie ambulatoire (ORL...) en RAAC

Objectif 4 : Exploiter les données de santé pour une prise en charge et prévention personnalisée

👉 Appuyer le développement des Systèmes d'algorithmie/Intelligence Artificielle

L'arrivée du numérique dans le monde de la santé a généré un volume de données médicales sans précédent : dossiers médicaux, comptes rendus de biologie et d'imagerie médicale, prescriptions etc... L'enjeu consiste aujourd'hui en une meilleure exploitation de ces données au service des professionnels de santé et au bénéfice des patients.

Le recours à des systèmes de traitement de masse des données, s'appuyant sur des règles de gestion définies par les équipes médicales, permet d'établir des règles pour :

- Un ciblage fin des patients à suivre et des actions à engager
- Un gain de temps en automatisant le traitement de données de masse issues de sources diverses, voire dispersées et en ciblant les informations pertinentes
- Une meilleure réactivité de la prise en charge en ajustant les réponses cliniques à la situation du patient
- Une sécurité accrue pour le patient en systématisant le traitement de la donnée par le numérique (versus traitement manuel) et de manière globalisée (versus individuel).

Au-delà des systèmes s'appuyant sur les moteurs de règles, les derniers développements en matière d'intelligence artificielle laissent percevoir des gains très significatifs dans le domaine de la santé.

Exemples d'actions :

- ⦿ Traitement de données médicales de masse par le biais de protocoles médicaux
- ⦿ Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse en aidant la conciliation des prescriptions issues des professionnels de ville et de l'hôpital
- ⦿ ASTERIA : Télésurveillance pour les patients ayant un syndrome coronarien aigu (phase 2_ cardiologie CHU 21)
- ⦿ Analyse des risques des patients âgés

3.2.2. AXE 2 : REDONNER DU TEMPS POUR TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES GRACE AU NUMERIQUE.

Renforcer l'usage du numérique et améliorer l'expérience utilisateur autour des services socles et des solutions métiers du marché constitue un enjeu tant à l'échelle nationale que régionale pour simplifier la vie des professionnels de santé. Le développement de l'usage des outils permettant la coordination et le travail pluri professionnel est essentiel dans ce cadre.

Rappel des actions de la Feuille De Route nationale du numérique en santé 2023-2027

- *Permettre aux professionnels d'accéder à l'historique de santé des patients qu'ils prennent en charge*
- *Améliorer l'intégration et l'ergonomie des services socles dans les outils que les professionnels de santé utilisent au quotidien*
- *Déployer le bouquet de services aux professionnels, l'ordonnance numérique et des moyens d'identification sécurisés pour les professionnels de santé*
- *Simplifier l'outillage de la coordination locale des parcours de santé*
- *Renforcer la formation et l'accompagnement au numérique des professionnels de santé, du médico-social et du social*

1) DECLINAISON REGIONALE : AXE 2 « PRISE EN CHARGE » - OBJECTIFS

Objectif 1 : Appuyer la coordination et le partage sécurisés des données de santé

- ☞ *Appuyer l'alimentation et la consultation du Dossier Médical Partagé (DMP) et le développement de la e-prescription, par les professionnels de santé (ville, établissements...)*

L'ambition du Ségur numérique est d'engager l'ensemble des parties prenantes de l'écosystème sanitaire et médico-social dans un laps de temps réduit, au service du partage des informations pluri professionnel et intersectoriel. Le travail réalisé porte sur les évolutions techniques des systèmes d'informations et sur les organisations et pratiques professionnelles.

L'alimentation par les professionnels du DMP des patients est devenue obligatoire ces dernières années. En établissements sanitaires, ce sont notamment les comptes rendus d'hospitalisation, lettres de liaisons et prescriptions qui doivent désormais être versés aux DMP à l'issue de chaque séjour. Les professionnels de ville (médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, et à compter de 2024 les infirmiers, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes...) sont également incités par l'assurance maladie à y verser les documents produits durant leurs consultations. Enfin, les personnes accueillies au sein des ESSMS pourront retrouver d'ici quelques mois dans leurs DMP des premiers documents relatifs à leur suivi.

Ainsi, Il convient aujourd'hui de systématiser ces versements dans les usages afin de sécuriser et fluidifier le partage des données de santé au patient et avec les autres professionnels qui le prennent en charge, à l'hôpital ou en ville. La e-prescription, ou ordonnance numérique, est également appelée à être généralisée en 2024 afin de permettre à tous les patients de retrouver leurs prescriptions dans leur espace santé et favoriser la coordination des soins.

☞ *Permettre aux professionnels autorisés d'accéder aux résultats et à l'imagerie médicale de leurs patients : réseau DRIM-M*

Initiée par le Ministère de la Santé et de la prévention : le projet DRIM-M (Data Radiologie Imagerie Médicale & Médecine Nucléaire) résulte d'un partenariat entre radiologues et pouvoirs publics et a pour objectif la création d'un réseau unique et national de partage d'images entre professionnels de santé à un échelon national.

Ce projet rejoint les besoins exprimés par les professionnels de ville comme les établissements dans la nécessité d'un meilleur accès à l'imagerie médicale : quel que soit le site de production (cabinet de radiologie, centre hospitalier, clinique...), un professionnel habilité doit pouvoir accéder aux images d'un patient tout au long de son parcours de soins.

La démarche est engagée en région avec les partenaires ville et hôpital, privés, publics et s'appuie d'ores et déjà sur l'infrastructure régionale supervisée en BFC par le GRADeS. Au fur et à mesure de la progression du projet DRIM-M, elle s'intégrera dans le dispositif technique prévu par le Ministère.

Le réseau permet aux professionnels de santé de visualiser un examen réalisé n'importe où sur le territoire et de prendre connaissance de l'antériorité des examens du patient :

- Pour le radiologue et spécialiste en imagerie d'importer l'examen dans son environnement DICOM afin de réaliser des comparaisons et du post-traitement
- Pour le médecin demandeur, de visualiser un examen se rapportant au Compte-rendu d'imagerie médicale à partir d'un lien intégré au document

Objectif 2 : Sécuriser et structurer les échanges entre professionnels au bénéfice du patient

☞ *Appuyer le déploiement et l'usage de la Messagerie Sécurisée de Santé professionnelle (MSS) et citoyenne (MSSc)*

Mise en œuvre depuis 2016, la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) permet aux professionnels de santé d'échanger entre eux des informations médicales de façon sécurisée. Avec l'ouverture de MES, les assurés ont à leur disposition un moyen sécurisé de recevoir des messages de la part de leurs professionnels de santé et de communiquer avec eux par le biais d'une Messagerie Sécurisée de Santé citoyenne (MSSc).

La généralisation de leur utilisation par l'ensemble des professionnels habilités a vocation à être confortée dans les prochains mois afin de garantir la sécurité des échanges et la traçabilité des informations à travers MES.

☞ *Généraliser l'usage du service de gestion des Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (e-RCP) pour toutes les spécialités qui nécessitent une RCP*

Un besoin de sécurisation et de modernisation de l'outil de gestion des e-RCP (gynécologie, endométriose, périnatalité, obstétrique, hépato-gastro, maladies rares pulmonaires, chirurgie bariatrique ...) a été exprimé par les acteurs de la région. La mise en place de nouveaux services de e-RCP intra-hospitalières avec une extension à la médecine de ville est donc engagée.

👉 Déployer la messagerie/réseau social instantanée sécurisée en mobilité : Globule

La messagerie instantanée sécurisée en santé (Globule en région) permet aux acteurs de sécuriser leurs échanges tout en apportant des fonctionnalités avancées. Les professionnels de santé peuvent échanger autour d'un patient, sur une identité validée. L'ensemble des informations se trouve disponible pour le cercle de soins renseigné du patient. Ils peuvent également échanger hors contexte patient, entre eux, depuis l'application mobile, tout en ayant les notifications nécessaires. Cette messagerie instantanée de santé est disponible pour l'ensemble des acteurs et trouve des cas d'usage à la fois en ville, à l'hôpital, dans le médico-social et dans les réseaux spécialisés. Globule est également compatible avec ETICSS ce qui permet de synchroniser les cercles de soins et d'obtenir les informations directement dans le logiciel eParcours régional.

Dans cette optique et de manière systématique, les professionnels de santé libéraux sont incités au recours de Globule dans le cadre de leurs actions de coordination de proximité avec leurs partenaires.

👉 Développer et déployer le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) 2.0

Le dossier communicant de cancérologie (DCC) devient le pivot de cette stratégie de numérisation au service du partage et de l'échange d'information. Le DCC a vocation à aider les professionnels de santé à mettre en place une prise en charge coordonnée, de qualité et personnalisée pour chaque patient. Il permet à chaque acteur de disposer de la bonne information médicale au bon moment. Il rassemble les documents clés du parcours cancer (FRCP et PPS) qui doivent être accessibles depuis le dossier patient informatisé (DPI) d'une structure, du SI d'une plateforme d'appui à la coordination territoriale, du logiciel d'un professionnel de santé via le DMP et de manière obligatoire depuis MES pour le patient.

Le DCC est complémentaire au DMP. Depuis 2022, l'INCa anime un projet d'Evolution des plateformes régionales du DCC (aussi libellé Production, déploiement et exploitation au sein de Mon Espace Santé du programme personnalisé de soins en cancérologie) qui opposera à tous les éditeurs de DCC un référentiel d'exigences minimales (REM) avec une forte ambition sur la standardisation et la circulation des informations médicales de manière sécurisée. Les documents métier, FRCP et PPS sont au centre de toutes les exigences avec une volonté de réussir la généralisation de l'usage du PPS sur le modèle de la FRCP.

Objectif du projet : élaborer le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) régional 2.0 en l'inscrivant dans une logique parcours. Dans le cadre de sa stratégie régionale de santé et particulièrement des volets numérique et parcours cancer, l'ARS BFC, le réseau OncoBFC et le GRADeS BFC ont travaillé ces dernières années au déploiement du DCC et d'outils numériques dédiés (notamment la visioconférence) auprès de tous les acteurs référents du parcours cancer.

Ce déploiement terminé, l'étape suivante est d'initier la mise en œuvre du futur outil régional DCC afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé du cancer, à l'amélioration de la prise en charge des patients et aux exigences du cadre national.

L'enjeu est de faire évoluer l'outil numérique DCC en s'appuyant sur ses points forts développés depuis des années et en apportant des évolutions pour une solution « augmentée » sur les sujets suivants :

- La coordination et parcours de soins ;
- Le partage des données et interopérabilité ; Le décisionnel (pilotage et analytique) ;
- Le suivi du patient ;
- En vision exploratoire : l'accès en mobilité.

Une année de concertation sur le cahier des charges, 2 décisions : Définition d'une plateforme applicative DCC 2.0 selon les principes de mutualisation, de transversalisation et d'appui sur l'existant e-santé BFC (dont le décisionnel patientèle / populationnel et la plateforme e-Parcours eTICSS) Choix de la solution e-RCP Grand-Est portée par le GIP Pulsy en tant que module de RCP pour la cancérologie et sa généralisation à tous les autres parcours éligibles

Objectif été 2024 : 1ère version de plateforme DCC 2.0 déployée auprès des pilotes à la suite d'un travail de co-construction avec les acteurs métier

Objectif 3 : Appuyer la prise en charge pluri professionnelle

👉 Développer des modalités de prise en charge pluri professionnelles E-Parcours

Dans une logique de généralisation des usages de coordination, la plateforme ETICSS a vocation à devenir le support de la coordination « renforcée ». En plus d'être l'outil des DAC en région (Plus de 60 000 dossiers actuellement), d'autres acteurs s'apprêtent à rejoindre le cercle de soins pour bénéficier à la fois des données sur les patients mais également des fonctionnalités de la plateforme. Des structures prenant en charge ces patients complexes à différents stades de leur parcours sont formées et incitées à utiliser la plateforme : HAD, Centre de Ressource Technique, Equipe mobile de gériatrie, Equipe mobile de soins palliatifs...

L'objectif est de disposer pour tous de la bonne information au bon moment, et renforcer le lien entre les professionnels de santé pour une prise en charge pluri professionnelle de qualité sans perte d'information. A terme, la plateforme permettra aux professionnels de consulter les informations contenues dans les DMP des patients et d'y déposer les documents qu'ils jugent utiles, améliorant ainsi le partage d'informations aux patients et aux autres professionnels de ville et de l'hôpital qui les suivent.

Une fois alimenté par eTICSS, les patients et aidants autorisés disposeront d'un accès aux informations relatives à leur e-parcours dans Mon Espace Santé.

Les travaux en cours de déploiement visent à systématiser les usages notamment en renforçant le lien DAC/établissement de santé dans chaque département en fonction des besoins prioritaires.

Pour les prises en charge spécialisées, certains parcours ont vocation à être généralisés dans la région ; l'objectif étant de faire bénéficier ces innovations évaluées aux autres structures / professionnels du soin :

- EMNO (prise en charge coordonnée de patients souffrant d'obésité) : permet une prise en charge pluri professionnelle des patients en proposant une innovation organisationnelle (Art 51) et un outil formalisant la prise en charge et bénéficiant de remontée populationnelle de la patientèle
- PMND (consultation dans le cadre de maladies neuro dégénératives) : généralisé aux centres mémoires en remplacement de l'ancien applicatif avec envoi des données à la Base de données Nationale française Alzheimer (BNA).
- REPPPOP (suivi des enfants en situation d'obésité) : généralisé dans les différents lieux de prise en charge.

A noter que chaque parcours bénéficie d'amélioration continue à la fois des fonctionnalités métiers et des fonctionnalités techniques.

De nombreuses sollicitations d'acteurs variés permettent de créer les eParcours de demain sur des thématiques différentes. On peut citer actuellement les demandes suivantes : périnatalité, sclérose en plaques, thromboses...

L'objectif est de proposer aux acteurs de façon plus rapide des solutions génériques permettant de répondre à leurs besoins tout en intégrant des spécificités liées à la pathologie. Ces solutions visent le décloisonnement de l'information tout en assurant sécurité et traçabilité lors de toutes les étapes de prise en charge du patient, qu'il soit en établissement (sanitaire ou médico-social), pris en charge à son domicile ou en EHPAD.

Dans un objectif de maximiser le partage d'information, notamment pour les libéraux, des passerelles entre les différents outils sont en cours de développement : Plateforme eTICSS, Globule, MSS, outils métier des professionnels de santé, DMP. Ces interopérabilités permettent d'éviter les ressaisies d'information en favorisant les échanges.

Les patients bénéficient également des avancées technologiques et pourront bientôt directement répondre à des questionnaires de façon simple et sécurisé qui alimenteront les différentes solutions. Ces solutions en mobilités sont renforcées afin de fluidifier les usages et favoriser l'articulation entre les acteurs.

Enfin certaines fonctionnalités sont en cours de développement pour être mises à disposition des professionnels de santé : appels contextuels depuis un logiciel métier ou un appel téléphonique, possibilité de déclencher des outils complémentaires comme la plateforme de télémédecine ou l'outil de concertation pluridisciplinaire, interface avec les outils nationaux comme Via Trajectoire afin de récupérer de façon automatisée les différents éléments.

Objectif 4 : Accompagner au long cours les professionnels de santé / du soin : soutien aux usages des services numériques en proximité

☞ Participer à la formation initiale et continue des professionnels de santé, notamment les IPA

Le soutien à la formation se traduit par un travail de réflexion collaboratif avec les universités autour des contenus de formation et l'application de l'arrêté du 10 novembre 2022 relatif à la formation socle au numérique en santé des étudiants en santé. Les équipes de l'ARS se mobilisent pour accueillir des stagiaires en formation et pour intervenir sur demande en cours magistraux.

Exemples d'actions :

- ☉ Nouer des partenariats avec les universités et écoles de la région pour co-construire des parcours de formation adaptés aux spécificités des établissements de santé, GHT, ou GRADeS.

Objectif 5 : Encourager le déploiement et l'usage des outils numériques dans le sanitaire et le médico-social au travers des programmes nationaux Ségur numérique : SUN ES, ESMS numérique

🔗 Programme SUN ES

Le programme SUN-ES pour « Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé » poursuit les efforts engagés par l'état pour amener l'ensemble des établissements sanitaires vers un plus grand niveau de maturité de leur système d'information, nécessaire pour assurer une meilleure prise en charge des patients grâce au partage sécurisé de leurs données.

L'ambition est de soutenir financièrement les établissements sanitaires sur la base d'atteinte d'objectifs d'usages relatifs aux services socles du Ségur numérique (objectif : plus de 90 % de l'activité combinée des établissements en BFC).

L'objectif du programme SUN ES est donc d'emmener l'ensemble des établissements et structures sanitaires vers l'intégration et les usages des services socles du Ségur numérique.

Il privilégie ainsi la production et la transmission de documents de santé dans le but d'enrichir, via le DMP, le nouvel espace numérique de santé MES et promeut l'usage des messageries sécurisées de santé dans l'espace de confiance MSS.

🔗 Programme ESMS numérique

Le numérique constitue un levier structurant afin d'accompagner la transformation de l'offre des ESSMS mais le constat global actuel est celui d'un retard des usages du numérique dans le secteur social et médico-social. Le programme ESMS numérique représente une opportunité historique pour le secteur de monter en compétences sur ce domaine à travers l'acquisition ou la montée de version du Dossier Usager Informatisé utilisé dans les structures. L'objectif est de développer l'usage de cet outil mais également des services et référentiels socles définis dans le cadre du Ségur du numérique afin de permettre aux professionnels du social et du médico-social d'échanger de manière fluide et sécurisée avec les autres acteurs de la santé du territoire dans une optique d'amélioration du suivi de la personne accompagnée.

L'ARS BFC a pour objectif de permettre à un maximum d'ESSMS de se saisir de cette opportunité en apportant un accompagnant qualitatif et adapté à chaque organisme gestionnaire embarqué dans ce programme à l'aide du GRADeS BFC qui apporte une expertise fonctionnelle ainsi que du collectif SI MS qui apporte une expertise méthodologique et permet d'adapter les actions menées sur le territoire au plus près des besoins des ESSMS.

Pour acculturer et soutenir les ESSMS dans cette démarche, l'ARS BFC, le GRADeS BFC et le collectif SI MS mettent en place des actions de promotion (webinaires régionaux, rencontres locales, rencontres en bilatéral, journées régionales, ...) et d'accompagnement (accompagnement personnalisé à travers des RDV mensuels, organisation d'ateliers favorisant l'échange et le partage d'expériences, aide à l'appropriation d'outils et de méthodologies, sensibilisation des professionnels des structures, ...). Ces actions ont pour objectifs de :

- Acculturer les structures du secteur social et médico-social aux enjeux du numérique notamment la plus-value pour les professionnels et les personnes accueillies
- Soutenir les organismes gestionnaires engagés dans le programme ESMS numérique dans le déploiement du Dossier Usager Informatisé et son utilisation au sein des structures.

Déployer et développer les usages des services et référentiels socles du Ségur du numérique notamment le Dossier Médical Partagé (DMP), la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS), l'Identité National de Santé (INS) et le service ProSantéConnect dans le secteur social et médico-social

3.2.3. AXE 3 : AMELIORER L'ACCES A LA SANTE POUR LES PERSONNES ET LES PROFESSIONNELS QUI LES ORIENTENT

Le numérique en santé peut permettre d'apporter des réponses concrètes aux tensions d'accès à la santé dans les territoires. Cela passe d'abord par l'amélioration de l'accès à l'information sur la santé et l'offre de santé, par spécialité, et l'accompagnement des personnes pour trouver un médecin traitant. Le développement ordonné de la télésanté dans les zones sous-denses et pour des parcours de santé prioritaires permet aussi de contribuer significativement à l'accès à la santé. En parallèle, les efforts sont poursuivis sur les programmes Service d'Accès aux Soins (SAS) pour contribuer à maintenir un accueil de qualité et régulé aux services d'accueil des urgences des établissements dans les meilleures conditions.

Rappel des actions de la Feuille De Route nationale du numérique en santé 2023-2027

- Renforcer l'information des patients et des professionnels sur la santé et l'offre de santé dans les territoires
- Développer l'usage de la télésanté dans un cadre régulé et éthique
- Promouvoir et articuler entre elles les plateformes numériques professionnelles de régulation médicale et de prise en charge urgente
- Diffuser largement l'appli carte Vitale et l'Identité Nationale de Santé (INS)

1) DECLINAISON REGIONALE : AXE 3 « ACCES A LA SANTE » - OBJECTIFS

Objectif 1 : Faciliter l'information des patients et des professionnels de santé sur l'offre de santé dans les territoires

☞ Rendre exhaustif et mettre à jour le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

Le ROR est un annuaire présentant les ressources de l'écosystème santé/médico-social à l'échelon régional. Il centralise la description de l'offre de santé des structures du territoire national et alimente les services numériques régionaux ou nationaux sur les champs sanitaire et médico-social.

Afin d'améliorer la complétude et la qualité du ROR, un accompagnement des établissements sanitaires et médico-sociaux vient appuyer la saisie des informations.

Les professionnels libéraux, en lien avec les CPTS et les DAC sont également impliqués pour favoriser l'exhaustivité des données.

☞ Alimenter et faire connaître Sante.fr

Santé.fr est un service numérique national qui a pour finalité l'information au grand public. Il est alimenté automatiquement à partir du ROR (données publiques uniquement).

Afin d'assurer une diffusion large de ce service, L'ARS BFC s'appuie sur les instances de démocratie sanitaire (CRSA, CTS) qui pourront s'en saisir pour connaître l'offre de santé sur leur territoire et s'engager dans une logique de promotion auprès de l'écosystème.

Objectif 2 : Favoriser l'accès à la prise en charge à distance

Tous les professionnels de santé de la région ont à leur disposition une plateforme régionale de télésanté, accessible particulièrement pour l'activité de télé expertise.

Elle a pour ambition de :

- Diminuer les délais d'accès à certains examens et avis de spécialistes
- Optimiser le parcours de soins et donc proposer un parcours de soins mieux coordonné entre la ville et l'hôpital et une priorisation des actes médicaux :
 - Le médecin traitant prend des charges des pathologies en cabinet de ville plutôt que d'orienter le patient dans un centre hospitalier ou chez le médecin spécialiste libéral. Cela permet d'optimiser le temps médical des experts spécialistes de l'hôpital et de la ville
 - Le médecin spécialiste ne voit que les patients qui le nécessitent en leur proposant un rendez-vous plus rapide¹⁰ et en proximité contrairement aux plateformes de télémédecine dont l'expert peut se trouver à plus de 300 km voire plus
- Rompre l'isolement de l'exercice en médecine générale dans nos territoires ruraux

A partir de cet existant et des usages déjà marqués, les objectifs suivants sont :

- Développer le maillage de télé expertise dans toutes les spécialités possibles en premier lieu au bénéfice des territoires où la densité médicale est la plus faible : Neurologie, dermatologie, cardiologie, endocrinologie, rhumatologie, maladies infectieuses...
- Stabiliser et développer un pool régional de spécialistes (centres ressources territoriaux...) pouvant intervenir en télé expertise dans les territoires en fragilité
- Prioriser les logiques de téléconsultations avec assistance et parcours assistés en présence de professionnels de santé ou objets connectés en veillant à permettre un accès facilité aux soins d'aval
- Déployer de nouvelles télé spécialités en télé expertise

Objectif 3 : Déployer le Service d'Accès aux Soins (SAS)

↳ Généraliser le déploiement du SAS (Service d'Accès aux Soins)

Le SAS a pour ambition de répondre à la demande de soins urgents ou non programmés de la population de Bourgogne Franche-Comté et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de la régulation en région et de la ville pour un même territoire. Les patients de Côte d'or et de la Nièvre en bénéficient d'ores et déjà et l'extension sur la Franche-Comté, la Saône et Loire et l'Yonne est programmée sur l'année 2023.

¹⁰ 30% des téléexpertises en dermatologie conduisent à une consultation en présentiel ou à une chirurgie

Objectif 4 : Appui aux structures et professionnels sur l'Identitovigilance permettant le bon usage de l'Identité Nationale de Santé (INS)

👉 Favoriser la diffusion et l'utilisation d'une identité sanitaire universelle et pérenne

Plusieurs actions sont menées pour favoriser la diffusion et l'utilisation de l'Identité Nationale de Santé (INS) auprès des établissements sanitaires et des ESSMS :

- Comités régionaux d'identitovigilance (CRIV) : instance de concertation destinée aux référents identitovigilance des structures et aux représentants régionaux des acteurs concernés ; l'objectif est d'informer les établissements des actualités relatives à la politique nationale et régionale d'identitovigilance, de partager l'état d'avancement du déploiement de l'INS dans les différents établissements de la région, d'échanger sur d'éventuelles difficultés rencontrées par les acteurs régionaux et qui seront ensuite remontées à l'ANS.
- Réunions de sensibilisation au Référentiel national d'identitovigilance (RNIV) : destinées aux professionnels des structures sanitaires ou médico-sociales, elles ont pour objectif de favoriser les échanges, de recueillir les questionnements sur la mise en œuvre de l'identitovigilance et de l'INS dans les structures, afin d'alimenter les réflexions autour des axes de travail au sein de la cellule régionale d'identitovigilance. Un focus sera réalisé auprès des structures médico-sociales pour les amener vers un niveau de maturité satisfaisant pour leur alignement avec les référentiels d'identitovigilance et les outils impliquant l'INS.

Le suivi du déploiement de l'INS s'effectue sur la base des fichiers mensuels d'appel à l'INSi fournis par le GIE Sesam Vitale.

L'appui aux structures est mené par l'ARS BFC, le GRADeS BFC et le RéQua (Réseau Qualité en santé). Les établissements sont en contact avec les référentes régionales pour soumettre des interrogations relatives à l'identitovigilance ou à l'INS. Selon les difficultés rencontrées, une réponse graduée est apportée par le GRADeS BFC et le Requa (mail, FAQ, échanges téléphonique ou en visio, accompagnement in situ...).

3.2.4. AXE 4 : DEPLOYER UN CADRE PROPICE POUR LE DEVELOPPEMENT DES USAGES ET DE L'INNOVATION NUMERIQUE EN SANTE

Face au contexte géopolitique international, la vigilance cyber mérite d'être décuplée avec des moyens à la hauteur des enjeux, notamment pour les ESSMS qui accusent encore un retard important, en priorisant les opérateurs de services essentiels.

Il s'agit également d'appuyer et réguler le développement du numérique en santé pour s'assurer qu'il contribue à la continuité et à la fluidité de notre système de santé. Pour cela, il est nécessaire de renforcer les démarches d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique, et de s'assurer qu'elles sont effectivement respectées et mises en œuvre par tous les acteurs du secteur.

L'ensemble se construit dans un cadre transparent, en renforçant l'attractivité du secteur en termes de talents et en développant une stratégie ambitieuse sur la réutilisation des données au service de la recherche, de l'innovation et du pilotage.

Dans l'ensemble de cette approche, la donnée de santé reste notre fil rouge. Elle a un rôle central, sur toute la chaîne, avec son recueil primaire, sa qualité, sa structuration, son partage sécurisé et sa réutilisation pour la recherche, l'innovation et l'amélioration des politiques publiques. C'est pour cela qu'il est essentiel de construire une doctrine sur la sécurisation et l'utilisation des données de santé dans un cadre réglementaire et éthique.

La région participe activement aux différents travaux nationaux de définition et d'ajustement de cette doctrine et aura la responsabilité de sa déclinaison au niveau territorial.

Rappel des actions de la feuille de route nationale du numérique en santé 2023-2027

- *Renforcer massivement la cyber dans les établissements, notre souveraineté sur l'hébergement et notre résilience face aux futures crises sanitaires*
- *Systématiser la co-construction de référentiels d'exigences, secteur par secteur, en sécurisant la conformité des solutions utilisées par les acteurs de santé*
- *Attirer des talents du numérique vers la santé*
- *Développer la recherche en santé numérique et en particulier l'utilisation secondaire des données de santé*

1) DECLINAISON REGIONALE : AXE 4 « CADRE PROPICE » - OBJECTIFS

Objectif 1 : Déployer une stratégie régionale garante des principes de la e-santé

La stratégie proposée repose sur une organisation et des valeurs socles qui garantissent l'articulation et la cohérence des projets de e-santé.

Organisation régionale

A l'échelle régionale, l'ARS travaille étroitement avec le GRADeS BFC qui est « l'opérateur préférentiel de l'ARS pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'e-santé »¹¹. Les acteurs publics et privés sont au cœur de cette organisation :

- Établissements sanitaires publics, privés, à but non lucratif
- Établissements médico-sociaux et sociaux publics, privés, à but non lucratif
- Professionnels de santé libéraux et les organisations de coordination

Pour le secteur médico-social, l'ARS et le GRADeS peuvent s'appuyer sur le collectif SI MS qui regroupe des directeurs ou responsables des systèmes d'informations (ou faisant fonction) dans les ESMS afin de développer l'utilisation du numérique dans ce secteur. Ce collectif a pour mission d'acculturer les ESSMS au numérique ainsi que leur permettre de s'approprier les outils et les méthodologies sur ce sujet.

Gouvernance

La gouvernance régionale de la e-santé s'appuie sur un Comité Stratégique régional e-santé (COSTRA). Cette instance de concertation stratégique réunit les représentants des usagers, les acteurs publics et privés de l'écosystème santé-social concernés par le numérique en BFC. Elle permet une meilleure coopération au niveau territorial.

Objectifs et financements

L'ARS BFC reçoit les orientations de sa politique e-santé du Ministère de la santé et de la prévention et détermine sa politique régionale en e-santé dans le présent document.

Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) établis entre l'ARS BFC et ses partenaires définissent les objectifs et les moyens à engager sous la forme de programmes, de projets et d'actions dans le numérique.

Les programmes nationaux peuvent être financés par le FMIS et les AC.

Les projets régionaux définis par l'ARS BFC peuvent être financés par le FIR et en lien avec la Région par le FEDER.

Les projets régionaux mutualisés entre certains des membres sont financés par ceux-ci.

Transversalité

La politique régionale en e-santé s'adresse aux secteurs sanitaire, médico-social, social et de la prévention.

Territorialisation

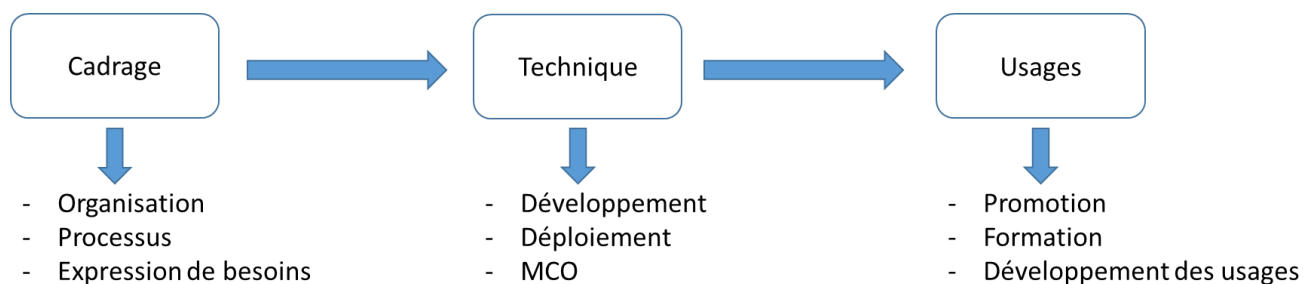
La politique régionale en e-santé s'adresse à l'ensemble des territoires en s'appuyant sur les organisations et les spécificités locales.

Une chargée de mission est chargée de faire le lien entre la politique régionale e-santé et les enjeux territoriaux et adapter les développements du numérique selon les contextes et les besoins locaux.

Méthode

Pour les projets régionaux définis par l'ARS BFC, un double pilotage est mis en place entre le département e-santé (stratégie) et le GRADeS BFC (opérationnel).

¹¹ *Instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie e-santé en région.*



Comme le cadrage et la technique déterminent les usages, les méthodes de développement des projets régionaux s'appuient sur les logiques de co-construction (utilisateurs, informaticiens, organisateurs, usagers).

Les projets régionaux reposent sur un principe de travail collectif dans un territoire donné, ex : eTICSS sur un parcours et dans un périmètre géographique, Globule pour un chat entre équipes pluridisciplinaires d'un secteur, télémédecine entre professionnels sur une filière de prise en charge.

Innovation

La politique régionale e-santé intègre un volet innovation pour développer des expérimentations au service des professionnels de santé et des patients.

2 axes majeurs seront privilégiés :

- Projets s'appuyant sur l'intelligence artificielle
- Projets exploitant les données à travers le système d'information décisionnel (approche patientèle, populationnelle, statistique).

Promotion

L'ARS BFC et le GRADeS BFC portent un effort important à la promotion des services numériques nationaux et régionaux auprès des partenaires de l'écosystème en priorité, mais également auprès de la population lorsque cela est opportun :

- Communication institutionnelle
- Communication événementielle
- Communication numérique (réseaux sociaux, web, newsletters)

Ethique et sécurité

La politique régionale e-santé intègre un volet précisant des actions autour de l'éthique du numérique au regard des impacts engendrés par la dynamique autour du numérique.

La cybersécurité devient une priorité dans la mise en œuvre des systèmes d'information de santé (projets régionaux et systèmes locaux).

Exemples d'actions :

- 🕒 Créer un comité d'éthique régional e-santé adossé au COSTRA

Objectif 2 : Appuyer le développement de la cybersécurité

La santé connaît aujourd'hui un formidable essor du numérique. Les cyber-risques sont à l'image de cet essor : ils augmentent, et les établissements de santé y sont d'autant plus vulnérables qu'ils sont chaque jour particulièrement sollicités et sous tension. Aussi, les établissements de santé constituent une cible privilégiée pour les attaques malveillantes : inégalement matures face au numérique et source exponentielle de données personnelles.

Dans ce contexte, la première ambition consiste en la mobilisation stratégique des établissements et de leurs directions afin que des moyens, humains et financiers, adaptés aux enjeux soient octroyés à l'amélioration de la cybersécurité de leurs systèmes d'information.

A cet effet, la région déploie une démarche d'accompagnement visant à faire réaliser à chaque établissement sanitaire, un premier exercice de crise d'ici à fin 2024.

Le renforcement des systèmes d'information passe par la mise en place d'outils de sécurité qu'il convient d'appuyer dans le cadre de programmes nationaux, de démarches régionales ou encore via des mutualisations.

C'est dans cet optique que sont promus par l'ARS BFC l'utilisation des services d'audit mis à disposition par les agences nationales (ANS, ANSSI) et le remplissage de l'Observatoire Permanent de la Sécurité des Systèmes d'Information des établissements de Santé (OPSSIES), mis en œuvre par la DGOS.

Enfin, sensibiliser les utilisateurs des systèmes d'information des établissements aux bonnes pratiques de sécurité informatique constitue une priorité pour améliorer la résilience des établissements face aux cybermenaces.

Pour ce faire, il est ambitionné de développer l'offre mise à disposition au travers du GRADeS contenant à date un jeu sérieux visant à la découverte des principes d'hygiène informatique, un outil d'apprentissage en ligne des bonnes pratiques de sécurité ou encore un service de simulation d'hameçonnage.

Objectif 3 : Appuyer le développement de l'interopérabilité avec les outils nationaux et régionaux

La coordination des soins nécessite le partage organisé d'informations entre les intervenants qui sont amenés à prendre en charge un patient.

Dans cette optique, le système d'information régional doit concourir à fluidifier les échanges documentaires en :

- Alimentant le DMP de tous les documents éligibles produits en son sein,
- Permettant un accès facilité aux documents contenus dans le DMP de chaque patient pris en charge,
- Garantissant la mise en œuvre de l'INS par les structures et les professionnels : nécessité de l'INS pour alimenter le DMP

Dans le cadre de ce découplage ville / hôpital / médico-social, l'interopérabilité entre les systèmes d'informations hospitaliers et les outils régionaux permet de mettre à disposition les informations relatives aux entrées – sorties au sein des établissements de santé.

Par ailleurs, les outils régionaux doivent être facilitant et constituer un facteur de gain de temps pour les professionnels de santé. Aussi, l'interopérabilité entre les outils métiers de ces derniers et la plateforme régionale doit permettre d'éviter des ressaisies que ce soit pour les informations administratives, les données de facturation ou encore la planification des rendez-vous.

Objectif 4 : Développer le Système d'information Décisionnel (SID) régional, permettant des approches statistiques, patientèle et populationnelle

Le Système d'information Décisionnel (SID) régional permet de récupérer l'ensemble des données issues des projets régionaux de façon anonymisée : Télésanté, ROR, ETICSS...

Cet entrepôt de données sécurisées permet à chaque acteur d'obtenir une restitution personnalisée en fonction de son besoin, vision patientèle, populationnelle ou administrative.

La valorisation de ces données est un des enjeux majeurs, pour alimenter des projets d'intelligence artificielle de type deep learning avec les données collectées ou pour valider des modélisations spécifiques avec les données recueillies.

En lien avec les professionnels de santé, un lien avec le Health Data Hub peut être envisagé afin de mener des recherches spécialisées en récupérant par exemple des données de la ville en consommation de soins ou de médicaments.

Ces projets font l'objet d'une sécurité renforcée, d'une validation RGPD précise, ainsi qu'une réflexion éthique avancée quant à leur utilisation.

Le SID a pour ambition d'être étendu à un plus grand nombre de professionnels, en incluant des fonctionnalités supplémentaires comme la possibilité pour certains utilisateurs de créer eux-mêmes leurs rapports.

Objectif 5 : Assurer la souveraineté de l'hébergement des données de santé en région

- 🔗 *Mettre à disposition un hébergement souverain et certifié pour accueillir des données de santé régionales*

Avec l'appui de la Région BFC, le GRADeS BFC poursuit l'exploitation d'un environnement disposant de la certification « hébergement de données de santé ». Au regard de la sensibilité, c'est un service de haute valeur ajoutée pour les professionnels de santé et les patients bénéficiant au final d'un hébergement souverain des données en région.

LE GRADeS dispose ainsi d'une maîtrise de l'environnement technique, une capacité d'engagement et une réactivité dans les projets e-santé comme en atteste la mise en œuvre du dispositif de contact tracing SORMAS dans le contexte d'urgence COVID.

L'objectif pour les prochaines années est de maintenir cette capacité régionale à héberger les projets numériques régionaux et répondre aux besoins des partenaires qui souhaitent s'appuyer sur cet environnement sécurisé et répondant aux contraintes réglementaires.

La démarche de certification du GRADeS (certification ISO 27001) s'inscrit dans la même logique avec une recherche d'expertise et de maîtrise de l'ensemble des processus de pilotage et de gestion.

Objectif 6 : Inscrire la région BFC dans le dispositif COMET et de mutualisation interrégionale

La stratégie régionale du numérique en santé s'inscrit dans le programme national COMET (Convergence Mutualisation et Efficience Territoriale) en recherchant, pour chacune des briques du système d'information régional, la conformité à la doctrine technique du numérique en santé :

- Usage des référentiels nationaux (INS, FINESSE, RPPS+, etc.)
- Alimentation des services socles (MSS, DMP, ROR, etc.)
- et de manière transversale : Respect des trois règles fondamentales pour les services eSanté :
 - Sécurité via le respect de la PGSSI-S
 - Interopérabilité via la conformité au CI-SIS
 - Ethique via l'adéquation au CENS)

Les acteurs régionaux s'engagent également dans la mutualisation interrégionale visant à :

- Adopter ou partager des solutions développées et mises à disposition par la BFC
- Intégrer dans l'Espace Numérique Régional de Santé des solutions développées par d'autres régions.

Objectif 7 : Participer à la recherche de financements (AAP, FEDER...)

Dans le cadre de recherche de financements complémentaires (appels à projets nationaux, FEDER, etc...), l'ARS et le GRADeS BFC peuvent appuyer les projets innovants et s'inscrivent dans la logique de la fiche SRS e-santé.

3.3. INNOVATION ORGANISATIONNELLE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les défis régionaux présentés dans le cadre d'orientation stratégique apportent un éclairage sur les enjeux qui s'imposent aux acteurs dans un contexte difficile mais aussi porteur d'initiatives. Les dynamiques locales se construisent pour surmonter des problématiques afin de répondre au mieux aux besoins de la population et fluidifier les parcours de soins et de santé. En ce sens, l'innovation trouve un terrain particulièrement fertile en région. Les approches présentées dans le schéma régional de santé autour l'attractivité, des parcours de santé, de l'offre de santé démontrent la nécessité de renforcer l'accompagnement des acteurs à trouver de nouvelles réponses par le biais d'organisation renouvelée et de modèles de financement différents. Pour se faire, différents dispositifs existent permettant d'apporter le soutien nécessaire aux acteurs.

Les expérimentations innovantes dites article 51

Le décret du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale traduit les intentions de l'article 51 de la loi de financement pour 2018. Celui-ci ancre dans le paysage de la santé différentes catégories d'expérimentations reposant sur des dérogations d'organisation et/ou de financement. Cette démarche de transformation de l'offre en santé vise à faire émerger des organisations innovantes permettant l'amélioration du parcours des personnes, l'efficacité du système de santé et de l'accès aux prises en charge et aux accompagnements.

L'enjeu de ces expérimentations, dont la durée maximale est de 5 ans, est d'encourager, d'accompagner et d'accélérer le déploiement d'organisations innovantes en santé et de nouveaux modes de financement afin d'inciter à la coopération entre les acteurs, notamment à travers des objectifs d'efficacité, d'une meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des prises en charge. Le cadre expérimental prévu ouvre la possibilité de déroger à de nombreuses dispositions législatives de financement et d'organisation. Un fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) a également été créé pour accompagner ces expérimentations au niveau national.

Le dispositif a été conçu pour permettre aux acteurs de pouvoir proposer des projets d'expérimentation. Il est volontairement très ouvert.

L'esprit des expérimentations dites Article 51 est de répondre à ces problématiques de terrain qui ne trouvent pas de réponse dans le droit actuel, dans une perspective de généralisation. Il n'est donc pas étonnant de voir apparaître, dans les territoires, des projets en réponse aux défis auxquels doit faire face notre système de santé.

Selon le rapport au Parlement de la rapporteure générale de 2019, « *L'article 51 est au coeur de l'ambition de transformation de Ma Santé 2022. Sa méthode, c'est de faire la place à l'innovation organisationnelle et de l'accompagner. Cela suppose que les pouvoirs publics travaillent autrement avec les parties prenantes du système de santé, de façon plus partenariale et collaborative. Cette conviction, la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, l'a portée dès le début de son mandat.* » L'article 51, c'est bien cela : permettre à toute personne ayant un intérêt à agir dans le système de santé de proposer de nouveaux modèles d'organisation ou de financement et de les tester en vie réelle.

En Bourgogne-Franche-Comté :

Depuis cinq ans, le dispositif Article 51 en Bourgogne-Franche-Comté est très actif et ce, dès son démarrage au printemps 2018. Effectivement, les acteurs régionaux ont été les premiers à se voir autorisés leur projet d'expérimentation dérogatoire, avec le projet DIVA porté par le CHU de Dijon et EMNO porté par le Docteur Gauthier. En 2023, cinq projets régionaux sont autorisés sur des thématiques variées : suivi post AVC et post infarctus du myocarde (DIVA), obésité (EMNO), addictions (EQUIP'ADDICT), allergies (ANGELE) et les soins dentaires (régulation dentaire). Impliqués dans les projets à dimension nationale, les expérimentateurs de Bourgogne-Franche-Comté sont nombreux avec plus 70 structures ou professionnels engagés dans une expérimentation Article 51. (cf. cartographie ci-dessous).

L'ensemble des cahiers des charges des expérimentations autorisées dans le cadre de l'article 51, qu'elles soient régionales ou nationales, est consultable sur le site du ministère de la santé et de la prévention¹².

Le conseil national de la refondation

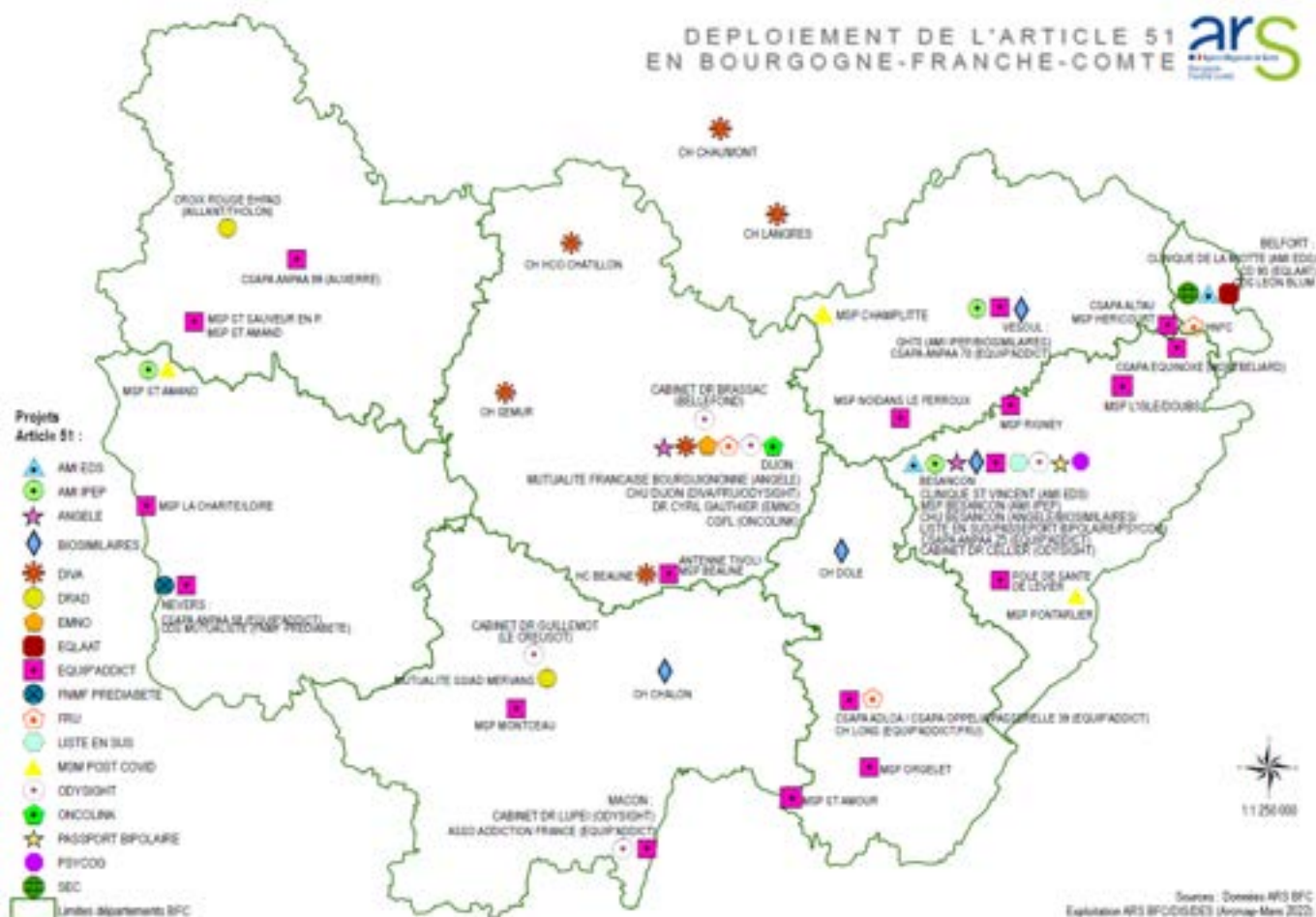
Nouvelle méthode de concertation et de transformation pour répondre au défi des grandes transitions écologiques, démographiques, numériques auxquelles notre pays est confronté, le conseil de la refondation a été mis en place en septembre 2022 par le Président de la République. La démarche répond à l'expression d'une attente démocratique des Français, qui souhaitent être davantage associés à la conduite de l'action publique. Le CNR doit permettre de s'y investir davantage, d'en assurer la proximité et l'efficacité, aux côtés des institutions.

Selon le ministre de la prévention et de la santé, la situation du système de santé implique une mobilisation de l'ensemble des parties prenantes. Citoyens, usagers, élus, professionnels de santé doivent se rassembler dans un esprit de responsabilité partagée pour trouver des solutions concrètes et adaptées aux besoins des territoires. Le Conseil national de la refondation en Santé (CNR Santé) apporte un espace permettant que cette mobilisation se concrétise. L'objectif est de réunir toutes les énergies aux niveaux local et national pour bâtir ensemble des réponses et inventer de nouveaux outils.

¹² <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-Ifss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours>

Notre ambition :

La démarche parcours, initiée en région à partir de l'approche des ruptures de parcours, a permis, et permet encore, de repérer les verrous du cadre règlementaire. Aussi, le dispositif article 51, avec l'appui de la stratégie numérique e-parcours, permet la construction collective de solutions et ainsi d'apporter une réponse concrète à nos professionnels et nos concitoyens. Les cinq années à venir bénéficieront de l'expérience acquise pour poursuivre le soutien et l'accompagnement des acteurs dans leur démarche d'innovation.



6) OBJECTIFS GENERAUX

Objectif 1 : Faciliter l'émergence d'innovations organisationnelles et financières

- ☞ *Promouvoir les initiatives locales aux niveaux régional et national*
- ☞ *Soutenir les porteurs de projets dans la définition de leur projet*
- ☞ *Faciliter le déploiement des expérimentations dans les territoires*

Exemples d'actions :

- ⊙ Diffuser les informations relatives au dispositif Article 51
- ⊙ Cadre d'accompagnement des porteurs de projet
- ⊙ Journée régionale autour de l'innovation et des projets existants

Objectif 2 : Soutenir les démarches innovantes des acteurs du système de santé

- ☞ Favoriser la concrétisation des innovations identifiées dans le cadre du CNR-Santé
- ☞ Accompagner, avec l'assurance maladie, les projets dans le cadre du dispositif Article 51 lorsque celui-ci est pertinent
- ☞ Orienter les acteurs vers le dispositif approprié

Exemples d'actions :

- ⦿ S'appuyer sur les 20 priorités identifiées par la CRSA dans le cadre du CNR-Santé
- ⦿ Soutenir le déploiement des actions CNR des conseils territoriaux de santé (Cf. livret Territoires)
- ⦿ Accompagner les acteurs dans la rédaction de leur cahier des charges
- ⦿ Valoriser les expérimentations existantes

Objectif 3 : Accompagner les acteurs du système de santé dans l'évolution de leurs organisations et de leurs pratiques

- ☞ Accompagner le changement dans les organisations
- ☞ Outiller les professionnels dans l'évolution de leurs pratiques

Exemples d'actions :

- ⦿ Soutenir le déploiement des projets
- ⦿ Analyser et traduire les besoins des acteurs
- ⦿ Participer aux travaux de généralisation aux côtés des acteurs nationaux

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Des collaborations institutionnelles renforcées pour faciliter l'accompagnement des porteurs de projet
- ☞ Des coopérations facilitées entre les professionnels de différents secteurs à partir de projets communs
- ☞ Une meilleure fluidité des parcours des personnes dans nos territoires
- ☞ Une contribution à l'évolution du cadre réglementaire par les initiatives locales et régionales

3.4. LES DONNEES AU SERVICE DE L'ACTION SANTE SOCIALE ET DE L'EVALUATION

3.4.1. LES DONNEES AU SERVICE DE L'ACTION

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Au sein du projet régional de santé sont déclinés de multiples processus visant à l'atteinte d'objectifs de natures différentes en mobilisant tous les acteurs de la région. Il y a là un défi en termes d'appui, de pilotage et d'évaluation auquel des outils et des démarches pour l'observation et le traitement des données de santé/social et de l'organisation du système de santé/social doivent répondre. Cette réponse doit s'appuyer sur des données probantes, partagées et disponibles dans un cadre validé que l'on peut qualifier de « data to action », autrement dit, utilisation et traitement des données, avec un objectif d'aide à décision et à l'action stratégiques et opérationnel. Ce traitement de données passe par le recueil, le croisement, l'analyse des données, mais également par la construction de modèles ou de simulateurs à partir des données. Cette nouvelle approche s'appuie sur les méthodes des « data scientistes ».

2) OBJECTIFS GENERAUX

Objectif général n°1 : disposer d'un état des lieux au lancement du projet

L'ORS s'est vu confier en 2016 la mission de réaliser un diagnostic initial, puis de le mettre à jour dans le cadre de la révision de 2023. Ce diagnostic est thématique et vise, pour chaque thème, à mettre en lumière les spécificités régionales en matière de déterminants de l'état de santé et à faire le point sur l'offre de santé (équipement et actions de prévention). Les 14 thèmes traités dans le cadre de ce diagnostic sont les suivants :

- La démographie : générale, âges en femmes de procréer et naissances, populations jeunes et âgées, personnes dépendantes.
- Les conditions socio-économiques, la précarité : personnes vivant seules, formation, population active, chômage et pauvreté.
- Les déterminants de santé : dépistages organisés, environnement, prévention.
- L'état de santé : mortalité par causes et morbidité.

Objectif général n°2 : Promouvoir et accompagner le développement du « data to action » au sein du système santé social régional et intégrer dès le début des projets l'usage des données probantes

Le concept de "Data to Action" dans le domaine de la santé se réfère à l'utilisation de données pour prendre des décisions et générer des décisions et des actions spécifiques avec pour objectifs l'amélioration du système santé social et évidemment l'amélioration de la santé des populations. C'est une tendance croissante en raison de la grande quantité de données de santé disponibles aujourd'hui. Les enjeux de cette approche sont multiples :

1. Amélioration de la prise en charge des patients : grâce à l'analyse des données, il est possible d'identifier plus précisément les besoins des patients, de personnaliser les traitements et d'améliorer la prévention des maladies, mais aussi d'analyser et de suivre la qualité et la pertinence des prises en charge.
2. Optimisation des ressources de santé et du système de santé/social : L'analyse des données permet de dimensionner le système santé social, d'identifier les inefficacités et de trouver des moyens de les réduire. Cela peut conduire à une meilleure allocation des ressources et appuyer les transformations.
3. Équité en santé : Le "Data to Action" peut aider à identifier et à combler les écarts de santé entre les différents groupes de population.
4. Surveillance et réponse aux épidémies : L'analyse des données a montré toute son importance dans la gestion de la crise COVID et plus généralement dans le suivi et la lutte contre la propagation des maladies.
5. Recherche et développement : Les données de santé peuvent être utilisées pour mener des recherches, développer de nouveaux traitements et améliorer les connaissances sur les maladies.

Cependant, il existe des défis associés à l'approche "Data to Action". La protection de la vie privée et de la sécurité des données est une préoccupation majeure, surtout lorsque les données sont sensibles, comme c'est le cas avec les données de santé. Il est également essentiel de garantir l'exactitude et la fiabilité des données utilisées.

Exemples d'actions :

- ⊙ Promotion de l'usage de la donnée par la co-animation ou l'appui aux structures suivantes : du réseau d'observation social et sanitaire (ROSS), de l'observatoire régional de la santé (ORS), du pôle fédératif en santé publique, ...
- ⊙ Co-construction de projets « data to action » inter régionaux avec le niveau national (DREES, DGOS).
- ⊙ Mise en place d'un système d'information décisionnel au sein du GRADES permettant d'accueillir et de croiser tout type de données, en particulier issues des outils de e-santé régionaux.
- ⊙ Mise en place des outils de traitement et de partage des données, analyses et indicateur : l'ARS s'est doté en 2020, dans le cadre de la crise COVID, des outils R Shiny et a fait monter en compétence ses équipes, permettant de développer et de mettre à disposition des rapports dynamiques donnant accès à des données structurées et à jour, pour les besoins internes ainsi que pour les partenaires. Cet outil permet de déployer différentes thématiques.
- ⊙ Mener des études ad-hoc pour analyser les questions complexes que les indicateurs ne permettent pas d'appréhender : études médico-économiques, simulations et scénarios permettant l'aide à la décision, modèle de financement fondé sur la dotation populationnelle. Pour ce faire des partenariats, notamment universitaires, sont mis en place.

Objectif général n°3 : définir les modalités d'évaluation de l'atteinte des objectifs des projets thématiques, parcours ou schémas

Les chefs de projet responsables des thématiques, des parcours, des schémas s'inscriront dans une démarche évaluative visant, en fonction des objectifs qu'ils auront définis, à déterminer les questions évaluatives et les indicateurs qui en découlent, les réponses qui pourront leur être apportées à travers le suivi d'indicateurs quantitatifs ou qualitatifs.

La section Pilotage du PRS de cette partie apporte plus de détail sur cette démarche évaluative.

Objectif général n°4 : mobiliser et mettre à disposition les données permettant l'alimentation et la mise à jour en continu des indicateurs retenus

Objectif opérationnel :

☞ Mobiliser les systèmes d'information accessibles par l'ARS ou en développant des partenariats pour disposer des données les plus fines et les plus à jour :

Données :

- données sur le recours aux soins ambulatoires ou hospitaliers : SNDS (Système national des données de santé), PMSI (Programme médicalisé des systèmes d'information)
- données sur l'offre issues des référentiels d'offre de soin : RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), Adeli (« Automatisation des listes »), Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux), ...
- informations sur les établissements, les prises en charge et les comportements issues des enquêtes nationales : SAE (Statistique annuelle des établissements), ES (Enquête des établissements sociaux), EHPA (Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), Baromètre santé...
- données épidémiologiques : inscriptions en ALD (Affection longue durée), incidences et prévalence par pathologie (SNDS), mortalité par causes (INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale)...
- tableaux de bord et études sur le champ médicosocial issus de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico sociaux), du CREA (Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité)...
- données sur les restes à charge : Place de la santé - L'Observatoire

3) PARTENARIATS

- Assurance maladie
- ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)
- ASIP (Agence des systèmes d'information partagés de santé)
- ORS (Observatoire régional de la santé)
- DREES
- ANAP
- CREA
- Mutualité française
- INSEE
- DREETS...

3.4.2. EVALUATION DU PRS

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Remarque préliminaire : Le processus d'évaluation du PRS a démarré en 2018 lors de la publication du PRS. Dans le cadre de la révision à mi-étape, les objectifs de cette fiche sont inchangés. Celle-ci tient compte cependant des travaux de suivi et d'évaluation réalisés pendant la première moitié du PRS.

Le pilotage du PRS repose à la fois sur l'implication de l'ensemble des parties prenantes, sur un suivi régulier et sur des évaluations ciblées aux étapes clés de la vie du projet.

Concernant ce dernier point, différents types d'évaluations seront conduites durant la durée du PRS. L'évaluation du SRS et du PRAPS entreprise en 2022 en est un exemple (*cf site Internet de l'ARS*).

Il s'agira alors de porter un jugement de valeur sur une politique, un programme, un dispositif, une organisation, une action.

Ces évaluations s'appuieront sur des observations statistiques et cartographiques fines – en région et dans les territoires – portant notamment sur les évolutions démographiques et l'état de santé des populations, ainsi que de l'offre globale de santé en prenant en compte les éventuels changements de contexte (politique, réglementaire...).

Elles s'appuieront également sur le diagnostic initial conduit par l'Observatoire régional de santé (ORS) en 2016, qui a servi de base à la construction de ce PRS mais aussi sur le diagnostic réalisé à mi-parcours (tous deux disponibles sur le site de l'ARS) et enfin le diagnostic préalable à l'élaboration du prochain PRS.

2) OBJECTIFS GENERAUX

Objectif général 1 : Mettre en œuvre différentes méthodes d'évaluation

Différents types d'évaluations pourront être conduites durant la durée du PRS :

- l'évaluation finale du PRS en tant que politique publique ;
- des évaluations intermédiaires portant sur des thématiques ou des dispositifs spécifiques comme cela a été le cas en 2022 ;
- des évaluations de dispositifs expérimentaux, préalable à toute extension ;
- des retours d'expérience formalisés.

Les diverses modalités évaluatives du PRS BFC

	Type d'évaluation	Investigation	Exemple de question évaluative	Procédure et périodicité
PRS et toutes ses composantes	Evaluation selon critères : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cohérence ✓ Pertinence ✓ Efficacité ✓ Efficience ✓ Si possible: impacts sur état de santé 	Analyse par levier de transformation <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implication des usagers <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en œuvre des parcours ✓ Territorialisation des politiques <ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordination des politiques 	En quoi le PRS a-t-il influé sur l'organisation du système de santé ?	Prestation externe <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 5 ans cf évaluation 2022 ⇒ 10 ans évaluation complète
Axes du SRS – dont projets prioritaires (hors parcours)	Bilan sur thématiques clés	Regard sur la mise en œuvre et réajustements envisagés <ul style="list-style-type: none"> ✓ Effectivité et avancement des actions ✓ Perspectives 		En interne <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 3 ans (intermédiaire)
Parcours de santé	Bilan « éclairé » commun à plusieurs parcours Evaluation transversale des parcours	Bilan : avancement et analyse par points de rupture partagés par 2 ou 3 parcours (parcours proches en termes de population et/ou pathologie) Evaluation transversale : regard global et analyse par « leviers de transformation » communs à tous les parcours	En quoi les parcours ont-ils fait progresser l'articulation entre les acteurs de la prévention, des soins et du médico-social ?	En interne <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 3 ans (intermédiaire) Prestation externe <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 5 ans (final SRS)
Actions expérimentales et dispositifs innovants	Retours d'expérience	Analyse de la pertinence et de la faisabilité d'une généralisation ou pérennisation	Quels sont les facteurs de réussite et leviers d'action ? Quels sont les freins ?	En interne ou externe selon l'envergure de l'action <ul style="list-style-type: none"> ⇒ En fin d'expérimentation
En continu : suivi régulier de la mise en œuvre du SRS				

Objectif général 2 : Baser les évaluations autour du concept de logique d'action

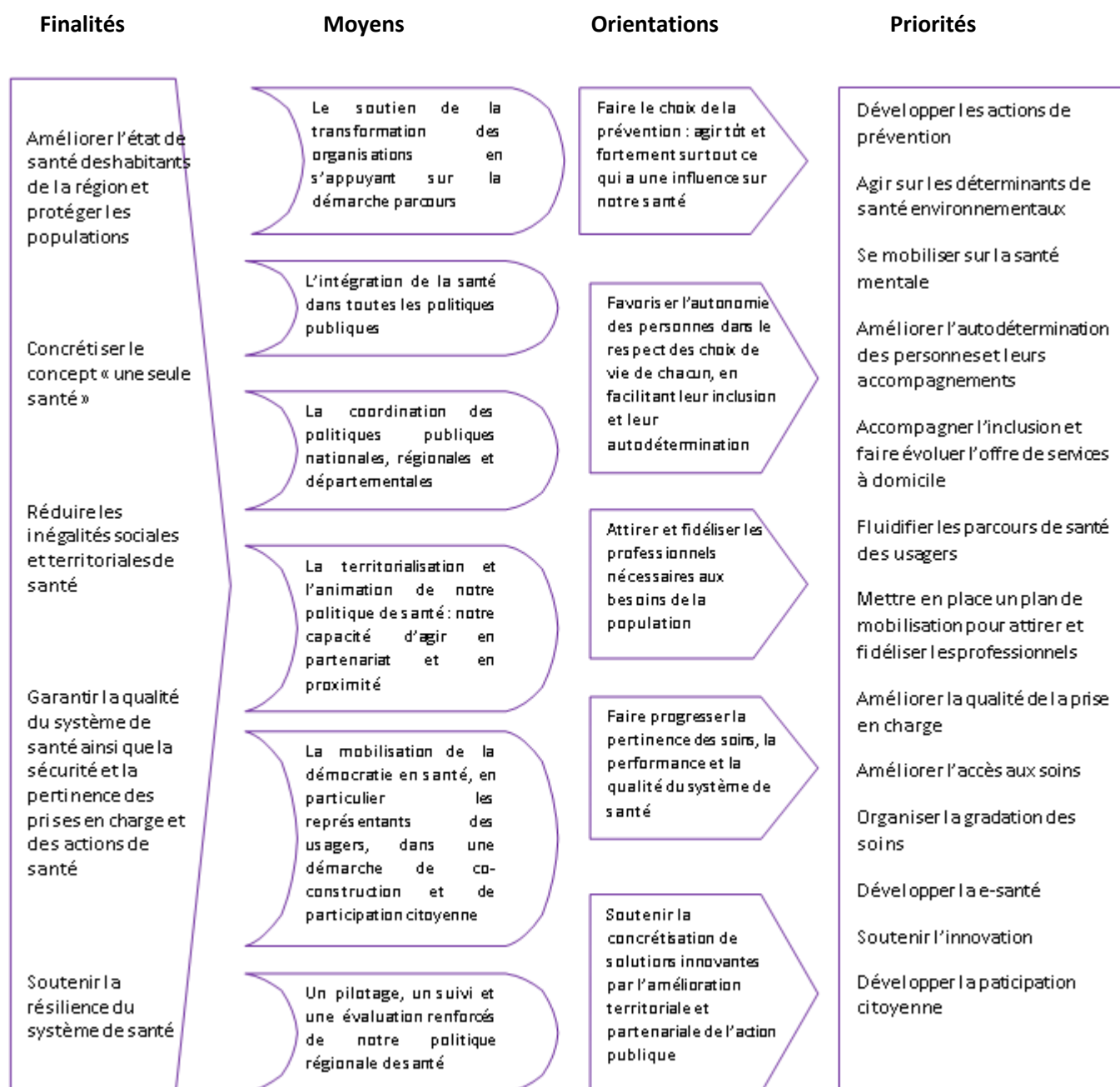
L'évaluation finale du PRS Bourgogne-Franche-Comté notamment et, si possible, celle des évaluations intermédiaires s'appuieront sur une méthode encore peu utilisée : celle de la logique d'action définie comme la chaîne des effets attendus entre une politique publique et les problèmes de santé qu'elle vise à remédier. Cette méthode permet de tester les hypothèses qui sous-tendent la politique portée par le PRS.

En empruntant un raisonnement analogue, les actions de prévention et promotion de la santé pourront être évaluées avec l'outil de catégorisation des résultats qui fait lui aussi l'hypothèse que la santé ne peut être atteinte qu'en passant par des stades intermédiaires.

La logique d'action (ou logigramme ou cadre logique) du PRS Bourgogne-Franche-Comté a été définie lors de son élaboration et sera le support de l'évaluation finale.

Cette logique d'action définit 4 moyens de transformation de notre système de santé régional sur lesquels sera évaluée et jugée notre politique.

Cf ci-dessous le cadre logique du PRS BFC pour l'évaluation finale



Remarques :

Il est nécessaire de faire la distinction entre les évaluations de politiques publiques ou d'actions innovantes décrites ci-dessus qui seront réalisées par l'ARS et les autres formes d'évaluation notamment d'actions ou de programmes qui seront portées par les acteurs eux-mêmes.

En effet, s'il est souhaitable que le maximum d'actions et programmes soient évalués et que cette évaluation doive être prévue dès leur conception, la réalité et les moyens disponibles limitent cette ambition. Les évaluations d'actions doivent donc d'être réalisées par les promoteurs eux-mêmes et relèvent donc de l'auto évaluation.

Quelques propositions d'indicateurs de pilotage

- Part de la population disposant d'une eau de qualité sanitaire
- Nombre d'actions avec addiction pour thématique (RRAPPS)
- Nombre d'élèves de 6ème en surpoids ou obésité (REPPPO)
- Pourcentage de personnes de plus de 65 ans vaccinées contre la grippe
- Taux de recours à l'IVG
- Incidence du VIH
- Taux de remplissage des formations paramédicales
- Nombre de professionnels (médecins) exerçant en BFC et formés dans la région
- Nombre de CESP signés installés
- Part des médecins qui font de la téléconsultation
- Nombre de projets d'expérimentations « article 51 ».
- Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal
- Taux de dépistage du cancer du sein au sein des communes les plus défavorisées
- Part des mères ayant réalisé un entretien prénatal précoce
- Taux de polymédication chez les personnes de plus de 75 ans
- Nombre de réclamation, EIG, EIGAS déclarés
- Pourcentage d'établissements certifiés
- Consommation d'antibiotiques en soin de ville
- Nb de structures pluriprofessionnelles MSP / CDS en fonctionnement
- Taux global de chirurgie ambulatoire
- Taux de recours à l'HAD en ESMS et à domicile, pour les personnes âgées
- Taux de ré hospitalisation à 30 jours
- Taux d'hospitalisation en provenance des urgences
- Taux de passage en UNV des AVC
- Population couverte par un CLS signé ou en cours de renouvellement
- Part du FIR consacré à la démocratie sanitaire
- Nombre de visites du site ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org et taux de rebond



Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

LIVRET 4 – PARCOURS

FLUIDIFIER LES PARCOURS POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES

SOMMAIRE

4.1.	<i>La démarche parcours et ses leviers de transformation</i>	8
4.1.1)	Levier : Implication des usagers	9
4.1.2)	Levier : Information, formation et sensibilisation des professionnels	13
4.1.3)	Levier : Coordination	16
4.2.	<i>10 parcours de santé</i>	23
4.2.1	Parcours santé mentale et psychiatrie	23
4.2.2	Parcours périnatalité	33
4.2.3	Parcours handicap	43
4.2.4	Parcours grand âge	52
4.2.5	Parcours addiction	62
4.2.6	Parcours nutrition santé	72
4.2.7	Parcours cancer	81
4.2.8	Parcours diabète et maladies rénales chroniques	89
4.2.9	Parcours maladies cardio-neuro-vasculaires	97
4.2.10	Parcours précarité	104
4.3.	<i>Populations avec des besoins spécifiques</i>	105
4.3.1	<i>Santé des personnes sous-main de justice</i>	105

De la préconception au grand âge, les besoins de santé évoluent selon les étapes de la vie.

La maternité et la petite enfance constituent une période essentielle, en raison de ses conséquences sur le développement de l'enfant, ses capacités d'apprentissage, ainsi que son avenir en bonne santé et les risques futurs de maladie à l'âge adulte.

Entre 0 et 14 ans, les accidents, la prévalence des troubles mentaux, le surpoids et l'obésité sont les principaux facteurs de problème de santé. L'éducation pour la santé s'impose, dès le plus jeune âge, et aide à conserver la capacité de choisir une vie de bonne qualité physique et relationnelle. Durant la période de l'adolescence, les comportements individuels tels que l'alimentation, le sommeil, l'activité physique subissent d'importantes contraintes, et des addictions peuvent apparaître. C'est aussi une période propice à l'apparition de troubles du comportement alimentaire. La pandémie a eu un impact négatif sur la santé mentale des adolescents désormais indiscutable.

De 15 à 44 ans, la bonne santé physique domine. Pour autant, à ces âges les personnes peuvent avoir des comportements générateurs de problèmes de santé. Notamment, le tabac reste très présent dans le quotidien des français et l'alcool demeure le deuxième facteur de mortalité évitable.

Entre 45 et 74 ans, se conjugue les facteurs de risque comme l'obésité, l'hypertension artérielle, les troubles du sommeil amenant l'apparition de pathologies, notamment le cancer, les maladies cardiovasculaires et les pathologies mentales.

La prévention des difficultés liées au vieillissement et le soin aux plus âgés et plus malades sont une nécessité.

Aussi la prévention doit être présente tout au long de la vie. Elle doit se concevoir comme un continuum entre la prévention primaire (cf. *livret prévention*), actions en amont sur les déterminants de santé, la prévention secondaire, le dépistage, et la prévention tertiaire pour éviter que ne s'accumulent des problèmes de maintien en activité sociale et à domicile.

Il est primordial de traiter de façon transversale les questions inhérentes aux personnes en situation de handicap et aux personnes en situation de précarité.

L'intrication des questions des pratiques d'addiction, des troubles psychiatriques et de la délinquance conduit à faire des questions de prise en charge sanitaire des personnes sous-main de justice un élément à part entière. Bien que non identifié comme l'un des dix parcours de santé, la santé des personnes sous-main de justice fait l'objet d'une fiche dans ce livret.

Paradoxalement, en prolongeant la vie, le progrès thérapeutique contribue à rendre l'objectif de baisse de la prévalence des maladies chroniques, notamment cardio-vasculaires, plus difficile à atteindre. Le modèle de notre système de santé, encore trop centré sur la dimension curative rencontre certaines limites face au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques. Le parcours des personnes, avec des besoins parfois plus nombreux et sur une temporalité surtout plus longue, amène à considérer leur prise en soins dès la prévention et ce jusqu'à leur suivi et l'accompagnement de situation de dépendance. En 2013, la stratégie nationale de santé mettait au cœur de ses orientations la notion de parcours : « *c'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par des cloisonnements* ». La loi de modernisation de notre système de santé a cherché à promouvoir une conception nouvelle de l'organisation de la prise en charge des personnes ayant recours ou nécessitant d'avoir recours au système de santé. Une nouvelle organisation cherche à personnaliser l'interface entre l'individu et le système, et à adapter celle-ci aux besoins propres de la personne.

C'est une logique de cheminement individuel qui doit être promue à travers un parcours plutôt qu'une typologie unique d'organisation centrée sur des prestations et des structures.

En région Bourgogne-Franche-Comté, les acteurs se sont saisis de cette approche dès 2012. Les caractéristiques démographiques et épidémiologiques ont conduit à la définition de 13 parcours de santé dans le schéma régional de santé de 2018-2023 : Adolescents et jeunes adultes, addiction, cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, neurologie avec un volet AVC et un volet maladies neuro-dégénératives, maternité, nutrition santé, personnes âgées, personnes en situation de handicap, précarité et santé mentale. A partir d'une analyse collective des points de rupture des parcours, les acteurs de la région ont pris toute la mesure des actions à mener autour du repérage, de la bonne orientation des personnes, du diagnostic et de l'accompagnement en construisant ensemble de nouvelles organisations de travail permettant un réel partage d'informations, une coopération inter-sectorielle... Ces évolutions de pratiques professionnelles nécessitent de partir des besoins des personnes. Ce sont ces derniers qui permettent de faire évoluer l'offre en santé. Ici, l'enjeu n'est pas seulement de créer du lien entre les différentes structures du système de santé, mais surtout de faire en sorte que ces dernières offrent un cheminement adapté aux besoins des personnes.

Entre 2018 et 2022, ce que nous pouvons appeler « la démarche parcours » a largement évolué. Au niveau régional, les parcours de santé sont considérés comme des leviers de l'évolution des filières de soins, de décloisonnement des secteurs, de la coopération entre les acteurs de la santé et d'une prise en charge globale et centrée autour de la personne. Le projet régional de santé positionne clairement les parcours de santé en tant qu'effet levier contribuant à moderniser le système de santé autour des axes de transformation suivants : l'implication des usagers, la coordination des dispositifs et des acteurs, la e-santé, la formation, l'information et la sensibilisation des professionnels ainsi que la pertinence.

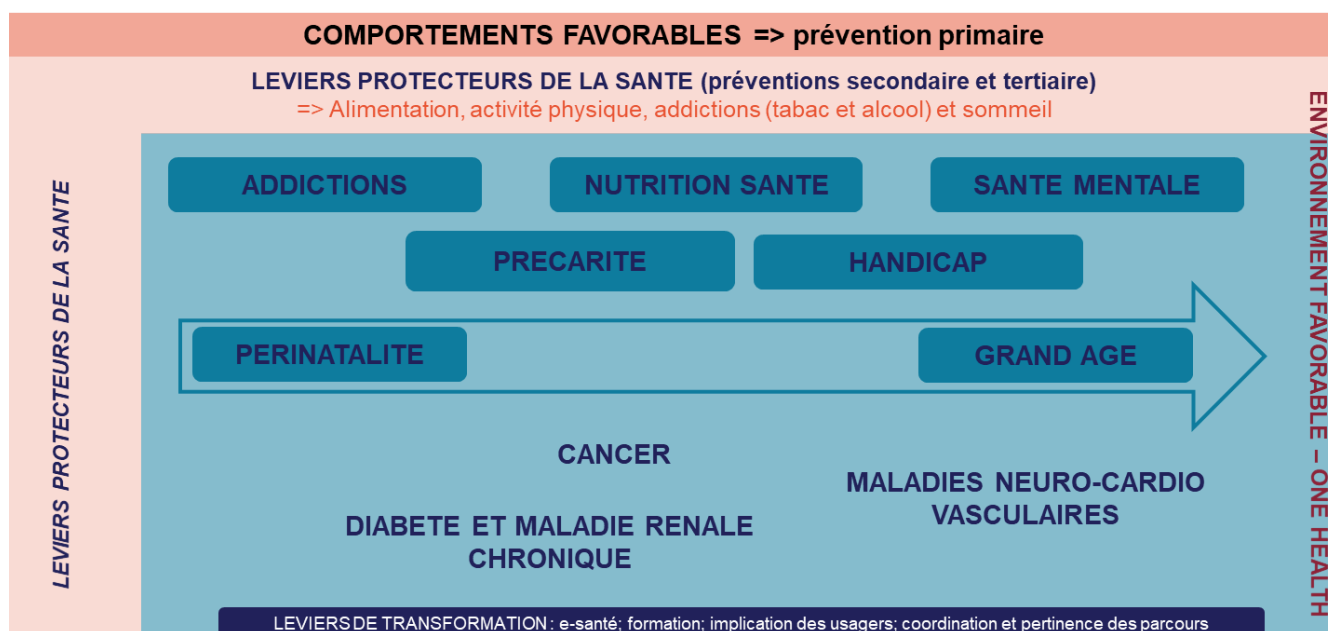
Le dispositif d'expérimentations innovantes lié à l'article 51 de la loi de financement pour 2018 représente un outil précieux pour travailler sur les points de rupture des parcours de santé.

Bilan 2018-2023 :

- Une couverture régionale en dispositifs d'appui à la coordination pour accompagner les situations complexes
- 300 structures équipées en télémédecine en BFC
- Une intégration des parcours et des expérimentations innovantes dans la plateforme e-parcours eTICSS
- Une dynamique régionale autour de la pair-aidance
- Une collaboration avec les instituts de formation en soins infirmiers pour faire évoluer les projets pédagogiques
- Des interventions auprès des étudiants cadres et infirmiers en pratique avancée
- Un accompagnement de plus d'une quarantaine de porteurs de projets innovants dans le cadre de l'article 51 permettant de lever les ruptures de parcours

Notre ambition pour les 5 années à venir :

L'évolution des orientations nationales et la maturité des acteurs ont amené à réinterroger les périmètres des parcours de santé de Bourgogne-Franche-Comté.



10 parcours de santé pour faire évoluer l'offre de prévention, de soins, d'accompagnement médico-social en les centrant autour de l'utilisateur à travers l'organisation de partenariats nécessaires entre les différents niveaux de prise en charge et les différents acteurs de santé :

- Addictions
- Nutrition santé
- Santé mentale
- Précarité (cf. PRAPS)
- Handicap
- Périnatalité
- Grand âge
- Cancer
- Diabète et maladie rénale chronique
- Maladies neuro cardio-vasculaires

Ces parcours de santé ont, de fait, des interactions puisqu'une personne ne peut être exclusivement concernée par un seul d'entre eux. Les liens de transversalité sont présents entre tous les parcours.

Au niveau individuel, les enjeux spécifiques poursuivis par chacun des parcours répondent à l'observation des points de rupture dans les territoires de Bourgogne-Franche-Comté afin d'adapter les actions de prévention, les organisations des filières de soins et la fluidification des solutions d'aval. En ce sens, certains points de rupture conduisent à mener des actions communes à plusieurs parcours. L'objectif étant, *in fine*, d'améliorer les trajectoires des personnes dans les territoires dans un souci d'universalisme proportionné.

De manière complémentaire, certaines dimensions du parcours de la personne sont communes et doivent faire l'objet d'une approche transversale, notamment :

- ⊙ La prévention, secondaire et tertiaire, en particulier pour les sujets d'alimentation, d'activité physique et de réduction des risques d'addiction, notamment au tabac et à l'alcool.
- ⊙ Le médicament, à travers la politique régionale décrite dans le livret qualité, sécurité et pertinence des soins
- ⊙ L'éducation thérapeutique telle que présentée dans le livret prévention
- ⊙ Les soins palliatifs développés dans le livret offre de santé

Enfin, le maintien à domicile, quelle que soit la situation de vulnérabilité, handicap, vieillesse, maladie chronique, confère une place déterminante aux proches dans le parcours d'une personne. L'aidant familial ou le proche aidant, est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, pour tout ou partie, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Les familles sont très présentes dans l'aide à domicile auprès de leur proche, mais leur position est souvent très difficile. Le soutien aux aidants représente un enjeu majeur transversal.

Transversalité

- ⊙ Livret prévention – Une seule santé
- ⊙ Livret prévention – Renforcer les dispositifs de prévention promotion de la santé et leur territorialisation
- ⊙ Livret prévention – addiction
- ⊙ Livret prévention – nutrition et sport santé
- ⊙ Livret prévention – éducation thérapeutique
- ⊙ Livret attractivité – Faciliter les activités et accompagner les professionnels dans leurs compétences
- ⊙ Livret innovation – Innovation recherche
- ⊙ Livret innovation – Pilotage par la donnée
- ⊙ Livret offre
- ⊙ Livret territorialiser, co-construire

4.1. La démarche parcours et ses leviers de transformation

Le parcours est une ligne conductrice, une pédagogie pour une action coordonnée des acteurs par un décloisonnement entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Il oblige, à partir des besoins et de l'expérience de l'utilisateur, et avec sa participation, à prendre en compte l'individu dans sa globalité sans le réduire à sa pathologie voire ses symptômes. Il implique de travailler ensemble pour une réponse adaptée au sein du territoire de santé. Il s'incarne dans la politique régionale. L'organisation de parcours de qualité n'est pas un levier de la politique régionale, elle en est la raison d'être, l'objectif ultime. Les différentes maladies chroniques, la perte d'autonomie, le handicap entraînent de nombreuses itérations avec le système de santé.

L'évolution du système était appropriée pour les soins aigus et techniques, elle ne permet pas de prendre en charge de façon optimale des patients porteurs de maladies chroniques et des séquences de soins ou de traitements itératives. La démarche parcours porte l'ambition d'accompagner le passage d'une culture de soin à une culture de santé globale.

Les services de soins primaires comprennent la prévention, le dépistage, le traitement et la gestion des maladies chroniques et aiguës, ainsi que la promotion de la santé et la gestion de la santé mentale. En ce sens, les soins primaires doivent répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population, en particulier des groupes vulnérables tels que les personnes âgées, les enfants, les personnes atteintes de maladies chroniques et les populations défavorisées.

La responsabilité populationnelle des soins de proximité doit conduire à mieux prendre en compte et accompagner les activités de la population qui ont un impact sur leur santé. Le concept de responsabilité populationnelle vise simultanément l'amélioration de la santé d'une population définie, l'optimisation de la prise en charge de chaque individu au sein de cette population et la meilleure utilisation des ressources disponibles. La notion est désormais inscrite dans le code de santé publique : la responsabilité populationnelle implique que « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire ». Depuis 2019, la fédération hospitalière de France mène une expérimentation dans le territoire de la Haute-Saône sur le diabète de type 2 notamment (Cf. Livret Innovation). Cette expérience doit pouvoir être utilisée pour différents parcours.

Enfin, le développement des pratiques avancées est un élément clé de l'évolution du système de santé. (Cf. Livret Offre)

Dès 2018, quatre leviers de transformation des parcours de santé ont été identifiés et font l'objet d'objectifs au service de tous les parcours : la e-santé ; l'implication des usagers ; la formation des professionnels de santé et la coordination. La e-santé est traitée dans le livret Innovation avec le dispositif Article 51 d'expérimentations innovantes. Cette partie traite, pour sa part, des trois autres leviers. La période de révision du schéma régional de santé a été l'opportunité d'ajouter le levier lié à la pertinence des parcours qui est en lien étroit avec le livret Qualité, sécurité et pertinence des soins.

4.1.1) Levier : Implication des usagers

Nombreuses sont les personnes malades qui sont confrontées quotidiennement à leur pathologie et aux problèmes qu'elle engendre. Elles finissent par devenir de véritables experts. Ce savoir lié à son expérience découle aussi de processus collectifs de partage. Les associations sont l'un des acteurs clef de la mobilisation de l'expertise expérientielle, notamment au travers de réunions d'informations ou de groupes de parole qu'elles organisent, des forums qu'elles animent ou de permanences téléphoniques.

Implication, engagement, co-construction et codécision ne peuvent s'envisager sans la reconnaissance des savoirs expérientiels. Elle peut intervenir dans différentes situations en santé : dans la relation entre le professionnel de santé et l'utilisateur du système de santé; dans la relation entre le chercheur et le public cible de la recherche; dans la relation entre le décideur ou gestionnaire en santé et le professionnel de santé. Elle détermine la qualité de la relation entre les acteurs du système de santé.

4.1.1.1 Contexte et problématique

La participation des usagers en santé revêt deux dimensions : l'une individuelle, l'autre collective. Chacune de ces dimensions repose sur des réglementations, des recommandations de bonnes pratiques ou, parfois, sur des pratiques spontanées souvent issues du monde associatif. Ce faisant, elles donnent des aspects concrets à la participation des usagers.

Les savoirs issus de l'expérience d'une situation de vulnérabilité, ou de l'expérience de la maladie, vécue par les personnes, sont devenus une notion de référence justifiant l'implication, la représentation et la participation des personnes concernées au sein du système de santé. Différentes « personnifications » en sont issues : expert profane, patient ou usager expert, patient ou usager formateur, patient ou usager partenaire et bien d'autres encore : représentant des usagers, pair-aidance...

Le « pouvoir d'agir » ne concerne pas que les patients. Il interpelle aussi les professionnels de santé. La démarche « patient-centrée », réintroduisant l'humain, l'écoute, acceptant de prendre le temps de l'observation et de l'apprentissage permet de co-construire un parcours de soins et de santé sur mesure. Ainsi, en prenant davantage en compte la demande singulière des malades, les professionnels de santé réinventent une nouvelle alliance soignants-soignés, dans une relation horizontale et plus complémentaire. Ce modèle est d'autant plus nécessaire que les différentes modalités de soins (hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile par exemple) requièrent la compréhension et l'implication croissantes des patients, depuis leur domicile, de poursuivre leur traitement et de s'auto-surveiller pour éviter les complications. En ce sens, la santé connectée peut être associée au pouvoir d'agir, comme un facteur d'empowerment pour les patients. Aussi, l'empowerment du patient représente un enjeu important pour une éducation du patient. Il permet de renforcer la capacité d'agir du patient sur les facteurs déterminants de sa santé.

Dans le cadre d'un suivi médical, notamment dans le contexte des maladies chroniques, la logique de l'usage du numérique repose une logique participative et implique une forme de responsabilisation des personnes face à leur santé. (Cf. *Livret Innovation – e-santé*)

Déclinaison concrète de la notion de patient expert et levier de la décision partagée, l'éducation thérapeutique donne au patient et à l'équipe médicale une opportunité unique de créer une relation de confiance et un réel partenariat au bénéfice du système de soins. (Cf. *Livret Prévention*)

En résumé, le pouvoir d’agir de la personne est un processus qui peut se découper en quatre temps :

- ⇒ Individuel par la découverte de la maladie et stratégie ;
- ⇒ Collectif à travers les échanges avec une communauté de patients, l’apprentissage par les pairs et la formation, l’engagement ;
- ⇒ Scientifique et institutionnel par la participation à un groupe spécialisé et parfois l’affirmation en tant que patient expert ou ressource ;
- ⇒ Productif par la contribution à l’évaluation de services ou produits de santé et parfois la conception de solutions innovantes

L’approche collective aide à identifier les problèmes, à les relativiser et à augmenter la capacité d’analyse des personnes. Ainsi, se construisent une identité, une culture, des valeurs autour d’une maladie. Les patients apprennent à dépasser leur situation personnelle et à se mobiliser autour d’un même objectif. La force de ce collectif réside dans la similarité entre membres, dans le rapport de confiance et dans une coopération enrichissante.

Cette capacité d’agir comporte deux dimensions, celle du vouloir mais aussi celle du pouvoir. Si toute personne est légitime à participer, son implication dépendra pour partie de la confiance qu’elle accorde aux pouvoirs publics quant à la volonté de co-construction.

Dans le cadre des parcours, l’expérience des personnes en situation de handicap, souffrant de maladies chroniques ou de troubles de santé mentale, des personnes âgées, représente un contexte favorable au développement de ces savoirs. Ces derniers apportent précisément une meilleure adaptation à des situations concrètes articulant potentiel de l’individu et facteurs environnementaux. Ils peuvent concerner tous les sujets : la vie quotidienne, la vie personnelle, la vie sociale, le travail, le logement... lesquels doivent être pris en considération pour limiter les risques de rupture de parcours.

La pair-aidance s’inscrit dans la politique de santé régionale visant à la réduction des inégalités de santé.

Actions réalisées entre 2018 et 2023 :

- ⇒ Projet « un chez soi d’abord » porté par le parcours précarité et publics vulnérables avec des formations de médiateurs pairs
- ⇒ Module de formation pair-aidants à l’université d’été francophone de santé publique de Besançon en 2021
- ⇒ Journée régionale de réflexion sur le thème de la pair-aidance en juin 2021
- ⇒ Formation sur un cycle court (6 mois) de pair-aidant portée par la fédération des acteurs de la solidarité
- ⇒ Accompagnement du centre régional d’études, d’actions et d’informations (CREAI) dans le développement de l’auto-détermination des personnes accompagnées. Développer la pair-aidance de personnes en situation de vulnérabilité à travers des groupes de partage d’expériences
- ⇒ Formation sur un cycle long (18 mois) proposée par l’institut régional supérieur du travail éducatif et social (IRTESS) pour devenir pairs-aidants.

4.1.1.2 Objectifs

Objectif 1 : Poursuivre et renforcer la dynamique régionale impulsée avec les acteurs de la pair-aidance

Objectifs opérationnels :

- 1- Structurer et coordonner la démarche autour du savoir expérientiel par une gouvernance régionale
- 2- Décliner et concrétiser le savoir expérientiel, notamment la pair-aidance, dans les parcours de santé
- 3- Poursuivre le soutien à la formation des pair-aidants.

Objectif 2 : Intégrer les personnes concernées dans l'analyse des parcours par le biais des associations en santé

Objectifs opérationnels :

- 1- Renforcer la représentation des usagers dans les instances des parcours de santé
- 2- Assurer la mobilisation des usagers dans l'observation des ruptures de parcours des dispositifs d'appui à la coordination

Objectif 3 : Relever le défi de la collaboration usagers-professionnels et de la transformation des organisations

Objectifs opérationnels :

- 1- Faciliter et accompagner les expérimentations innovantes valorisant la place du patient « expert » comme intervenant du parcours
- 2- développer les usages des outils digitaux pour l'amélioration de la santé et du suivi des patients dans leur maladie (Cf. e-santé)

Exemples d'actions :

- ⦿ Expérimentation EPOP dans le cadre du parcours handicap
- ⦿ Journée régionale annuelle sur les savoirs expérientiels
- ⦿ Désignation de représentants des usagers dans chaque instance liée aux parcours

RESULTATS ATTENDUS

- Les personnes concernées contribuent aux orientations des parcours de santé
- Mobilisation des acteurs de la région autour du sujet du savoir expérientiel

4.1.1.3 Partenaires

- France Assos Santé BFC
- Institut régional supérieur du travail éducatif et social (IRTESS)
- Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)
- Centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI)
- Comité stratégique régional relatif au savoir expérientiel

4.1.2) Levier : Information, formation et sensibilisation des professionnels

Le monde de la santé est soumis à des transformations assez inédites avec des appels à la refondation du système de santé. Dans le même temps, la médecine de ville comme la médecine hospitalière ne cessent de s'adapter et de se transformer. Les innovations organisationnelles ou thérapeutiques fourmillent. L'exercice isolé cède la place aux organisations collectives. De nouveaux métiers apparaissent et bien des professions existantes sont en mutation. (Cf. *Livret Offre*)

Construire les coopérations nécessaires aux parcours des patients dans un contexte de ressources contraintes, incite à revoir les pratiques des professionnels, leur mode de relation, leur organisation, aussi bien en secteur hospitalier qu'ambulatoire et médico-social.

4.1.2.1 Contexte et problématique

En quelques décennies, l'exercice de la médecine générale s'est radicalement transformé. Les maladies chroniques, notamment avec le vieillissement de la population, ont pris une place importante dans la patientèle du médecin généraliste devenu médecin traitant. Son rôle de prescripteur et de coordinateur du parcours de soins lui confère un rôle central et pivot dans le système de santé. L'offre de soins que nous connaissons propose des actes de soins à la demande des personnes et n'est pas suffisamment adaptée aux besoins du parcours de santé. Effectivement, la transition épidémiologique associant vieillissement de la population et maladies chroniques, demande des soins coordonnés, en équipes pluri-professionnelles et des liens plus fluides avec le second recours et l'expertise hospitalière. Cependant, les difficultés de démographie médicale déstabilisent la profession et rend particulièrement difficile la construction du parcours de soins coordonné du patient et plus largement de son parcours de santé.

Ainsi, la croissance de la demande de soins et la temporalité plus importante des suivis entraînent une redistribution des rôles des professionnels de santé et une modification de leurs missions. Le suivi des populations, comme la prise en charge des maladies, se déroule dans le cadre d'un parcours, ponctué des interventions croisées et/ou successives de différents professionnels de santé. Leur coprésence autour du patient implique une continuité des soins et de l'accompagnement avec une articulation des interventions dans le cadre de coopérations définies. En ce sens, dessiner une trajectoire de soins nécessite une approche pluri-professionnelle avec la reconnaissance respective des compétences de chacun.

Les enjeux sont tout autant de l'ordre de l'amélioration de l'attractivité des conditions d'exercice pour les professionnels, que de celui de l'accessibilité aux soins dans un contexte de raréfaction de la ressource, de la qualité des soins et du service rendu ou encore de performance de la délivrance de soins au matière d'efficience et de pertinence.

A ce titre, renforcer l'intégration et la coopération pluri-professionnelle, en s'appuyant sur le travail en équipe, la combinaison des compétences et le développement de pratiques avancées, notamment pour les infirmiers, sont considérés comme des leviers majeurs pour fluidifier et optimiser les parcours de santé.

Actions réalisées entre 2018-2023

- ⇒ En 2019, intervention parcours et e-santé dans les 17 instituts de formation en soins infirmiers de la région
- ⇒ Depuis 2020, cycle de formation de formateurs référents parcours des instituts de formation en soins infirmiers
- ⇒ Production de capsules vidéos parcours
- ⇒ Depuis 2019, interventions auprès des étudiants cadre de Besançon
- ⇒ Depuis 2020, interventions auprès des promotions d'infirmiers en pratique avancée
- ⇒ Depuis 2021, interventions auprès des étudiants en 3^{ème} année de pharmacie

4.1.2.2 Objectifs

Objectif 1 : Transmettre une connaissance du système de santé dans lequel le professionnel intervient pour une amélioration des parcours de santé

Objectifs opérationnels :

- 1- Assurer une transmission des connaissances dans un contexte d'évolutions du système de santé
- 2- Outiller les instituts de formation par le biais du pôle fédératif de santé publique
- 3- Contribuer au changement des pratiques professionnelles

Objectif 2 : Former les professionnels et les étudiants à la démarche parcours régionale et aux spécificités de chaque parcours

Objectifs opérationnels :

- 1- Accompagner les instituts de formation dans l'évolution de leurs projets pédagogiques
- 2- Faciliter les initiatives permettant un rapprochement des objectifs de formation et des parcours de santé

Objectif 3 : Sensibiliser aux enjeux de la trajectoire des individus

Objectifs opérationnels :

- 1- Informer sur les dispositifs de coordination permettant de fluidifier le parcours des patients
- 2- Développer les connaissances des professionnels sur les outils numériques de coordination et de télésanté

Exemples d'actions :

- ⦿ Formation régulières des formateurs référents parcours des instituts de formation
- ⦿ Elargissement du périmètre d'intervention aux autres étudiants paramédicaux
- ⦿ Journée régionale thématique

RESULTATS ATTENDUS

- Décloisonnement des interventions des professionnels
- Intégration des priorités parcours du projet régional de santé dans les pratiques des professionnels de santé

4.1.2.3 Partenaires

- Associations d'usagers et de familles
- Pôle fédératif de santé publique de Bourgogne-Franche-Comté
- Instituts de formation
- Universités

4.1.3) Levier : Coordination

Le parcours de soins est initié par le médecin traitant en premier recours. Au-delà de la dimension des modalités d'exercice énoncées dans le livret 6 relatif à l'offre de santé du présent schéma, et une fois le repérage, le dépistage voire le diagnostic établis, le médecin généraliste oriente son patient vers le ou les effecteur(s) de soins le(s) plus à même de répondre à sa situation. Le médecin généraliste assure la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi de maladies ainsi que l'éducation pour la santé dans une approche globale. Il participe à la continuité des soins nécessaire au patient. En ce sens, le système de santé doit évoluer d'un modèle curatif vers un modèle valorisant la prévention, la qualité des prises en charge et favorisant l'émergence d'organisations plus collectives et coordonnées.

Il est ici retenu la définition du centre de gestion scientifique des Mines, élaborée dans le cadre de la coordination dans les champs sanitaire et médico-social¹, suivante : « *la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs. Elle consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs, connaître et comprendre les contraintes de chacun et agir en conséquence, et qui est nécessaire quand il faut atteindre de hauts niveaux de performance.* » La coordination représente les moyens mis en œuvre par les différentes parties intervenant dans le parcours pour se mettre en lien et améliorant les interdépendances. Elle se différencie de la coopération et de la continuité des soins.

4.1.2.1 Contexte et problématique

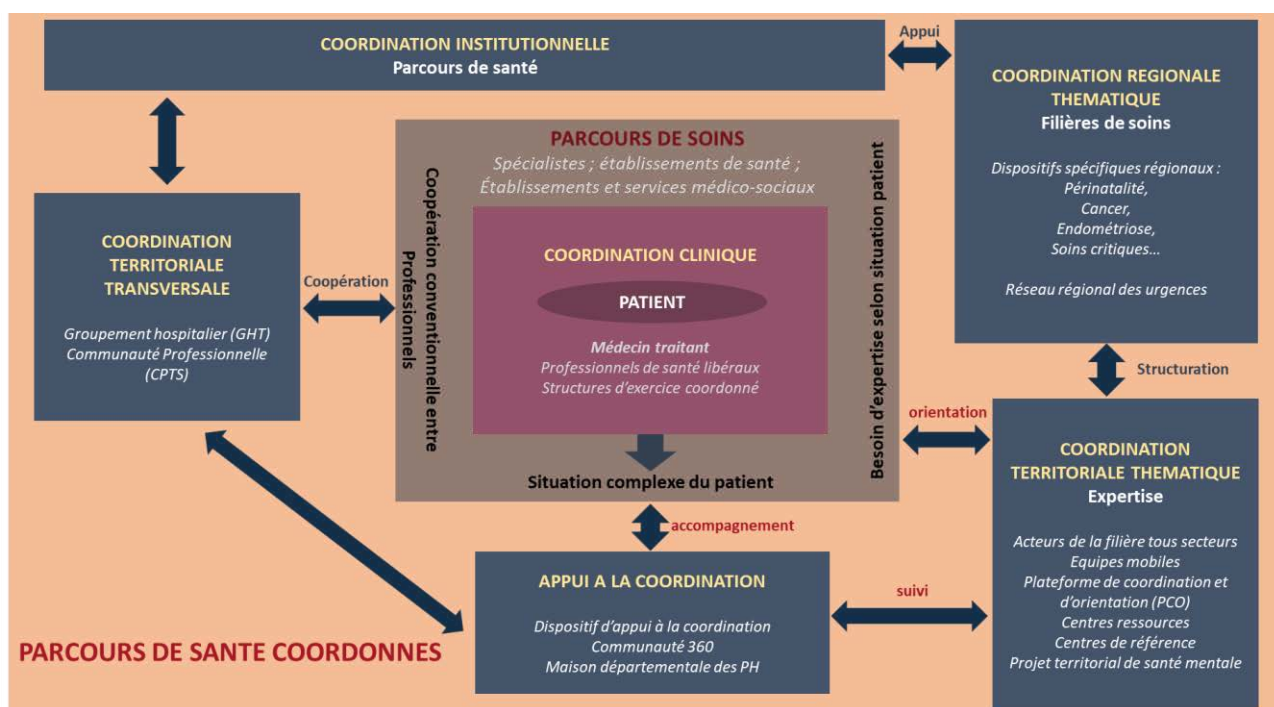
Avec l'approche parcours, le modèle de notre système de santé doit accorder une place plus importante tant à la prévention, en amont et pendant les soins, qu'à l'accompagnement, en aval. La spécialisation des prises en charge doit aller de pair avec une plus grande coordination des interventions, dans un souci de prise en charge globale. Coordination car chacun, quels que soient sa situation et son lieu d'habitation, doit pouvoir être orienté et accompagné avec les mêmes chances de qualité et de sécurité de prises en charge, au cœur d'un système de plus en plus complexe.

La coordination doit aussi permettre de mieux utiliser les ressources qui ne sont pas extensibles. Une activité ne peut pas se développer sans que soient simultanément conçues et mises en œuvre les conditions de cette coordination. Il y a ici deux enjeux : améliorer la mise en cohérence des actions existantes ; prévoir la coordination des nouveaux services et dispositifs. La structuration de la coordination est donc par définition dynamique.

Les trois axes de coordination retenus sont les suivants : l'aide à la structuration de la coordination ; la dynamique des innovations en matière de coordination ; l'émergence de nouvelles compétences et la complémentarité des professionnels intégrant ceux dédiés à la coordination.

L'organisation des soins et des services portent sur deux niveaux : celui de la personne et de son entourage ; celui plus global des parties prenantes avec la mise en œuvre de stratégie d'intégration au niveau de chaque territoire.

¹ La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelle. Etude réalisée pour la Fondation Paul Benoit par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, Jean-Claude Sardas et Sébastien Gand, février 2011



Au niveau de la personne et de son entourage :

La coordination du parcours de santé auprès d'une personne relève de l'articulation des interventions des différents pourvoyeurs de soins, de services et d'aide relevant des trois secteurs : sanitaire, médico-social et social. Un manque de coordination des professionnels entraîne des difficultés d'accès aux soins et aux services, due au manque de visibilité et surtout de lisibilité de l'offre existante. Des ruptures de parcours pourraient être évitées, notamment en sortie d'hospitalisation ou au moment de l'entrée en établissement d'hébergement. Le manque de transmission d'informations et d'harmonisation des pratiques en est l'une des raisons.

Nous retiendrons ici la définition de la **coordination clinique** qui consiste en l'action, propre ou conjointe de professionnels de santé en vue d'assurer une meilleure prise en charge, notamment médicale, de leurs patients. La coordination clinique recouvre l'articulation de professionnels autour d'un patient en vue de partager et confronter leurs avis, de mettre en cohérence leurs interventions/prescriptions et permettre l'échange de bonnes pratiques. On y retrouve :

- Le médecin traitant
- Les médecins spécialistes
- Les structures d'exercice coordonné : la maison de santé pluridisciplinaire, le centre de santé, l'équipe de soins primaires, un service de soins infirmiers à domicile...
- Les établissements de santé
- Les établissements et les services médico-sociaux : services de soins infirmiers à domicile, service d'accompagnement médico-social pour personnes en situation de handicap, établissements pour les personnes âgées et en situation de handicap...

Les acteurs de la coordination clinique sont intégrés au livret relatif à l'offre de santé.

L'appui à la **coordination** peut s'avérer nécessaire pour le parcours de personnes ayant des besoins nombreux et fluctuants, et demandant l'intervention de plusieurs organismes pendant longtemps. Ces situations sont considérées comme complexes. Ainsi, l'appui à la coordination concerne l'ensemble des dispositifs ou services qui fournissent, pour tout type de pathologies et de populations, un appui aux acteurs de santé, comme aux patients notamment pour aider à la bonne orientation du patient aux différentes étapes de son parcours. Sont concernés ici :

- Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)
- Les maisons départementales pour l'autonomie des personnes en situation de handicap (MDPH)
- Les communautés 360²

Dispositif d'appui à la coordination et communautés 360 portent une fonction d'observation, le premier en termes de rupture de parcours, le second en termes de réponse apportée aux besoins des personnes et de la qualité des parcours. Ces fonctions stratégiques représentent un enjeu particulièrement important pour les parcours de santé et leur capacité à adapter les organisations nécessaires à répondre aux besoins de la population.

Avec ces structures, la fonction de coordination prend une place à part entière dans l'organisation de l'offre au niveau du territoire. Il est nécessaire de conforter les dispositifs d'appui à la coordination et leur polyvalence pour apporter une structuration des parcours afin d'assurer l'articulation et la complémentarité avec l'ensemble des ressources et des acteurs de tous les champs du territoire.

La MDPH, organe du conseil départemental, a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil auprès des personnes en situation de handicap et de leur famille. Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de la personne et une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.

Au niveau plus global des parties prenantes

La **coordination territoriale** des acteurs de santé conjugue expertise, coopération, continuité des soins et coordination. Les dispositifs de coordination territoriaux prennent deux formes : transversale ; thématique (ou de filières de soins). Son articulation avec l'appui à la coordination doit permettre une meilleure orientation des personnes en situation complexe notamment.

Les filières de soins, liées au régime des autorisations des activités de soins³ représentent les principaux acteurs de **coordination territoriale thématique**. Ces dispositifs de réseaux s'organisent de manière à faire coopérer des professionnels appartenant à différents secteurs et organisations. Ici, la coordination est davantage verticale.

Avec l'appui de la **coordination régionale (voire territoriale) thématique**, les dispositifs spécifiques régionaux et les dispositifs d'expertise régionaux se positionnent en tant que relais des recommandations, de soutien à l'agence régionale de santé et de standardisation et harmonisation des pratiques. Ils relèvent principalement d'un cadre national et répondent à un cahier des charges prédéfini dans la majorité des cas. Le but poursuivi est l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients par une gradation de l'offre des soins, une adaptation aux besoins.

² Cf parcours handicap

³ Cf Livret Activités de soins

Nous pouvons identifier :

- Les dispositifs spécifiques régionaux : cancer, périnatalité, endométriose, soins critiques...
- Les projets territoriaux de santé mentale

Les dispositifs de coordination régionale thématique déclinent les orientations et les objectifs du parcours de santé auquel ils sont rattachés (*cf. fiches parcours*).

Le lien avec les **coordinations territoriales thématiques** est primordiale dans le cadre de l'adaptation de l'offre aux besoins des populations selon leur lieu de résidence.

La **coordination territoriale transversale** est le résultat de coopération conventionnelle entre établissements ou professionnels, basée sur un projet de santé partagé (*cf. livret offre*).

- Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les différents dispositifs de coordination énoncés ci-dessus sont détaillés dans les différents livrets et parcours de santé. La présente fiche a vocation à préciser les objectifs de leur articulation et à clarifier la place des dispositifs d'appui à la coordination dans l'écosystème des parcours de santé notamment pour les situations complexes.

Focus sur les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

La stratégie régionale, portée par l'ARS BFC, d'unification des dispositifs d'appui à la coordination a consisté à s'appuyer sur les acteurs existants (réseaux de santé gérontologique et polyvalent, groupement des professionnels de santé, MAIA...) pour aboutir, comme le décret (18 mars 2021) le prévoyait, à une couverture régionale.

Il a été décidé par la direction générale, au vue des acteurs en présence et des historiques d'avoir :

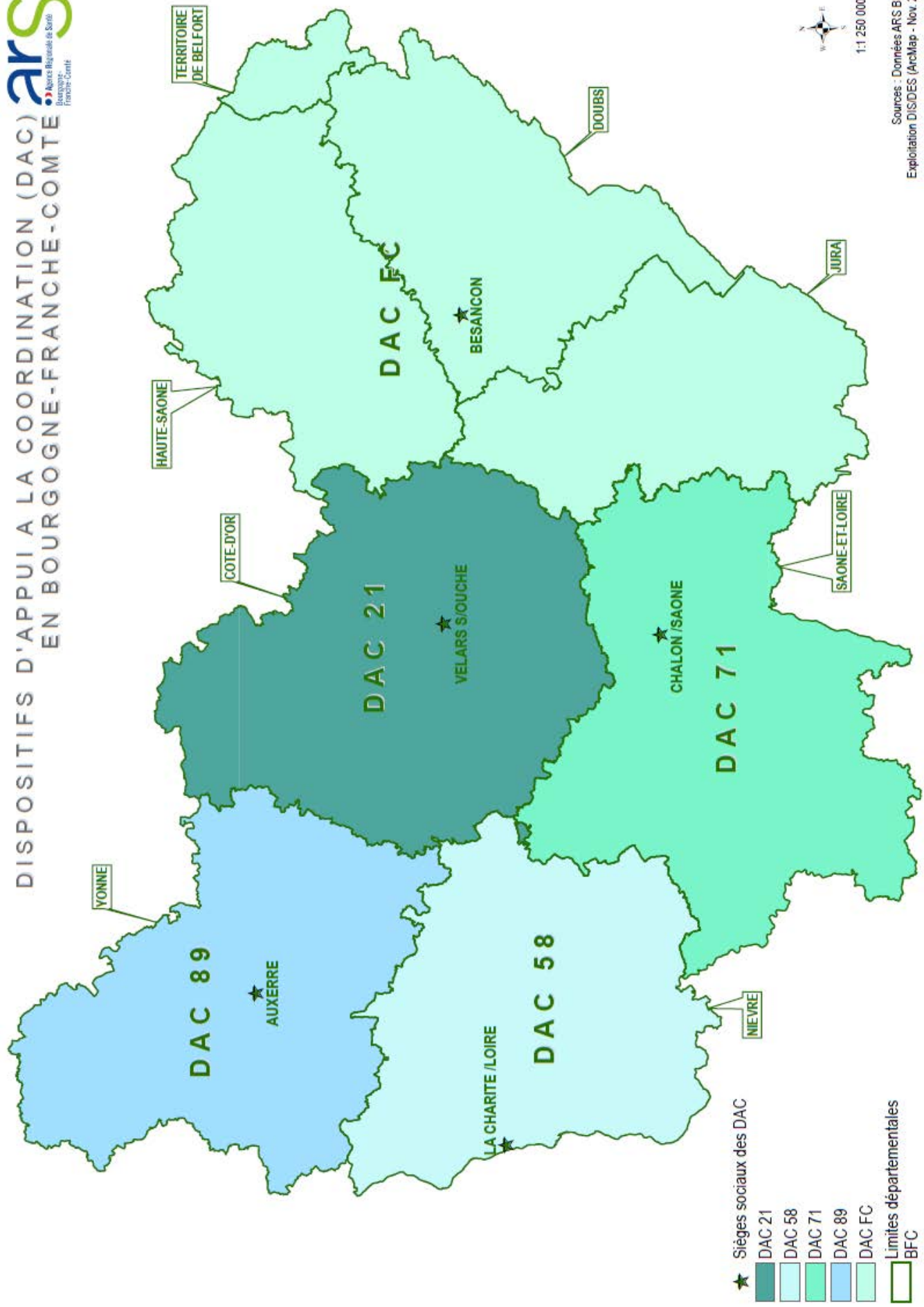
- 1 DAC par département Bourguignon
- 1 DAC pour les 4 départements de la Franche Comté

⇒ Les DAC de la région :

- Couvrent leur territoire d'intervention avec des équipes en proximité (multisites Franche-Comté, mais également en local sur le territoire bourguignon)
- Sont polyvalents
- Interviennent en subsidiarité
- Ont un numéro unique
- Se déplacent au domicile du patient pour les évaluations
- Utilisent la plateforme régionale e-parcours eTICSS dans des processus harmonisés (*cf. livret innovation*)
- Elaborent des plans personnalisés de coordination en santé pour 80% de leur prise en charge
- Se sont constitués en réseau régional pour coconstruire leur démarche
- Disposent chacun d'un référent e-santé qui se réunissent régulièrement avec ARS et GRADES

Les dispositifs d'appui à la coordination sont unifiés, outillés et opérationnels. Ils doivent pouvoir prendre toute leur place dans les parcours des patients et plus largement dans les organisations territoriales, notamment en offrant leur service de coordinateur médico-administratif de parcours complexes dans les dimensions sanitaire (ville et hôpital), et médico-sociale.

DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION (DAC)
EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



- ★ Sièges sociaux des DAC
- DAC 21
- DAC 58
- DAC 71
- DAC 89
- DAC FC
- ▬ Limites départementales
- ▬ BFC



1:1 250 000

Sources : Données ARS BFC
Exploitation DISIDES (ArcMap - Nov. 22)

4.1.2.2 Objectifs

Objectif 1 : Structurer l'articulation de toutes les coordinations

Objectifs opérationnels :

- 1- Identifier les acteurs, clarifier et rendre lisible le périmètre des rôles, missions et compétences de chacun
- 2- Cartographier les coordinations et structurer leurs liens dans les territoires
- 3- Renforcer l'articulation entre les dispositifs, notamment entre les dispositifs d'appui à la coordination et les communautés professionnelles territoriales de santé

Objectif 2 : Renforcer les différents niveaux de coordination des parcours, à partir de l'analyse de leurs points de rupture.

Objectifs opérationnels :

- 1- Informer les professionnels et les structures sur les dispositifs et les ressources existants pour la coordination et l'effection dans leur territoire pour la prise en charge de leur patient
- 2- Structurer territorialement l'observatoire des ruptures de parcours porté par les dispositifs d'appui à la coordination
- 3- Renforcer l'animation des acteurs ou structures de la coordination, de manière à partager une vue commune et limiter les chevauchements

Objectif 3 : Rendre plus cohérent le parcours de santé des patients en organisant un accompagnement coordonné et adapté, notamment par les dispositifs d'appui à la coordination pour les situations complexes

Objectifs opérationnels :

- 1- Positionner les DAC comme coordinateur médico-administratif des parcours plus spécifiques, mais complexes, dans leur suivi en particulier pour soutenir les articulations ville-hôpital et le suivi patient
- 2- Initier ou appuyer, à la demande, la mise en place d'une coordination pluridisciplinaire et pluri professionnelle autour d'un usager/patient à domicile, sous l'égide du médecin traitant, et ce en s'appuyant sur les outils régionaux et le projet personnalisé de santé

Exemples d'actions :

- ⊙ Faire un répertoire de ces acteurs avec leur champ d'intervention
- ⊙ Organiser des temps d'échanges inter-dispositifs
- ⊙ Structurer une réelle dynamique d'articulation
- ⊙ Mettre en place une régulation téléphonique au sein de chaque DAC
- ⊙ Organiser les visites à domicile chez le patient afin de réaliser une évaluation multidimensionnelle

RESULTATS ATTENDUS

- Les professionnels et la population connaissent les ressources du territoire et leur spécificité
- Les professionnels de santé et du médico-social d'un territoire orientent vers la bonne ressource
- Les points de ruptures sont identifiés dans les territoires au niveau des dispositifs d'appui à la coordination et analysés avec les dispositifs de coordination régionale thématique le cas échéant
- Améliorer la prise en charge des personnes pour les parcours où a été identifiée une rupture
- Impulser les initiatives à envisager pour consolider les parcours de santé complexes et réduire la fragmentation de l'offre
- 100 % de personnes suivies par le DAC ont un plan personnalisé élaboré par le DAC et bénéficie d'une visite à domicile
- Le DAC doit apporter une réponse à toutes les sollicitations
- Un protocole d'hospitalisation est élaboré entre le DAC et l'établissement de santé de son territoire (*Cf. Livret offre – hôpitaux de proximité*)

4.2. 10 parcours de santé

4.2.1 Parcours santé mentale et psychiatrie

4.2.1.1 Contexte et problématique

Enjeux

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une personne sur quatre est touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie. En France, la situation des personnes vivant avec des troubles psychiques est préoccupante. Les besoins de santé sont en augmentation constante, notamment pour les troubles anxio-dépressifs, les psycho-traumatismes, les troubles du comportement, les addictions. Ces troubles font partie des principales causes de morbidité et de mortalité. Ainsi, les **troubles psychiques représentent aujourd'hui le premier poste de dépenses de santé de notre pays**, avec un coût total de 23,4 Mds € pour l'assurance maladie (14,5% des dépenses), et de 30 Md€ avec les aides indirectes (indemnités journalières- aide sociale)

Le constat est que la **prévention et les interventions précoces** restent à développer et que les diagnostics sont souvent trop tardifs. Les ruptures de parcours sont trop nombreuses et entraînent une détérioration des trajectoires de soins et de vie. L'insertion sociale et l'accès à une vie active et citoyenne correspondant aux capacités et aux choix des personnes sont insuffisants et la stigmatisation relative aux troubles psychiques est encore trop prononcée.

Le **contexte national** est également marqué par des inégalités territoriales importantes dans l'offre de soins et de professionnels en exercice, par un gradient social dans la prévalence des troubles et par des réponses hétérogènes selon les régions.

En **juin 2018, la Feuille de Route nationale** a fixé le cap d'une transformation structurelle et systémique du champ de la santé mentale et de la psychiatrie avec 3 grands axes :

1. Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;
2. Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
3. Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Les deux années de **la pandémie SARS-CoV2**, par ses multiples effets systémiques, ont vu se détériorer les indicateurs de santé mentale de la population générale, s'exacerber les difficultés d'accès aux soins, en particulier en pédopsychiatrie. Les jeunes sont particulièrement touchés : aggravation du mal-être psychologique, hausse des appels suicidaires auprès de l'association Night Line, importante augmentation des passages aux urgences des 18-24 ans pour des idées et gestes suicidaires.

La reconnaissance de tous ces enjeux a conduit à compléter la feuille de route santé mentale et psychiatrie par les mesures nouvelles inscrites au Ségur de la Santé. La tenue des **Assises de la Santé Mentale et de la Psychiatrie en septembre 2021** avec l'annonce du Président de la République de 30 mesures⁴ pour faire face à « l'urgence » en psychiatrie a permis d'accélérer la dynamique engagée.

⁴ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale-ok_01.pdf

Début 2022, le Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie a souligné les réalisations et engagé les chantiers suivants :

- Mise en place de deux réformes structurantes : financement et autorisations en psychiatrie,
- Amélioration de l'attractivité de la discipline *via*, notamment, la réforme du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Psychiatrie (DES) et l'augmentation des contingents des Hospitalo-Universitaires,
- Prise en compte du numérique en santé mentale comme levier de transformation,
- Définition d'une politique de prévention ambitieuse agissant sur les déterminants de la santé mentale et visant l'appropriation d'une culture de la santé mentale et de la prévention par tous nos concitoyens par l'intermédiaire d'une approche interministérielle,
- Promotion et défense des droits des patients.

A noter que les pathologies liées à la santé mentale ont des conséquences multiples pour les personnes concernées :

- ⇒ Des **conséquences sociales** en terme d'insertion sociale et professionnelle
- ⇒ Des **conséquences sanitaires** puisque les troubles psychiques génèrent une augmentation du risque suicidaire, des troubles somatiques, un risque accru de mortalité prématurée, une espérance de vie moins longue...

Contexte régional

Les dernières données épidémiologiques marquantes sur l'état de santé des bourguignons-franc-comtois en matière de troubles mentaux et du comportement sont les suivantes :

Un accroissement des personnes prises en soins pour **maladies psychiatriques** en établissement de santé, ayant eu recours au moins une fois à une structure de psychiatrie en ambulatoire ou en hospitalisation :

- 100 600 patients en 2015, dont 75% environ par une structure ambulatoire uniquement ⁵,
- 114 000 patients en 2021, dont 46 815 nouveaux patients et 100 000 patients vus au moins une fois en ambulatoire, avec un nombre moyen de séjours hospitaliers de 1,58 par patient contre 1,45 en 2017 et 1,39 en 2020 au plus fort de la crise Covid ⁶ ;

En intégrant les personnes ayant eu une affection de longue durée et/ou celles ayant reçu au moins trois médicaments spécifiques pour pathologies psychiatriques au cours de l'année, en 2020, ce sont 119 810 personnes qui ont été prises en soins pour maladies psychiatriques ⁷, dont 8360 (7%) étaient âgées de moins de 20 ans ;

Les taux standardisés pour 1000 habitants de personnes prises en soins pour maladies psychiatriques en 2019 ⁸montrent :

- un taux régional de 39,6/1000, légèrement supérieur au taux national (38,6),
- à l'échelle des départements, le taux le plus élevé est observé dans la Nièvre (47,6), suivi de l'Yonne (43,9) et de la Saône-et-Loire, le taux le plus faible dans le Territoire Belfort (28,5) ;

⁵ SRS 2018-2023, données ORS 2017

⁶ ATIH *via* l'outil PSY DIAG de l'ANAP

⁷ base de données data pathologies de la CNAM, 2021 non encore disponible

⁸ exploitation ORS des données 2019 de la CNAM

En matière de prise en soins pour **dépression et autres troubles de l'humeur**, en excluant les personnes prises en charge pour maladies psychiatriques, plus de 144 300 patients ont consommé régulièrement en 2019 des traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur ⁹:

- le taux régional de 51,5/1000 est supérieur au taux national (46,6),
- au niveau départemental, le Jura présente le taux le plus élevé (55,6) suivi de la Haute-Saône (53,4), le taux le plus faible est dans le Territoire de Belfort (48,2) ;

Enfin, la région est marquée par une **surmortalité par suicide**, avec un taux standardisé de décès par suicide de 16,3 pour 100 000 habitants en 2015-2017 versus 14 au national ; ce taux a évolué de – 32% par rapport à 2001-2003, et de – 14% par rapport à 2009-2013 (base prise pour le précédent PRS) ; à noter une grande disparité au sein de la région, ces taux en 2015 variant de 9,9 pour la Côte d'Or jusqu'à 25,9 pour la Haute-Saône ¹⁰.

Les ressources en personnels soignants sont fragiles avec une démographie de professionnels en érosion ¹¹ :

La **densité de psychiatres**, tout mode d'exercice confondu, est inférieure au taux national : de 18,7 pour 100 000 habitants *versus* 22,5, avec de fortes disparités départementales (la plus faible dans la Nièvre à 10,9, suivie de l'Yonne à 15,7 et du Jura à 15,9, la plus élevée en Côte d'Or à 25,6) :

À noter, depuis 2019, un manque d'attractivité de la psychiatrie pour la jeune génération, avec cette année-là presque 100 postes non-pourvus dans cette spécialité en sortie de concours d'internat (ECN). En 2022, ce manque d'attractivité a touché particulièrement notre région avec 11 postes d'internes non-pourvus en sortie d'ECN sur les 32 ouverts ;

Cette décreue du nombre de psychiatres et leur disparité d'implantation rendra d'autant plus difficile à relever le défi de la réduction des inégalités territoriales de recours à l'offre de soins spécialisée.

La densité régionale des **psychologues** est de 109,4 versus 125,4 de moyenne nationale et particulièrement faible en Saône et Loire (84,7) ¹²,

La densité de **médecins généralistes**, médecins de premier recours, est également inférieure à la moyenne nationale (82,8 versus 86,5) et particulièrement faible dans la Nièvre (70) et dans l'Yonne (66),

La densité d'**infirmiers** est également inférieure au taux national (161,5 versus 195,3), surtout dans le Doubs (143), le Jura (152) et le Territoire de Belfort (155), départements frontaliers, en concurrence directe avec la Suisse.

4.2.1.2 Principales réalisations régionales depuis 2018

Une mobilisation effective et installée autour des PTSM

Dès 2019, huit territoires, à l'échelle des départements, ont engagé la démarche d'élaboration des **projets territoriaux de santé mentale (PTSM)**. L'année suivante, l'intégralité du territoire régional a été couverte par 8 PTSM ;

⁹ exploitation ORS des données 2019 de la CNAM

¹⁰ Inserm-CépiDc

¹¹ STATISS 2021

¹² Répertoire ADELI - Drees - données au 1^{er} janvier 2022

Les 8 contrats territoriaux de santé mentale qui en découlent, grâce à la dynamique de coopération entre l'ensemble des acteurs impliqués dans les territoires, garantissent leur engagement dans la mise en œuvre des actions ;

Depuis le début de la démarche, l'ARS soutient l'animation des PTSM par le financement d'un poste de coordonnateur pérenne dans chaque département. Cette fonction de coordination est essentielle pour l'impulsion et la mise en œuvre des actions. Elle permet un gain d'efficacité dans l'organisation de l'offre.

Les PTSM BFC sont actifs et ont traversé l'épreuve de la crise sanitaire.

Un accompagnement de l'évolution de l'offre en psychiatrie et santé mentale

La **santé mentale des étudiant.es** requière une attention particulière : le programme numérique innovant « **ETUCARE** » a été développé en région pour sensibiliser ce public aux enjeux de la santé mentale et pour favoriser une prise en charge précoce des besoins.

La promotion de la mesure 33 du SEGUR de la Santé permettant aux structures de soins coordonnés d'orienter ses patients vers un **accompagnement psychologique gratuit** : 23 structures réparties dans 6 départements sont entrées dans ce dispositif, inaugurant une démarche de prise en soins des troubles légers à modérés par les soins de premier recours.

Une stratégie de promotion des **Premiers secours en santé mentale** a été initiée, dès 2021, avec l'appui des PTSM, pour former, en priorité en 2021 et 2022, les publics en contact avec les étudiants et les jeunes adultes.

Depuis 2020, en lien avec l'évolution du cadre légal, la mobilisation régionale quant à **l'évolution des pratiques de recours à l'isolement et la contention** a été importante (financement de formations, aménagements de locaux, animation d'un groupe de travail régional, construction d'un format homogène et partagé de rapport annuel) et permet d'observer tant une diminution significative du recours que le développement de pratiques alternatives.

La **prévention du suicide**, axe de travail prioritaire en Bourgogne-Franche-Comté, a vu notamment se déployer le dispositif **VIGILANS**, installé dans 6 départements sur 8 et en cours dans les 2 départements restants avec une coordination médicale organisée pour chaque ancienne région. Des filières de soins dédiées sont initiées, telles que unités dédiées post-urgences, équipe mobile de prévention du suicide avec la volonté de structurer une filière suicidologie identifiée et pour tous âges dans notre région.

La **création de deux centres ressources** dédiés à la formation et à l'appui des équipes sur l'approche **réhabilitation psychosociale** en Bourgogne et en Franche-Comté avec une orientation d'intervention précoce recherchée.

La santé mentale à la croisée des parcours de santé

Depuis 2019, financement d'au moins une **équipe mobile d'intervention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** par département. Les missions de ces équipes varient, de l'appui conseil aux établissements médico-sociaux et de protection de l'enfance à l'intervention à domicile en prévention ou à la suite d'une hospitalisation ;

Depuis 2020, déploiement **d'unités père-mère-bébé** spécialisées en psychiatrie périnatale dans chaque département ; ces équipes travaillent en liaison avec les maternités et ont pu initier des modalités d'intervention dans les lieux de vie des familles ;

La structuration d'une filière de soins pluridisciplinaires pour les **troubles des conduites alimentaires** est un objectif régional d'évolution de l'offre de soins ;

Un **centre de ressources en psychiatrie du sujet âgé**, co-porté par le CHU de Dijon et le CHU de Besançon, est initié ; il doit permettre, en particulier, de développer un appui-conseil spécialisé en suicidologie de la personne âgée auprès des EHPAD ;

Pour faire suite aux Assises de la santé mentale 2021, l'ARS a décidé **d'encourager l'autodétermination des personnes en situation de handicap psychique et le soutien par les pairs**¹³ : ainsi, dès 2022, l'émergence d'intervenants-pair professionnels est favorisé : trois territoires BFC sont d'ores et déjà concernés par un financement octroyé pour des postes des pairs-aidants ; des formations spécifiques sont également déployées afin de promouvoir une nouvelle représentation collective du « malade » et, notamment, de professionnaliser une présence « paire » dans les lieux d'intervention du secteur social, médico-social et sanitaire.

4.2.1.3 Identification des points de rupture

1. Erosion des ressources humaines pour assurer les soins et porter les projets ;
2. Manque de lisibilité de l'offre de soins pour le grand public et pour les professionnels de premier recours (médecine de ville, psychologues libéraux) ;
3. Organisation des soins de premiers recours pour les troubles légers à modérés et articulation avec l'offre de soins spécialisée en psychiatrie ;
4. Organisation de la permanence des soins en psychiatrie dans un contexte de tensions sur les fonctions de psychiatres hospitaliers ;
5. Gestion de l'urgence et développement du suivi post-urgences sur le lieu de vie ;
6. Manque d'une filière de soins graduée pour les troubles des conduites alimentaires ;
7. Organisation régionale des parcours de soins des malades « complexes » nécessitant une prise en soins intensive ou spécialisée (UMD/USIP) ;
8. Continuité du soin entre les différents âges de la vie, en particulier pour les grands adolescents/ jeunes adultes (16-25 ans) ;
9. Adaptation du soin psychique et psychiatrique aux jeunes accompagnés dans le cadre de mesures de protection de l'enfance.

4.2.1.4 Objectifs

Les projets territoriaux en santé mentale sont les pivots de la dynamique de déploiement du parcours santé mentale depuis 2019. Espaces de dialogue et d'initiative partagés entre les acteurs et opérateurs locaux afin d'éviter les ruptures de soins. Ils pourront s'appuyer, pour la période 2023-2028, sur les contrats locaux de santé pour les actions de prévention et sur les contrats locaux de santé mentale pour le traitement des situations dites « complexes ». Une nouvelle génération de projets territoriaux sera traduite en engagements de chaque acteur et opérateur dès 2023.

¹³ Cf. levier relatif à l'implication des usagers

Objectif 1 : Encourager la capacité de chacun à agir sur la santé mentale**Objectifs opérationnels :**

- 1- Développer un réseau de secouristes en santé mentale formés au programme « Premiers secours en santé mentale » (PSSM) dans chaque département
- 2- Déployer des actions de promotion de la santé mentale par population cible (enfants, adolescents, étudiants) en s'appuyant sur l'approche par compétences psycho-sociales
- 3- Promouvoir la réhabilitation psychosociale et l'engagement des usagers dans les institutions et favoriser la vie sociale et citoyenne en milieu ordinaire et soutenir les programmes de psychoéducation

Exemples d'actions :

- ⊙ Programme annuel de formations PSSM financées et ciblées vers des publics jeunes, étudiants, agriculteurs, monde du travail
- ⊙ Promotion d'outils innovants numériques en éducation à la santé mentale
- ⊙ Programme d'actions annuel pour sensibiliser, informer et mobiliser sur les enjeux liés à leur santé mentale notamment vis-à-vis des étudiants
- ⊙ Actions de prévention et promotion de la santé mentale dans les contrats locaux de santé (CLS)
- ⊙ Offre innovante de réhabilitation psychosociale associée à une prise en charge précoce des psychoses débutantes
- ⊙ Valorisation du soutien par les pairs aidant aux personnes en situation de maladie ou de handicap psychique

RESULTATS ATTENDUS

- 2000 secouristes en santé mentale formés en 5 ans en BFC
- Recrutement de pairs-aidants professionnels dans les établissements de soins, en intra et extrahospitalier
- Soutien aux groupements d'entraide mutuelle (GEM) pour les personnes présentant un handicap psychique dans chaque département
- Conventonnement avec les bailleurs sociaux pour l'accès au logement en milieu ordinaire des personnes suivies dans le cadre de troubles psychiques

Objectif 2 : Améliorer la prévention et la prise en soin du suicide**Objectifs opérationnels :**

- 1- Accroître le repérage du risque suicidaire
- 2- Organiser une filière de soins pour les patients suicidaires

Exemples d'actions :

- ⊙ Finaliser l'organisation du centre de jour du 3114, numéro national de prévention du suicide en BFC
- ⊙ Structurer une filière de soins après le passage aux urgences pour les patients suicidaires et suicidants (unité d'hospitalisation complète de courte durée, équipe mobile intersectorielle, lien avec les médecins traitants)
- ⊙ Renforcer le dispositif « Vigilans » pour les publics « adultes » et « adolescents »
- ⊙ Promouvoir les dispositifs de prévention du suicide auprès des professionnels de santé et du grand public (formations, outils) en appui sur les contrats territoriaux en santé mentale et contrats locaux de santé
- ⊙ Structuration de la « post-vention » auprès de l'entourage après un suicide

RESULTATS ATTENDUS

- Une augmentation du nombre de professionnels formés au repérage de la crise suicidaire
- Une augmentation du nombre de patients intégrés dans le dispositif VIGILANS,
- Une équipe opérationnelle du 3114 en BFC

Objectif 3 : Améliorer l'orientation et apporter des réponses adaptées aux besoins de santé mentale en psychiatrie dès le plus jeune âge sur l'ensemble du territoire régional

Objectifs opérationnels :

- 1- Développer le repérage et le soin précoce des troubles psychiques de la petite enfance à l'adolescence
- 2- Prévenir la situation de crise en favorisant le soin au plus près du lieu de vie
- 3- Favoriser les articulations et les liens entre les dispositifs de prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale, scolaire, judiciaire en mettant l'accent sur la protection de l'enfance

Exemples d'actions :

- ⊙ Activité des consultations de psychiatrie périnatale au sein des maternités, ainsi que les consultations ou unités « père-mère-bébé » dans les services de pédiatrie
- ⊙ Travail en réseau (staffs médico psychologiques, équipes en maternité et en PMI)
- ⊙ Soins à domicile ou sur lieu de vie pour les publics jeunes dans chaque département
- ⊙ Soutien aux équipes d'appui et de liaison avec les établissements médico-sociaux et sociaux de protection de l'enfance
- ⊙ Repérage et la prise en soin précoce des troubles des conduites alimentaires

RESULTATS ATTENDUS

- Une réponse organisée en liaison et appui auprès des établissements prenant en charge des enfants et jeunes sous mesure de protection de l'enfance dans chaque département
- Un dispositif par département pour accompagner la transition 16-25 ans
- Une offre de soins graduée pour repérer et prendre en charge précocement les jeunes présentant des troubles des conduites alimentaires

Objectif 4 : Soutenir des parcours de soins, en dehors de l'hôpital, gradués et adaptés aux enjeux de la démographie médicale et paramédicale dans les cinq prochaines années

Objectifs opérationnels :

- 1- Consolider l'accès au diagnostic et au soin avec une approche globale du patient, au plus près du lieu de vie, en s'appuyant sur les soins de premier recours (médecin généraliste – psychologue) et les soins spécialisés des centres médico-psychologiques
- 2- Soutenir l'émergence et le développement de pôle ressources experts spécialisés en psychiatrie en capacité d'intervenir en appui des centres médico-psychologiques (CMP) et centres de guidance infanto-juvéniles (CGIJ), équipes de soins du premier recours et structures médico-sociales sur des thématiques ciblées
- 3- Organiser et rendre lisible le dispositif de prise en charge des urgences psychiques et psychiatriques au sein de chaque territoire

Exemples d'actions :

- ⊙ Déploiement des dispositifs de soins intensifs à domicile et les équipes de case management
- ⊙ Dispositifs de type « plateformes téléphoniques » d'appui-conseil aux familles et aux médecins généralistes (ex : psychopharmacologie)
- ⊙ Appui sur des réseaux de psychologues libéraux et les structures de soins coordonnés pour renforcer l'accès gratuit à l'accompagnement psychologique des patients présentant des troubles légers à modérés
- ⊙ Renforcement des équipes pluridisciplinaires adaptées en centre médico-psychologique avec une attention particulière aux territoires fragilisés (ville, rural)
- ⊙ Déploiement d'une prise en charge spécialisée en psychiatrie (IDE et IPA-Infirmier en Pratique Avancée, mention santé mentale) dans les plus gros pôles urgences de la région
- ⊙ Promotion des dispositifs intersectoriels d'évaluation-orientation en entrée d'hospitalisation couplés à des équipes d'intervention à domicile et équipes relais avant prise en charge en CMP

RESULTATS ATTENDUS

- Définition dans les PTSM, pour chaque territoire de santé, un « schéma des urgences psychiatriques » pour les adultes et pour les enfants intégrant la problématique des transports sanitaires
- Montée en charge des dispositifs d'accompagnement gratuit par les psychologues libéraux, sur adressage médical, des patients souffrant de troubles légers à modérés,
- Augmentation du nombre de patients suivis par les services de psychiatrie à domicile
- Recrutement d'IDE formés à la psychiatrie et d'IPA au sein des structures Urgences de la région
- Réduction du délai de prise en charge au sein des CMP
- Structuration d'équipes dédiées au soin somatique des patients suivis en psychiatrie

Objectif 5 : Accompagner les évolutions de l'exercice médical et de l'offre de soins dans le contexte d'érosion de la démographie des professionnels de santé

Objectifs opérationnels :

- 1- Favoriser l'intégration de compétences variées au sein des équipes de soins, pour libérer du temps médical et pour croiser les regards sur la prise en soins : Infirmiers en pratiques avancées (IPA) mention santé mentale, éducateurs, pairs professionnels, ...
- 2- Développer le recours aux technologies numériques pour faciliter tant l'autonomie des patients que l'accès à l'expertise médicale, la permanence et continuité des soins, et la coordination avec les soins de premiers recours et les structures médico-sociales
- 3- Soutenir les équipes hospitalières dans la démarche continue de réduction du recours à l'isolement et à la contention, appuyée par la mise en œuvre des recommandations sur la prévention et gestion de situations de violence et le développement de mesures alternatives
- 4- Promouvoir des dispositifs d'appui-conseil sur les traitements médicamenteux auprès des professionnels spécialisés et du premier recours ainsi qu'auprès des familles et patients
- 5- Soutenir les acteurs impliqués dans la recherche et la formation et les projets de recherche clinique, vecteurs fort d'attractivité pour l'exercice de la psychiatrie dans la région

Exemples d'actions :

- ⊙ Retours d'expérience entre établissements de la région sur la diversification des compétences au sein des équipes soignantes et sur la mise en place des protocoles de coopération entre psychiatres et IPA, tant en hospitalier qu'en CMP
- ⊙ Développement des capacités de formation des IPA mention santé mentale, tant avec les deux UFR Santé de la région qu'avec les établissements encadrant leurs stages (ARS accompagne financièrement les candidats retenus au master 2 d'IPA)
- ⊙ Valorisation des pratiques de téléexpertise et téléconsultation et des échanges dématérialisés entre professionnels type courriers, prescriptions
- ⊙ Soutien aux dispositifs de formation sur les thèmes isolement contention, désescalade, prise en charge des moments de violence des patients, ainsi que les projets d'améliorations architecturales et d'aménagements d'espaces d'apaisement dédiés
- ⊙ Soutien à l'émergence de fédération régionale d'actions de recherche clinique en psychiatrie et d'observation en santé mentale

RESULTATS ATTENDUS

- Augmentation du nombre d'IPA mention santé mentale formés et recrutés,
- Dispositifs de télé-expertise et téléconsultations en psychiatrie opérationnels,
- Organisation de journée annuelle thématique d'échanges de pratiques sur l'isolement-contention entre les équipes de soins de différents établissements de la région,
- Equipes ressources et expertes identifiées par l'ensemble des professionnels du 1^{er} et 2nd recours sur des thématiques liées à la psychiatrie telles que psychopharmacologie, la psychiatrie du sujet âgé, prévention du suicide, dépression résistante, prise en charge précoce des psychoses

4.2.1.5 Partenariats

- Etablissements autorisés en psychiatrie, Fédérations hospitalières
- Services des urgences
- Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné (FEMASCO)
- Union nationale des amis et familles de personnes atteintes de maladies psychiatriques (UNAFAM)
- Unions régionale et départementales des associations familiales (URAF / UDAF)
- Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPsy)
- Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
- Service de santé universitaire,
- Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)
- Institut régional supérieur du travail éducatif et social (IRTESS)
- Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS)
- Conseils départementaux,
- Conseil régional,
- Collectivités,
- Conseils territoriaux de santé mentale
- Contrats locaux de santé mentale
- Assurance maladie

4.2.1.6 Transversalité

- ⊙ Livret activités de soins - Médecine d'urgence
- ⊙ Livret activités de soins - Psychiatrie
- ⊙ Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les personnes démunies

4.2.2 Parcours périnatalité

Les objectifs définis dans le parcours périnatalité s'appuient sur la base des orientations et priorités nationales

Ils s'attacheront de plus, sur la base des conclusions du rapport de surveillance de la santé périnatale en France, publié en septembre 2022 par Santé Publique France¹⁴, à répondre aux enjeux d'amélioration des indicateurs de santé périnatale en Bourgogne-Franche-Comté en favorisant le déploiement de la stratégie des 1000 premiers jours.



La feuille de route des 1000 premiers jours s'inscrit dans un dispositif transversal et partenarial ; les objectifs stratégiques du parcours ont donc pour objectif de renforcer la déclinaison des 3 étapes clés du parcours des 1000 premiers jours et de promouvoir le plus précocement possible la mise en place de comportements favorables.

Ce parcours doit, d'autre part, s'articuler avec l'engagement maternité visant à mieux répondre aux attentes des femmes enceintes. Dans un contexte d'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer issues de territoires isolés, des travaux spécifiques ont été engagés par le Ministère de la santé dès 2019 pour compenser les désavantages qui peuvent être associés à ces situations d'éloignement géographique. Sont ainsi prévus un hébergement en proximité de la maternité la plus proche en amont du terme prévu de l'accouchement, ainsi que la prise en charge des frais de transport pour les trajets des derniers mois vers la maternité.

La question de la santé génésique des femmes fait l'objet d'une attention particulière. Les thématiques majeures que sont l'endométriose et l'accès à l'IVG feront l'objet d'objectifs stratégiques spécifiques.

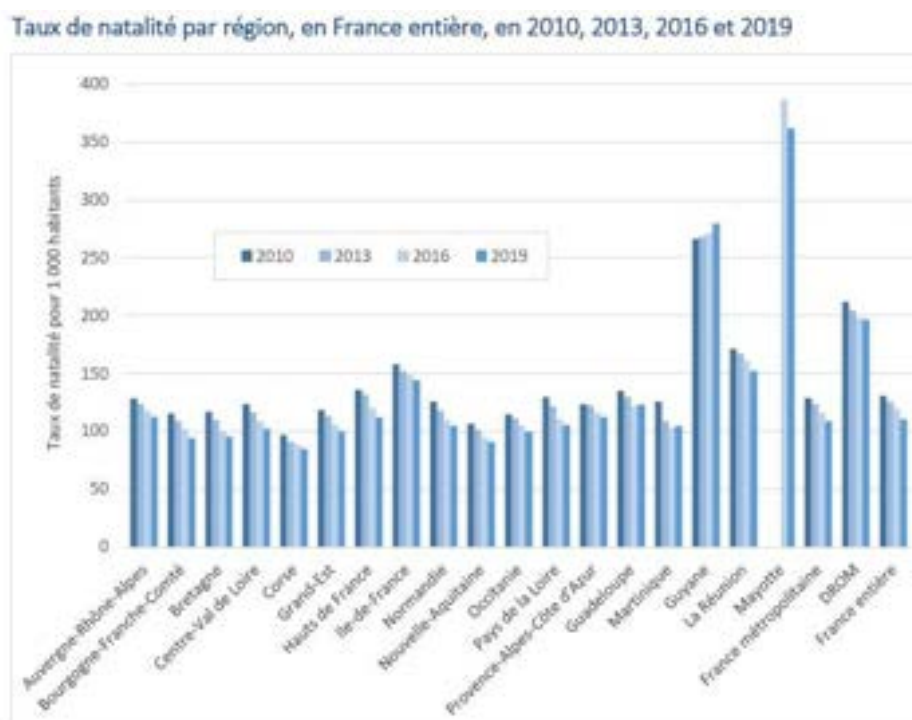
La parentalité est portée dans le cadre du pass-santé jeune et déployée au travers, notamment, d'actions portées par l'IREPS¹⁵.

¹⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/anomalies-et-malformations-congenitales/documents/rapport-synthese/rapport-de-surveillance-de-la-sante-perinatale-en-france>

¹⁵ Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

4.2.2.1 Contexte et problématique

Approche diagnostic : données épidémiologiques et situation régionale, particularités locales



Source : Rapport de surveillance de la santé périnatale en France¹⁶

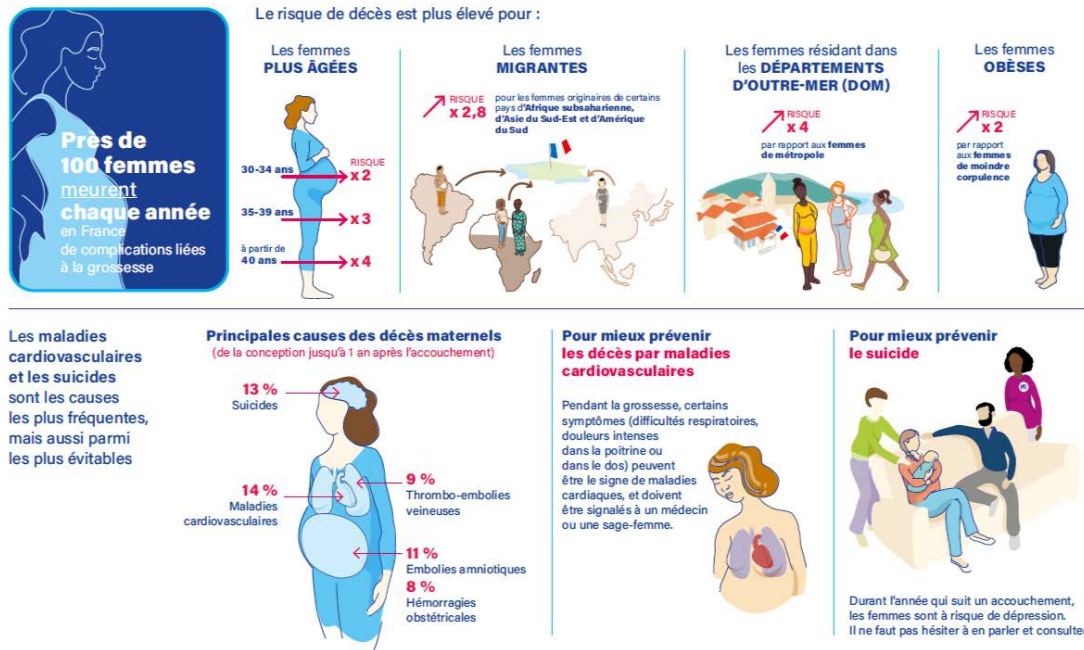


Source : « ScanSanté-Indicateurs de santé périnatale-FFRSP-

¹⁶ <https://enp.inserm.fr/rapport-enp-2021-disponible-en-ligne/>

MORTS MATERNELLES EN FRANCE : LES DONNÉES CLÉS DE L'ENQUÊTE 2013-2015

6^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015.
En ligne sur : www.santepubliquefrance.fr / www.epopé-inserm.fr



Source : 6^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) pour la période 2013-2015¹⁷

Le **taux de natalité** est en baisse continue en France (hors territoires ultra-marins), notre région suit la même évolution. L'évolution des causes de décès entre 2010-2012 et 2013-2015 montre une diminution de la mortalité maternelle directe, notamment de la mortalité par hémorragie obstétricale. Cette diminution peut être interprétée comme une amélioration globale des soins obstétricaux. L'évolution est moins remarquable pour les causes indirectes, illustrées dans l'infographie infra qui ne montrent pas de diminution notable. En 2013-2015, les pathologies cardiovasculaires et les suicides représentent respectivement les 1^{ères} et les 2^{ndes} causes de mortalité maternelle.¹⁸ Les principaux résultats de l'enquête nationale périnatale 2021¹⁹ mettent en avant une amélioration de plusieurs indicateurs qui témoignent d'une amélioration de la santé des femmes et des mesures de prévention.

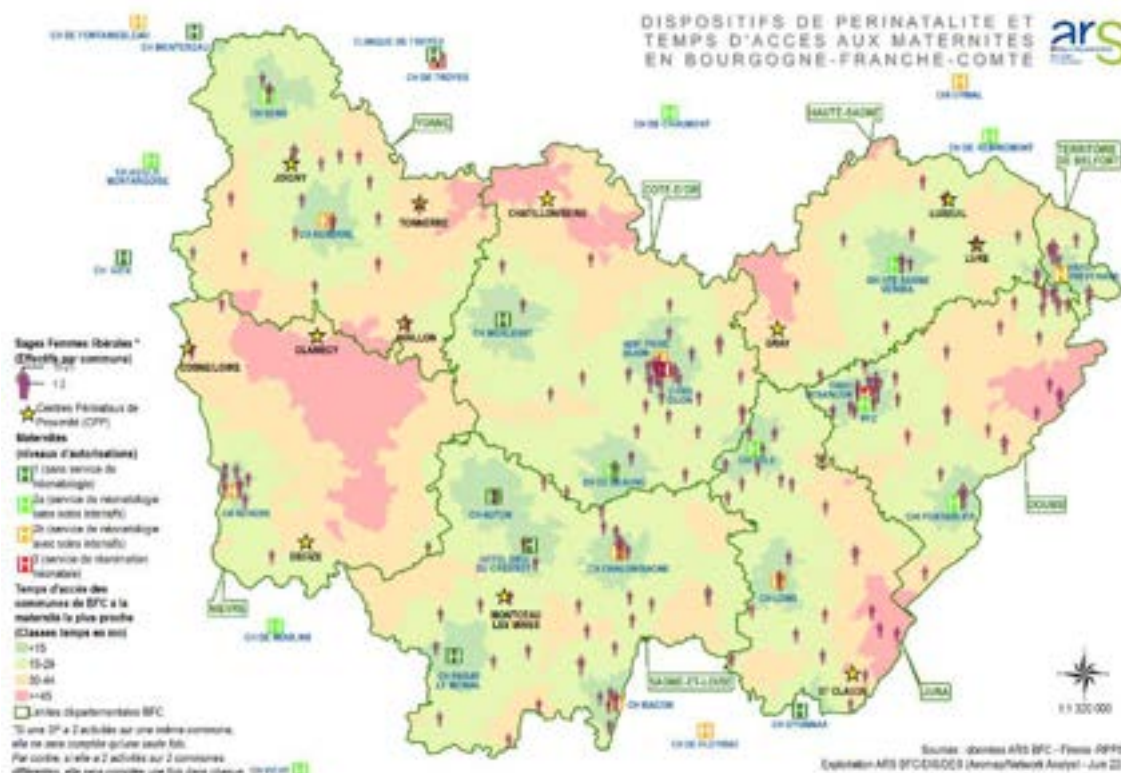
Cependant, un certain nombre d'indicateurs nécessitent que soit renforcé l'organisation des parcours de soins :

Indicateurs qui évoluent favorablement		Indicateurs qui évoluent défavorablement
Tabac		Dépression post-partum
Substances toxiques		Report âge maternel
		Surpoids et obésité
		Diabète gestationnel

¹⁷ <https://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

¹⁸ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/anomalies-et-malformations-congenitales/documents/rapport-synthese/rapport-de-surveillance-de-la-sante-perinatale-en-france>

¹⁹ <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-publique-france-partenaire-de-la-6e-edition-de-l-enquete-nationale-perinatale>



La carte présente la répartition des structures et des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité sur le territoire, ainsi que les temps d'accès aux maternités. L'offre est différente d'un territoire à l'autre, tant en terme de positionnement que de diversité, et est à rapporter à la densité de population. Les travaux du parcours Périnatalité intègrent ces particularités, conduisant à proposer des objectifs ci-après concourant au renforcement d'une offre de qualité et de sécurité.

➤ **Cadre national : plans nationaux, régionaux, références réglementaires**

Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement

La stratégie nationale de santé sexuelle vise une amélioration de la santé sexuelle et reproductive, et comporte aussi des actions pour garantir l'accès à l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) à toutes, sur l'ensemble des territoires. (Cf. livret prévention – santé sexuelle)

L'accès à l'IVG a été récemment renforcé, en élargissant notamment l'autorisation des techniques chirurgicales aux sages-femmes. Les modalités et pratiques ont évolué, avec un allongement des délais jusqu'à 14SA et une simplification par suppression de la semaine de réflexion.

Un répertoire recensant les professionnels de santé ayant donné leur accord pour y figurer ainsi que l'ensemble des structures pratiquant l'IVG sera publié par les ARS.

Stratégie Nationale de Lutte contre l'Endométriose du 14/02/22²⁰

L'enjeu consiste à garantir un diagnostic rapide et l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire en développant des filières territoriales spécifiques à l'endométriose d'ici à 2023. Concrètement, il s'agira de mettre en place, partout sur le territoire, des structures identifiées

²⁰ Rapport de proposition d'une stratégie nationale contre l'endométriose (2022 – 2025)

Instruction N° DGOS/R4/2022/183 du 12 juillet 2022 relative à l'organisation, sur les territoires, de filières dédiées à la prise en charge de l'endométriose

permettant d'informer les citoyens, de sensibiliser et former les professionnels, y compris en milieu scolaire, de diagnostiquer l'endométriase, d'annoncer ce diagnostic et d'organiser la prise en charge personnalisée de chaque patiente en conséquence, grâce à des parcours personnalisés de soins, des réunions de concertation pluridisciplinaires.

Instruction N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional La région BFC compte 2 dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité, organisés et structurés selon les exigences du cahier des charges en vigueur, qui évoluera prochainement (textes réglementaires en cours de rédaction).

Décret n° 2022-555 du 14 avril 2022 relatif à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports correspondants et arrêté du 29 avril 2022 fixant les conditions d'accès à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports

Rapport de la commission des 1000 premiers jours septembre 2020. Là où tout commence.

Une grossesse en pleine santé et les 1 000 premiers jours garants de la suite

De nombreuses recherches ont mis en évidence l'existence de liens entre diverses expositions dès la vie intra-utérine, et la mortalité, ou la survenue de maladies à l'âge adulte. Le concept des « origines développementales de la santé et des maladies » propose une théorie unificatrice à l'ensemble de ces observations. Les premières périodes de la vie, depuis l'environnement péri-conceptionnel et la grossesse, jusqu'à la fin de la première enfance (les « 1 000 premiers jours », selon l'expression adoptée par l'OMS), constituent une période de sensibilité au cours de laquelle l'environnement sous toutes ses formes qu'il soit nutritionnel, écologique, socio-économique et les modes de vie créent des marques sur le génome, influençant la santé et le risque futur de maladie d'un individu. Une susceptibilité ou une résistance à développer, plus tard, l'ensemble des maladies chroniques non transmissibles de l'adulte peut ainsi se créer, au gré des évolutions du contexte, notamment nutritionnel.

Une hétérogénéité des prises en charge est observée dans les différentes dimensions du suivi de la grossesse (consultations prénatales, échographies obstétricales, préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce et la réduction des consommations et environnements défavorables à la santé). Les facteurs sociaux jouent un rôle majeur dans ces inégalités, les femmes en situation économique précaire présentant de manière systématique les suivis prénatals les plus insuffisants.

Le « parcours dit des 1000 premiers jours » consiste à proposer un accompagnement sécurisé et personnalisé aux parents et à offrir un meilleur suivi et accompagnement aux premiers âges de la vie. Trois moments-clés sont identifiés : l'entretien prénatal précoce, le séjour à la maternité, le retour à domicile et les premières semaines post-accouchement, qui font l'objet d'une attention particulière et de la mise en place de nouvelles modalités.

L'entretien post natal précoce est rendu obligatoire. Il doit être réalisé entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine post accouchement. (<https://www.cnsf.asso.fr/preconisations-cnsf-entretien-postnatal-precoce>)

Instruction n° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2022/61 du 18 février 2022 relative à la contractualisation préfet/ARS/département en prévention et protection de l'enfance pour l'exercice 2022. Elle a pour objectifs l'accès à la prévention en santé pour tous les enfants, l'amélioration de la situation des enfants protégés et la production d'une meilleure convergence des réponses aux besoins des enfants et des familles.

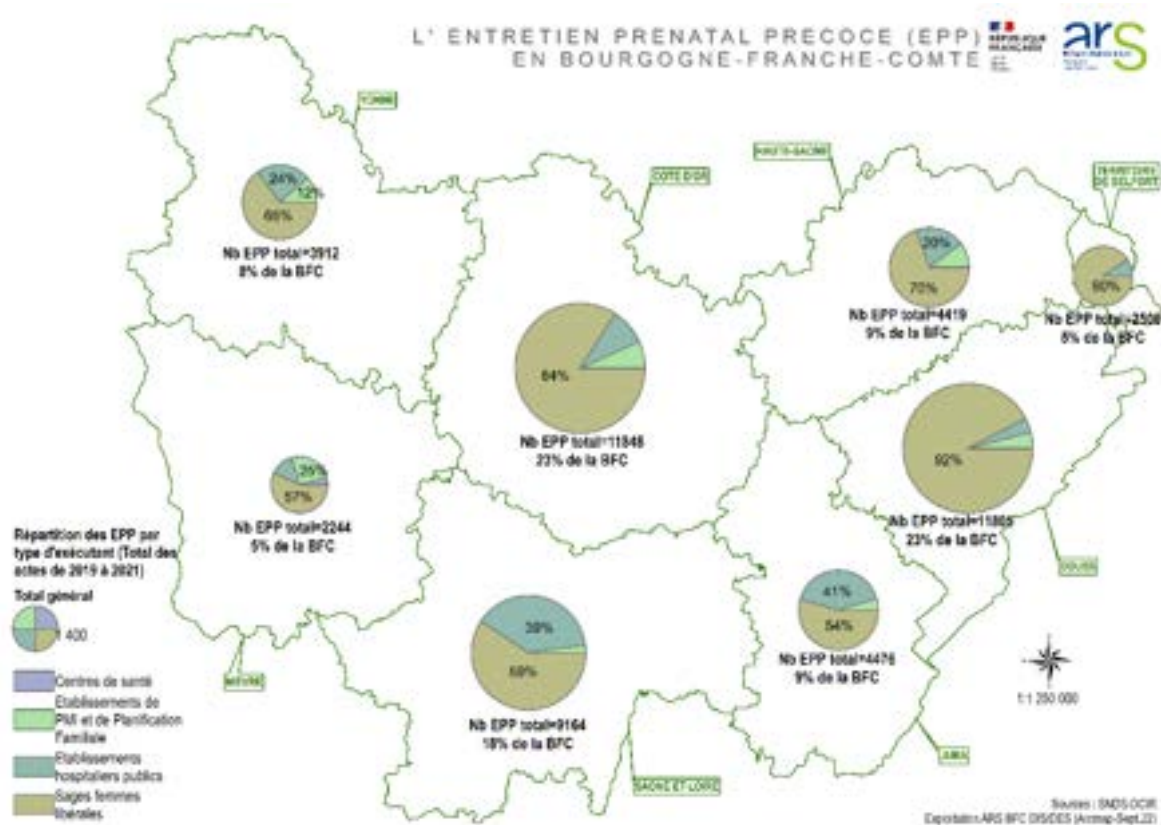
Instruction N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration des parcours de soins pour les enfants victimes de violences

Elle a pour objectif de structurer dans chaque département une offre et des parcours de soins spécialisés en faveur de l'enfance en danger, graduée et coordonnée.

4.2.2.2 Principales réalisations régionales depuis 2018

Les 5 dernières années ont été marquées par l'apparition du concept des 1000 premiers jours et sa vulgarisation à travers les évolutions du domaine périnatal, nécessaires au regard d'une meilleure connaissance de l'exposome, des inégalités sociales de santé qui s'accroissent, d'une démographie des professionnels en baisse continue, des souhaits des femmes et des parents d'être davantage pris en considération.

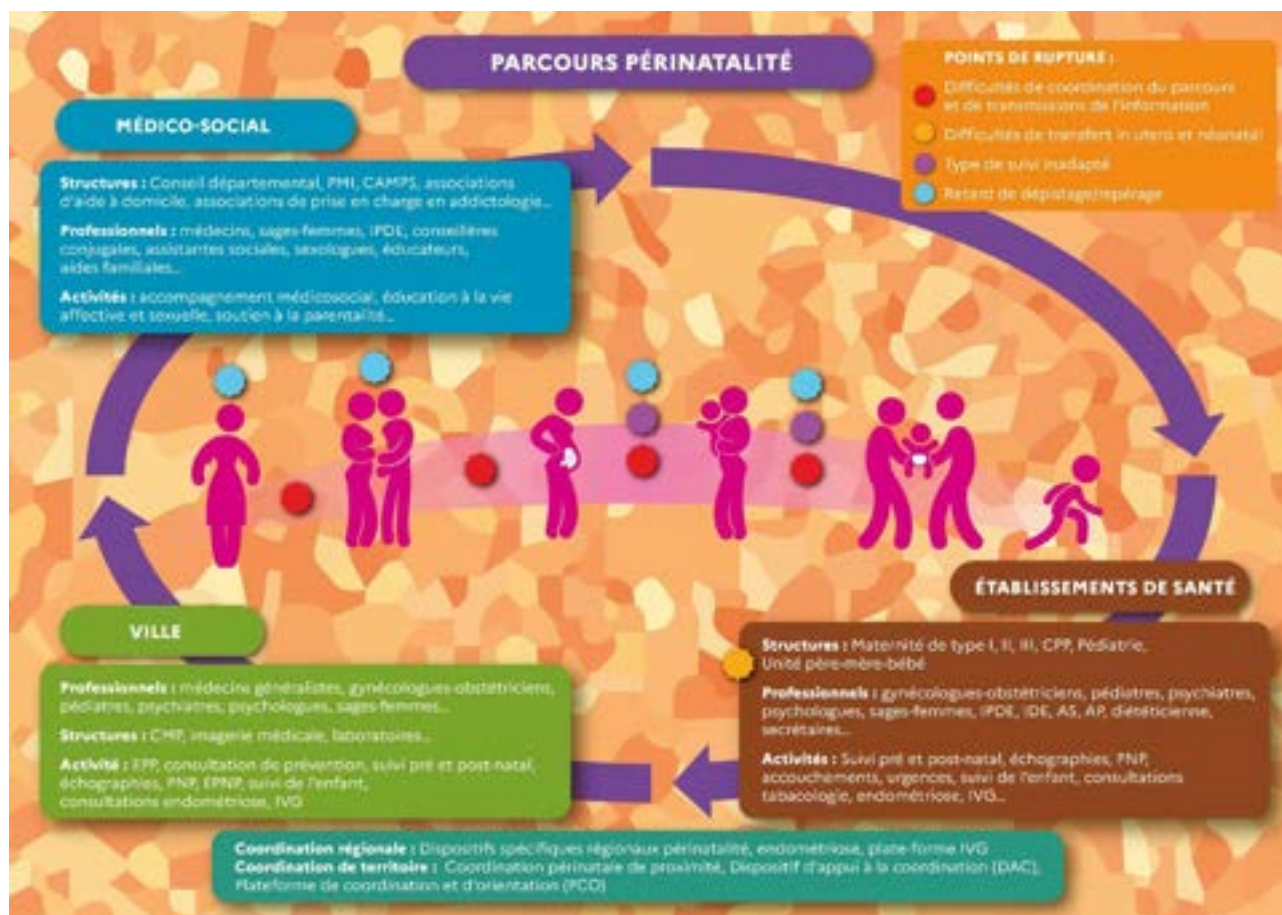
L'entretien prénatal précoce (EPP) est reconnu comme un moment clé des 1000 premiers jours et a fait l'objet d'un large déploiement dans la région depuis 2018.



Cartographie répartition des Entretiens Prénatals Précoces par territoire et par type de structure

L'analyse des taux d'EPP réalisés en Bourgogne-Franche-Comté montre une disparité de la répartition des type d'exécutants. Ainsi, il peut être constaté une plus forte proportion d'EPP réalisés par les sages-femmes libérales sur les territoires ayant engagé une dynamique territoriale de parcours de prise en charge.

4.2.2.3 Schéma des points de rupture



La coordination régionale de ce parcours est portée par les **dispositifs régionaux en périnatalité (DSR)**²¹

La déclinaison régionale est assurée par : les coordinations périnatales de proximité le cas échéant, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les Plateformes de coordination et d'orientation (PCO).

Ces déclinaisons territoriales peuvent être portées au sein des contrats locaux de santé.

Le **DSR EndoBFC**²² a par ailleurs la charge d'organiser la structuration d'une offre de soins graduée sur l'ensemble du territoire de Bourgogne-Franche-Comté *via* la mise en place d'une filière dédiée à la prise en charge de l'endométriose.

²¹ Instruction N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.

²² Instruction N° DGOS/R4/2022/183 du 12 juillet 2022 relative à l'organisation, sur les territoires, de filières dédiées à la prise en charge de l'endométriose

4.2.2.4 Objectifs

Objectif 1 : Préserver la santé de toutes les femmes en leur permettant d'être orientées, accompagnées et d'accéder aux dispositifs spécifiques dédiés à l'IVG, à l'endométriose

A noter que l'assistance médicale à la procréation (AMP) relève d'une fiche dédiée dans le livret Activités de soins et que la santé sexuelle fait l'objet d'une fiche spécifique dans le livret prévention.

Objectifs opérationnels :

- 1- Renforcer l'information et la formation des professionnels de 1^{er} recours notamment en s'appuyant sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- 2- Favoriser le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans des conditions de sécurité sur l'ensemble du territoire, notamment par une offre diversifiée en orthogénie répondant aux évolutions réglementaires
- 3- Organiser la structuration d'une offre de soins graduée dans l'ensemble du territoire de BFC en mettant en place une filière dédiée à la prise en charge de l'endométriose

Objectif 2 : Décliner la politique des 1000 premiers jours en région BFC : promouvoir collectivement un environnement favorable et organiser un parcours individuel médico-psycho-social coordonné, sécurisé et adapté des futurs parents et des nouveau-nés, tenant compte des vulnérabilités.

Objectifs opérationnels :

- 1- Proposer à tous les futurs parents une consultation pré-conceptionnelle
- 2- Proposer à tous les parents un parcours personnalisé sécurisé, du projet de grossesse au post-accouchement et renforcé aux moments-clés, intégrant systématiquement le co-parent : l'entretien prénatal précoce, le séjour à la maternité, le retour à domicile et les premières semaines post-accouchement, l'entretien post natal précoce
- 3- Consolider le dépistage anténatal, néo-natal et dans les premières années de vie pour favoriser des accompagnements et prises en charge précoces des troubles du développement
- 4- Développer l'articulation entre les dispositifs de suivis des enfants vulnérables et les plateformes de coordination et d'orientation (PCO)

Objectif 3 : Adapter l'offre aux besoins du territoire en tenant compte des disparités territoriales, des attentes sociétales des parents et de la démographie médicale et maïeutique

Objectifs opérationnels :

- 1- Co-développer avec les usagers et les acteurs une filière physiologique innovante intégrant les maternités, les maisons de naissance, les professionnels libéraux
- 2- Poursuivre et soutenir le déploiement des staffs médicaux ville/hôpital
- 3- Mettre en œuvre, dans tous les établissements identifiés par la DGOS, de l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et de la prise en charge des transports correspondants dans tous les établissements
- 4- Développer l'hospitalisation de jour en obstétrique permettant d'améliorer l'accessibilité aux soins des populations les plus éloignées des plateaux techniques et des populations vulnérables

Objectif 4 : Structurer l'organisation des dispositifs régionaux en périnatalité

Objectifs opérationnels :

- 1- Décliner les modalités d'organisation et de contractualisation des dispositifs spécifiques régionaux (DSR), sur la base de la future circulaire précisant leur cahier des charges et leurs modalités de fonctionnement
- 2- Soutenir en lien avec les maternités des CHU une démarche de coopération des DSR de Bourgogne-Franche-Comté
- 3- Conforter le financement et l'organisation des déclinaisons territoriales des DSR en périnatalité

Exemples d'actions :

- ⊙ Prise en charge facilitée de l'IVG médicamenteuse par les professionnels libéraux
- ⊙ Maintien de l'offre complète en établissement pour la prise en charge des IVG chirurgicales
- ⊙ Commissions d'orthogénie portées par les deux DSR de périnatalité à conforter sur le territoire
- ⊙ Actions de communication grand public et professionnels sur l'IVG et l'endométrirose
- ⊙ Actions de communication grand public et professionnels afin de promouvoir la consultation pré-conceptionnelle
- ⊙ Mise en place dans le premier trimestre d'une consultation d'« orientation de suivi » en établissement de santé favorisée
- ⊙ Systématisation des consultations pédiatriques anténatales en cas de grossesse à risque
- ⊙ Déploiement de l'entretien post-natal précoce

RESULTATS ATTENDUS

- Généralisation de la réalisation des entretiens prénatals précoces
- Augmentation de la densité de professionnels garantissant l'accès à l'IVG
- Diffusion d'outils d'informations relatives à l'endométrirose, à destination des professionnels et des patientes
- Mise en place des hébergements temporaire non médicalisés : 100 % des maternités (cible à 5 ans)

-

4.2.2.5 Partenariats

- Acteurs régionaux et partenaires de politiques publiques (départements, région, collectivités, etc...)
- Dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité de Franche-Comté et de Bourgogne
- Dispositif spécifique régional endométriose
- Plateformes de coordination et d'orientation
- Ordres des sages-femmes et des médecins
- URPS des sages-femmes et des médecins
- Etablissements de santé : maternités, centres périnataux de proximité
- Associations d'usagers
- Protection Maternelle Infantile des 8 Conseils Départementaux de BFC
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

4.2.2.6 Transversalité

- ⊙ Livret activités de soins – Obstétrique, gynécologie
- ⊙ Livret prévention – PRSE 4

4.2.3 Parcours handicap

4.2.3.1 Contexte et problématique

La loi du 11 février 2005 donne la définition du handicap suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ».

Quelques chiffres :

Peu de chiffres sont disponibles sur le handicap mais d'après les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021 de la CNSA, en France, « 4,3 millions de personnes de 20 à 59 ans vivant à domicile, ont une ou des limitations fonctionnelles, et/ou une reconnaissance administrative de handicap, et/ou un handicap ressenti : soit environ un adulte sur sept²³. ».

Les troubles du neuro-développement :

De la même façon que pour les données globales sur le handicap, il est difficile de disposer de données précises selon les différents troubles/déficiences. Néanmoins, on estime que la prévalence des différents Troubles du Neuro-Développement (TND) est en constante augmentation. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), ils touchent 5% de la population, soit environ 35 000 naissances par an²⁴. Selon la Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, chaque année près de 10% des enfants naîtraient avec un trouble du neuro-développement²⁵.

Concernant les enfants, « 427 822 élèves en situation de handicap étaient scolarisés à la rentrée en 2019 dont 361 174 en milieu ordinaire. »²⁶ sur l'ensemble du territoire national.

Les maladies neuro-évolutives :

Quant aux Maladies Neuro-Evolutives (MNE), elles constituent un défi pour notre système de santé et pour la politique de recherche française et internationale car elles se caractérisent, pour les plus fréquentes (Alzheimer et maladies apparentées, maladie de Parkinson, Sclérose en plaques...), par une évolution croissante prévisible dans les prochaines années (en France, en 2050, 2 240 000 personnes seraient atteintes de maladies d'Alzheimer et apparentées), ainsi que par la gravité de leur impact sur la qualité de vie des personnes atteintes notamment celles des « malades jeunes » âgés de moins de 65 ans (dont la prévalence est sous-estimée).

²³ Source : les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021, CNSA : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2021_interactif.pdf

²⁴ Source : site internet de la Stratégie Nationale Autisme et des troubles du neuro-développement : <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement?source=1cfe601b-4736-44b9-92c5-9a7e24ccaf6c>

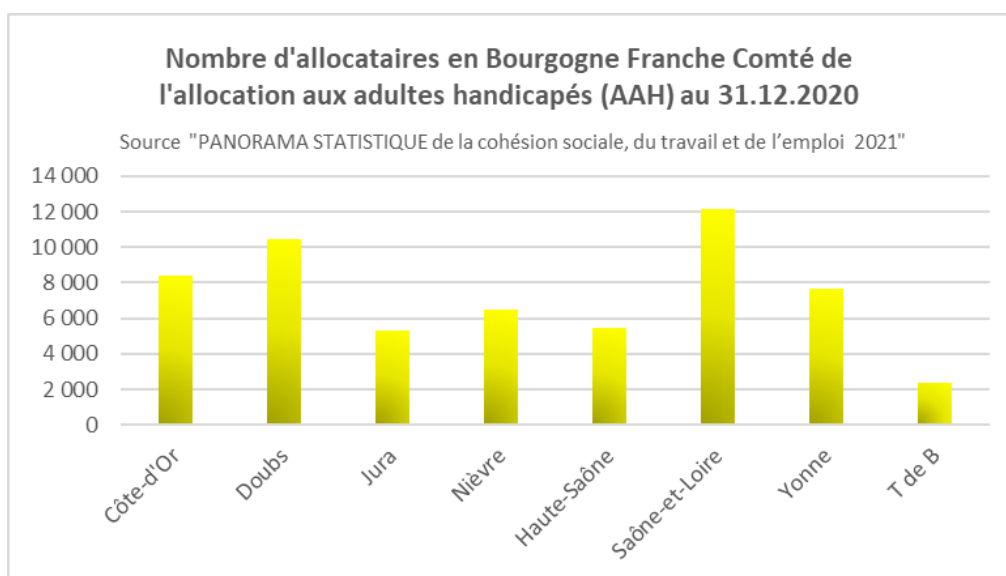
²⁵ Source : Livret d'observations partagées Parents et Professionnels de la petite enfance – DIA TND 2021 : <https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2022-01/Livret%20rep%C3%A9rage%20professionnel%20petite%20enfance%20060122.pdf>

²⁶ Source : les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021, CNSA : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2021_interactif.pdf

Les aidants :

Enfin, en ce qui concerne les aidants, en France, 8 à 11 millions de personnes (dont certains d'âge scolaire) soutiennent un proche en perte d'autonomie pour des raisons liées à l'âge, au handicap, à une maladie chronique ou invalidante. Leur nombre ira croissant dans les années à venir puisque l'on estime que, sur le seul champ des personnes âgées, il y aura trois fois plus de personnes de plus de 85 ans en 2050. Or « Acteurs invisibles » indispensables du maintien à domicile, ces aidants témoignent, pour au moins la moitié d'entre eux, de difficultés à concilier vie professionnelle/situation d'aide, de problèmes de santé liés à cette situation et de difficultés à s'accorder du répit.

Tout comme au niveau national, en Bourgogne-Franche-Comté, l'évaluation des besoins en matière de handicap repose sur une faible quantité de données disponibles. Elle s'appuie en partie sur les informations communiquées par les MDPH, notamment en ce qui concerne le nombre de personnes bénéficiant de prestations de compensation du handicap, comme par exemple le nombre de personnes bénéficiant de l'allocation aux adultes handicapés.



En Bourgogne-Franche-Comté, la part des allocataires de l'AAH dans la population âgée de 15 ans à 64 ans est de **3,9** contre **3,3** en France

(source PANORAMA STATISTIQUE de la cohésion sociale, du travail et de l'emploi 2021)

4.2.3.2 Principales réalisations régionales depuis 2018

Le précédent Schéma Régional a permis de grandes avancées dans la prise en charge du handicap avec par exemple :

- Le déploiement des Instituts Médico-Educatifs (IME) « répit » accueillant des enfants, 365 jours par an, dans chaque département,
- L'ouverture des 11 plateformes de répit et de soutien aux proches aidants (PFR) couvrant notre région, au secteur du handicap,
- Le déploiement des Plateformes de Coordination et d'Orientation Troubles du Neuro-Développement pour les enfants de 0-6 ans (PCO TND 0-6 ans) sur toute la région,
- Le développement des Equipes Mobiles d'Appui médico-social à la Scolarisation des élèves en situation de handicap (EMAS) et des Pôles d'Accompagnement Scolaire (PAS).

La crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19, a permis de tirer des enseignements et a contribué, à certains égards, à la transformation de notre système de santé pour le rendre davantage inclusif, comme par exemple avec la mise en place des communautés 360°. Elle a également mis davantage en lumière certaines difficultés persistantes dans les parcours des personnes en situation de handicap, et notamment les problématiques d'accès aux soins somatiques.

D'autres enseignements ont été tirés des mesures d'urgence prises pendant la pandémie, comme proposer une évolution du droit susceptible de faciliter la transformation des établissements et services médico-sociaux (ESSMS) concernés pour limiter la segmentation structurelle du secteur.

4.2.3.3 les enjeux du parcours

L'enjeu du parcours est de mettre en œuvre auprès de nos partenaires du social, du sanitaire, de l'Education Nationale, etc., toute l'expertise du secteur médico-social au service des personnes en situation de handicap.

Ces actions s'organisent autour :

De certaines étapes clés des parcours de vie des personnes en situation de handicap comme :

- le repérage, le dépistage et le diagnostic qui restent une difficulté pour certains types de handicap, avec des retards importants entraînant des risques de sur-handicap, ou d'aggravation de la perte d'autonomie. C'est le cas des Troubles du Neuro-Développement et des Maladies Neuro-Evolutives, mais aussi de la problématique spécifique des enfants à risque de déficience auditive ;
- l'inclusion scolaire et professionnelle qui nécessite un appui et une expertise spécifique du secteur médico-social auprès des partenaires, pour les rendre possible ;
- ou encore l'accès aux soins somatiques qui génère d'importants points de rupture dans les parcours des personnes en situation de handicap, particulièrement pour celles qui sont dites dyscommunicantes.

De l'enjeu plus global de **transformation du secteur médico-social** pour apporter des réponses souples, modulaires, innovantes, inclusives, adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap²⁷, à partir des établissements et services médico-sociaux et des dispositifs rattachés (Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) par exemple). Cela passe par :

- Une diversification des modes de prises en charge permettant de s'adapter aux besoins des personnes et à l'évolution de chaque situation ;
- Un soutien aux acteurs du secteur grâce à des outils facilitant les accompagnements et les coopérations (numérique, formations, etc.).

²⁷ Cf livret Offre – évolution de l'offre médico-sociale

Le parcours handicap est construit autour des constats des **différents rapports** publiés ces dernières années, notamment :

- Rapport Denis Piveteau, « *Experts, acteurs, ensemble pour une société qui change* »²⁸
- Rapport mondial sur le handicap de l'OMS²⁹
- Rapport sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées de Pascal Jacob³⁰
- Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), « *Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap* »³¹
- Rapport de la commission des 1000 premiers jours³², notamment les actions en faveur du soutien à la vie intime, affective, sexuelle et à la parentalité des personnes en situation de handicap, la prévention et le repérage des situations de vulnérabilité et de risque de handicap

Ainsi, le parcours handicap se donne pour objectif de répondre à l'ambition d'une société inclusive, rendue possible par la mise à disposition d'une expertise et d'une diversité des modalités de réponse du secteur médico-social garantissant à l'ensemble des personnes en situation de handicap l'accessibilité universelle selon leurs choix et leurs besoins : accès à l'éducation, accès à l'emploi, accès à un logement, accès à la culture, droit à une vie intime, affective et sexuelle...

Pour aller vers cette société inclusive, les différents rapports cités ci-dessus partagent une philosophie commune sur :

- le partenariat systématique avec d'autres acteurs dans l'idée d'une co-construction des ressources mises à disposition,
- la proposition de formules intermédiaires entre l'hébergement en structure médico-sociale et le logement inclusif en privilégiant l'autodétermination des personnes et l'émergence de leurs besoins,
- les financements rénovés pour une plus grande souplesse des accompagnements,
- les autorisations territorialisées portées par plusieurs personnes morales pour fluidifier les prises en charge.

Il s'agit donc d'assurer la continuité des actions déployées dans le cadre de ce parcours depuis 2016, pour permettre la mise en œuvre, avec tous les acteurs de notre région, des recommandations de ces rapports et des axes des différents plans nationaux :

²⁸

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2022/02/experts_acteurs_ensemble_rapport_final_modif.pdf

²⁹ <https://www.autonomia.org/article/rapport-mondial-sur-le-handicap-est-paru-1-000-000-000-de-personnes-handicapees-dans-le-monde>

³⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-piacob-0306-macarlotti.pdf>

³¹ <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-010r-rapport.pdf>

³² <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>

- la démarche nationale « réponse accompagnée pour tous » et ses 4 axes³³,
- la Stratégie Nationale Autisme au sein des Troubles du Neuro-Développement (SNA-TND) 2018-2022³⁴,
- le troisième schéma national handicaps rares 2021-2025³⁵,
- la stratégie quinquennale sur l'évolution de l'offre médico-sociale 2017-2021, et son volet concernant le polyhandicap³⁶,
- la stratégie agir pour les aidants 2020-2022³⁷, ainsi que la feuille de route maladies neuro-dégénératives notamment dans son volet concernant les « malades jeunes » âgés de moins de 65 ans³⁸.

Si le parcours décline, pour chacun de ces plans, des objectifs spécifiques relatifs aux besoins des personnes en situation de handicap et/ou de perte d'autonomie, ceux-ci s'inscrivent néanmoins dans une approche transversale visant à répondre aux points de rupture qui peuvent être communs à ces différentes populations (personnes porteuses de TND, « malades jeunes » MNE, polyhandicap...), voire à tous.

La réponse à ces enjeux nécessite donc d'accompagner la transformation de notre système de santé, en permettant :

- De **repérer et de diagnostiquer** le handicap ou les troubles à l'origine de la perte d'autonomie plus précocement, afin de démarrer, au plus tôt, les accompagnements adaptés et ce, dans un objectif d'éviter les sur-handicaps et/ou de retarder la perte d'autonomie ;
- De **renforcer le pouvoir d'agir** des personnes handicapées en allant vers une décision globale d'orientation concomitante de l'examen des droits. En généralisant l'appui à l'élaboration du projet personnel, tout en élargissant les possibilités d'accueil et d'accompagnement temporaire sans orientation préalable, car cela constitue un axe important des politiques en faveur des personnes en situation de handicap.
- De **développer des réponses inclusives** aux besoins des personnes en situation de handicap, que ce soit à l'école, dans l'emploi, à domicile... et la prise en compte de leurs besoins en toute circonstance et de soutenir leurs proches aidants ;
- De **diffuser largement l'innovation** et de **développer les usages du numérique** et des nouvelles technologies pour permettre de mieux outiller les opérateurs et de coordonner les actions de tous les professionnels autour de la personne ;
- D'**accompagner la formation des professionnels** et l'amélioration continue de la qualité, de rendre les métiers du secteur médico-social, notamment, plus attractifs

4.2.3.4 Objectifs

Objectif 1 : Favoriser le repérage, le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement le plus précocement possible et améliorer l'annonce et la reconnaissance du handicap

³³ <https://handicap.gouv.fr/une-reponse-accompagnee-pour-tous>

³⁴ <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>

³⁵ <https://handicap.gouv.fr/handicaps-rares-un-3e-schema-national-pour-consolider-laccompagnement-des-personnes-et-familles>

³⁶ <https://handicap.gouv.fr/polyhandicap-amelioration-des-droits-des-personnes-polyhandicapees>

³⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/article/agir-pour-les-aidants>

³⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/feuille-de-route-maladies-neuro-degeneratives-2021-2022>

Objectifs opérationnels :

- 1- Améliorer l'annonce de la déficience et assurer un accompagnement médico-social précoce
- 2- Poursuivre la structuration de l'offre de diagnostic et d'interventions précoces, en particulier pour les Troubles du Neuro-Développement (TND) et des Maladies Neuro-Evolutives (MNE), permettant une offre graduée de qualité, en proximité dans les territoires
- 3- Favoriser l'entrée des personnes porteuses de handicap au sein de parcours de santé et apporter une réponse/un accompagnement medico-social(e) de qualité à ces personnes et à leurs aidants

Exemples d'actions :

- ⊙ Formation des professionnels du secteur médico-social et sanitaire (particulièrement sur les maladies neuro-évolutives et les troubles du neuro-développement) tant sur le diagnostic et son annonce, que sur la prise en charge précoce
- ⊙ Actions d'information et de communication auprès des professionnels de santé pour sensibiliser aux problématiques du handicap

RESULTATS ATTENDUS

- Une structuration de la filière de diagnostic, lisible pour les familles et les professionnels, permettant des prises en charge plus précoces et des parcours plus fluides
- Une expression des usagers et des échanges publics/professionnels favorisés

Objectif 2 : Renforcer le pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap et améliorer l'accès aux droits.

Objectifs opérationnels :

- 1- Améliorer l'accès à l'information et à la connaissance de leurs droits
- 2- Promouvoir la communication et l'expression des personnes souffrant de handicap, notamment des personnes jeunes atteintes de maladies neuro-évolutives
- 3- Créer une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs en reconnaissant l'expertise des personnes
- 4- Favoriser l'accès à la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap et les accompagner dans leur parentalité³⁹

Exemples d'actions :

- ⊙ Développement et évolution des programmes d'actions d'éducation thérapeutiques du patient (ETP) avec formation à destination des proches aidants
- ⊙ Soutien au déploiement de dispositifs au bénéfice de l'autodétermination et de facilitateurs
- ⊙ Rendre les documents et les informations accessibles aux personnes par la méthode du Facile à Lire et à Comprendre (FALC) et développer la communication améliorée alternative (CAA)
- ⊙ Déployer une offre de service d'accompagnement à la périnatalité et la parentalité des personnes en situation de handicap

³⁹ Cf livret prévention

RESULTATS ATTENDUS

- Une meilleure reconnaissance de l'expertise d'usage des personnes en situation de handicap et un recueil, des envies et des besoins de la personne, facilité
- Une amélioration de la qualité de vie des personnes et proches aidants

Objectif 3 : Accompagner les personnes dans le milieu ordinaire et prendre en compte leurs besoins, choix, et envies en toute circonstance, dans un souci d'autodétermination.

Objectifs opérationnels :

- 1- Rendre le système éducatif plus inclusif
- 2- Favoriser l'accès, le maintien et le retour dans l'emploi des personnes en situation de handicap et des « malades jeunes » atteints de maladies neuro-évolutives
- 3- Renforcer l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap
- 4- Faire évoluer l'offre pour apporter plus de souplesse et de nouvelles modalités d'accompagnement adaptées, soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale
- 5- Soutenir les proches aidants dont font partie les aidants familiaux : renforcer et pérenniser l'offre existante (répit, soutien...) et faire émerger de nouvelles offres

Exemples d'actions :

- ⊙ Diffusion de flyer des dispositifs favorisant l'école inclusive
- ⊙ Promouvoir les actions de transformation des établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
- ⊙ Intégration des personnes dans les dispositifs de droit commun
- ⊙ Formation, organisation et articulation des intervenants des plateformes et dispositifs de répit dans les territoires pour une équité de traitement et un accompagnement de proximité adapté, de qualité (soutien psychologique, activités collectives, remplacement temporaire de l'aidant au domicile...).

RESULTATS ATTENDUS

- Une insertion professionnelle en milieu ordinaire facilitée pour les jeunes, un accès à l'emploi et à la formation pour davantage de personnes en situation de handicap
- Le développement de réponses en milieu ordinaire permettant le soutien à domicile et l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap, et un accompagnement des proches aidants

Objectif 4 : Développer l'innovation et les usages du numérique pour mieux outiller les acteurs et les personnes⁴⁰

⁴⁰ Cf livret innovation - esanté

Objectifs opérationnels :

- 1- Favoriser l'innovation dans l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (e-santé)
- 2- Outiller les acteurs de la filière de diagnostic des troubles du neuro-développement pour permettre des échanges de données sécurisés et une meilleure coordination
- 3- Améliorer la fluidité des parcours, la coordination des acteurs, le suivi des malades jeunes atteints de maladie neuro-évolutive en s'appuyant sur la e-santé et les outils numériques

Exemples d'actions :

- ⊙ Mise à disposition d'un système d'information dédié notamment à la filière de diagnostic des troubles du neuro-développement, au suivi des malades jeunes atteints de maladie neuro-évolutive ;
- ⊙ Utilisation de la télémédecine/téléexpertise, notamment pour faciliter l'accès à des expertises spécifiques (centres experts par exemple) ;
- ⊙ Utilisation d'outils numériques et de nouvelles technologies au service de l'amélioration de l'accompagnement des personnes en situation de handicap

RESULTATS ATTENDUS

- Des échanges de données de santé sécurisés et une circulation de l'information plus fluide entre les partenaires permettant un traitement plus efficient et plus rapide des données pour une orientation et une prise en charge améliorée des personnes ;
- Une coordination, entre les partenaires, améliorée, permettant de mieux répondre aux besoins des usagers et de leur famille et proches aidants

Objectif 5 : Accompagner la formation des professionnels, l'amélioration continue de la qualité et rendre les métiers du secteur médico-social plus attractifs

Objectifs opérationnels :

- 1- Favoriser l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs (sanitaire/médico-social, enseignants/médico-social (croisement des pratiques))
- 2- Promouvoir les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- 3- Développer des actions en faveur de l'attractivité des métiers
- 4- Adapter la formation aux besoins des professionnels libéraux, des intervenants du domicile et/ou des équipes œuvrant en institution, pour la prise en compte des problématiques des malades jeunes atteints de maladie neuro-évolutive

Exemples d'actions :

- ⊙ Offrir un programme de formations prenant appui sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en matière de troubles du neuro-développement (START, programme régional de formation TND dans le cadre de la politique des 1000 premiers jours...) ;
- ⊙ Proposition d'actions de formation sur les maladies neuro-évolutives agréés pouvant s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu/DPC (« patients jeunes »...) ;
- ⊙ Mise à disposition d'un panel d'offres de formation (présentiel *in situ*/e-learning, Mooc, format, etc...) des professionnels de tout champ, grâce aux outils numériques (plateforme du pôle gérontologique, ...) ;
- ⊙ Poursuivre le déploiement des plateformes départementales des métiers de l'autonomie (5 plateformes mises en place en 2022, extension à programmer sur les départements non couverts).

RESULTATS ATTENDUS

- Renforcement de la qualité de vie au travail des intervenants par une meilleure préparation aux difficultés spécifiques liées à la maladie et au handicap et à la gestion de leurs conséquences au quotidien ;
- Amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de handicap et des proches aidants par une réponse adaptée à leurs besoins spécifiques, prenant appui sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vigueur et les données de la science.

4.2.3.5 Partenariats

- Conseils départementaux
- Maisons départementales de personnes handicapées (MDPH)
- Education Nationale pour la scolarisation des enfants et jeunes adultes handicapés
- Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), dont Plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH)
- Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES)
- Assurance Maladie
- Conseil Régional et organismes de formation continue
- Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

4.2.3.6 Transversalité

- ⊙ Livret prévention – prévention universelle
- ⊙ Livret attractivité
- ⊙ Livret offre – évolution de l'offre médico-social
- ⊙ Livret offre – contractualisation et oopération

4.2.4 Parcours grand âge

Cette fiche s'attache à décrire les actions mises en œuvre en faveur des personnes âgées tout au long de leur parcours afin de répondre à leurs besoins et à leur état de santé : de la prévention à l'entrée potentielle en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en mettant tout en œuvre pour privilégier le maintien à domicile des personnes.

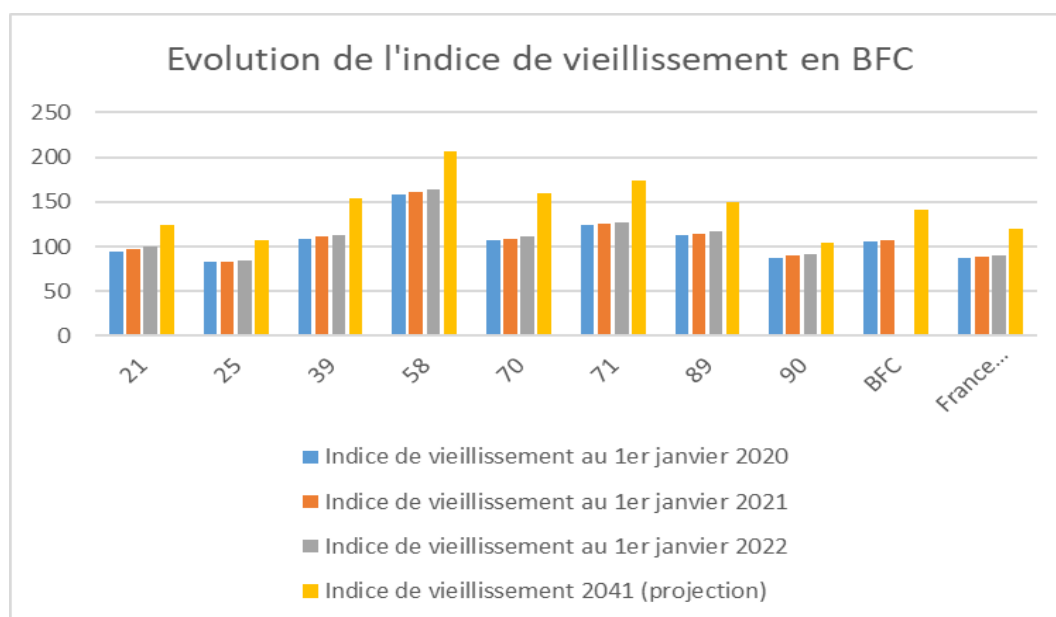
4.2.4.1 Contexte et problématique

Les progrès de la médecine amènent une augmentation du nombre de personnes qui vieillissent. Ces personnes âgées, majoritairement de plus de 75 ans, présentent des pathologies chroniques qui peuvent s'accompagner de plusieurs handicaps. Celles-ci sont vulnérabilisées et leur accompagnement comme la prise en charge médicale sont complexes et nécessitent la mobilisation de compétences dans le champ éthique, médical, social et un travail coordonné en interdisciplinarité.

Les évolutions démographiques attendues

D'après les études menées par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la région Bourgogne-Franche-Comté dénombre 320 320 personnes âgées de 75 ans et plus au 01/01/2022⁴¹. Elle est l'une des régions françaises les plus avancées en âge, puisque les personnes de plus de 75 ans représentent 11% de la population régionale (10% au niveau national, métropole).

En Bourgogne-Franche-Comté, en 2021⁴², selon l'indice de vieillissement, pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans, 107 personnes sont âgées de plus de 65 ans. Ce ratio est à 88,5 en France métropolitaine. Cet indice de vieillissement atteindrait, selon la projection de l'INSEE, 141 en BFC en 2041, contre 119,5 en France.



⁴¹ Source : Insee, estimations de population (données provisoires arrêtés au 1^{er} janvier 2022)

⁴² Source-insee/ Données 2021 : Statiss 2021, ARS BFC

En Bourgogne-Franche-Comté, la population **âgée potentiellement dépendante approcherait** quant à elle les 85 000 habitants pour la région en 2020, soit une progression de 12 % par rapport à 2014.

En France, les Maladies Neuro-Evolutives (MNE), (Alzheimer et maladies apparentées, maladie de Parkinson, Sclérose en plaques, ...) vont également connaître une évolution croissante au regard de l'évolution démographique des prochaines années (en 2050, 2 240 000 personnes seraient atteintes de maladies d'Alzheimer et apparentées), caractérisées par la gravité de leur impact sur la qualité de vie des personnes atteintes.

4.2.4.2 Principales réalisations régionales depuis 2018

Au cours de la période 2018-2023, de nombreuses avancées ont permis d'apporter des réponses aux points de ruptures qui avaient été identifiés.

Concernant **la filière gériatrique**, chaque territoire de groupement hospitalier de territoire (GHT) dispose d'une **Hotline gériatrique** qui vient en appui des établissements de santé et des professionnels de santé (à domicile comme en établissements médico-sociaux) pour les situations d'urgence ou en cas de besoin d'une expertise gériatrique permettant de différer une hospitalisation, de la programmer, ou de faciliter une prise en soin du patient sur son lieu de vie.

En parallèle, les **équipes mobiles de gériatrie** ont été renforcées afin de développer leur activité et notamment les interventions en extrahospitalier sur le lieu de vie des personnes. Des filières d'admissions non programmées évitant des passages aux urgences, parfois traumatisant, se sont également mises en place.

Dans le cadre de la **conférence des financeurs**, des actions de prévention spécifiques à chaque territoire sont financées chaque année. A cela s'ajoute des appels à projets qui permettent de financer des actions de prévention au sein des EHPAD en complémentarité du programme OMEGAH.

Sur la **prise en charge psychiatrique**, il existe désormais une unité psychiatrique pour personne âgée rattachée à un EHPAD dans tous les départements.

Un plan d'action documenté et objectif

Plusieurs rapports viennent structurer les actions à mener en faveur des personnes âgées :

Le rapport Libault⁴³, qui au travers de 21 recommandations, pose de premiers jalons opérationnels pour préfigurer ce que pourrait être un « service public territorialisé de l'autonomie », déployé dans l'ensemble du territoire national, avec notamment :

- Un guichet unique pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap, les aidants, ainsi que les professionnels de santé et le secteur médico-social ;
- Un bouquet de services large, lisible et évolutif (accueil, information et sensibilisation, orientation et mise en relation, actions de repérage et de prévention...) ;
- un rapprochement territorialisé des différents acteurs de l'autonomie dans le cadre d'un guichet unique qui permet de proposer un bouquet de services large, visible et évolutif.

⁴³ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_libault_spta_vdef.pdf

Le rapport Jeandel-Guérin de juin 2021,⁴⁴ proposent 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que les établissements demeurent des lieux de vie. Ce rapport se décline en grandes parties notamment : 1/évolution de la prise en soin, 2/évolution des ressources humaines au sein des EHPAD, 3/évolution du modèle financier, 4/numérique et réglementation.

Faire face au défi du vieillissement et à ses conséquences, recouvre plusieurs enjeux d'ordre sanitaire, financier, éthique, organisationnel et sociétale.

Cette littérature constitue une base de travail riche et précieuse pour mettre en place un plan d'actions répondant aux objectifs du "bien vieillir", priorité retenue dans le cadre du conseil national de la refondation.

Faire reculer la perte d'autonomie

Quatre facteurs de risques majeurs sont identifiés chez les personnes âgées à savoir : les chutes, la dénutrition, la iatrogénie médicamenteuse et la dépression. Ces facteurs entraînent une augmentation des hospitalisations qui ont des conséquences délétères sur les personnes âgées.

Les actions de prévention développées doivent répondre à ces problématiques mais elles doivent également permettre de lutter contre l'isolement des personnes âgées et apporter des réponses en matière d'amélioration du logement et de fourniture d'aides techniques.

Bien vieillir chez soi

En parallèle, le souhait des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile est plus que jamais d'actualité. Le soutien au maintien à domicile doit pouvoir être gradué en fonction de l'évolution des besoins des personnes. La transition entre la prise en charge à domicile et l'entrée en institution doit être préparée très en amont et nécessite de décloisonner les secteurs d'intervention.

Dans le même temps, la démographie médicale et paramédicale en souffrance est responsable d'un défaut d'accès aux soins et génère des fragilités territoriales.

En effet, le secteur de l'accompagnement et du soin subit depuis plusieurs années un manque d'attractivité, amplifié par la crise sanitaire nécessitant la mise en place d'actions concrètes en faveur des métiers de ce secteur.

La réponse proposée doit être globale, transversale et pluridisciplinaire. Elle inclut les champs de la prévention, des soins, et de l'accompagnement. Elle vise à optimiser l'existant et innover en matière d'organisation des soins et de prise en charge. Elle tend à agir très en amont de l'entrée en dépendance par un repérage des personnes à risque, en mobilisant l'ensemble des acteurs, en articulation avec les schémas départementaux de l'autonomie.

Vers une prise en charge décloisonnée et coordonnée

Cela nécessite une meilleure structuration des filières gériatriques dans chaque territoire et la diffusion d'une culture de l'expertise gériatrique afin notamment de mieux repérer les fragilités et de mettre en place des actions de prévention adaptée.

⁴⁴ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_jeandel-guerin.pdf

Dans chaque territoire, une organisation qui a fait ces preuves lors de la crise sanitaire liée au COVID, a été mise en place sur la base d'un point unique d'entrée (hotline gériatrique et Equipe Mobile de Gériatrie) et a été confortée par les derniers textes et les financements dans le cadre du plan d'action régional des urgences (PARU). Ces organisations sont à pérenniser.

Les dispositifs existants seront complétés par la création de **Centre de Ressources Territorial (CRT)**.

Ces derniers ont été créés par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (article L 313-12-3 du CASF). Ils comportent deux modalités d'intervention qui seront menées conjointement :

- Volet 1 : Mission d'appui aux professionnels du territoire
- Volet 2 : Mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif : en alternative à l'EHPAD.

Le **décret n° 2022-731 du 27 avril 2022** modifie l'article D 312-155 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) pour mettre en œuvre cette nouvelle mission de « Centre de Ressources Territorial » et prévoir les coopérations avec les établissements de santé du territoire afin de bénéficier de l'appui du secteur sanitaire.

La mission de « centre de ressources territorial » pourra être portée par un EHPAD ou par un service à domicile. Elle doit permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles, le plus longtemps possible, grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique, déjà assuré par un service d'aide ou de soins à domicile, n'est plus suffisant. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée à l'établissement.

En synthèse, les principales orientations régionales doivent répondre aux objectifs suivants :

- Reconnaître la personne âgée comme actrice et partenaire à part entière de sa prise en charge tout au long de son parcours.
- Favoriser les conditions d'un soutien à domicile de qualité par un meilleur repérage des fragilités et un renforcement de la prévention de la perte d'autonomie ;
- Structurer les filières gériatriques pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences ;
- Identifier les spécificités du parcours des personnes atteintes de maladies neuro-évolutives et accompagner leurs aidants
- Adapter l'offre de prise en charge en établissement médico-social à l'augmentation de l'âge et de la dépendance ainsi que du niveau croissant de soins requis.

4.2.4.3 les ruptures du parcours et le schéma cible

- 1 Difficulté d'obtention du consentement éclairé
- 2 Méconnaissance des recours et des actions de prévention de proximité
- 3 Déficit de programmes d'éducation thérapeutique spécifique aux personnes âgées du fait de la lourdeur de la procédure administrative
- 4 Insuffisance d'informations consolidées et partagées sur l'état de santé de la personne à domicile en cohérence avec la multiplicité des intervenants
- 5 Insuffisance au repérage des fragilités entraînant un défaut d'anticipation de l'évènement
- 6 *Turn over* croissant nécessitant un renouvellement des formations des professionnels
- 7 Problème d'attractivité des métiers du grand âge
- 8 Risque de maltraitance
- 9 Problème de démographie sanitaire et d'accès au soin
- 10 Recours systématique aux urgences même dans les situations où cela n'est pas nécessaire
- 11 Prise en charge dans un service de soins inadapté à l'état de la personne et/ou en inadéquation avec ses besoins
- 12 Sortie d'hospitalisation mal préparée et délai de prise en charge à domicile élevé
- 13 Inadaptation des réponses aux troubles du comportement chez la personne âgée
- 14 Méconnaissance et manque de lisibilité de l'offre et de son accès pour les professionnels, les acteurs et les usagers



4.2.4.4 Objectifs

Objectif 1 : Reconnaître la personne âgée comme actrice et partenaire à part entière de sa prise en charge tout au long de son parcours

Objectifs opérationnels :

- 1- Replacer la personne âgée au centre des préoccupations et des décisions
- 2- Mettre en place les conditions permettant au patient de donner son consentement éclairé

Exemples d'actions :

- ⊙ Identifier et utiliser des moyens et outils favorisant chez la personne âgée l'expression individuelle et collective
- ⊙ Mettre en place des outils rendant l'offre lisible et accessible dans l'ensemble du territoire y compris au niveau financier
- ⊙ Développer une prise en charge et un accompagnement individualisé en EHPAD
- ⊙ Garantir l'accès aux soins palliatifs aux personnes âgées en situation de fin de vie, par une réflexion anticipée avec des personnels formés et recours à une équipe experte en soins palliatifs en cas de besoin
- ⊙ Former les professionnels à la réflexion éthique, à la démarche palliative et les soutenir dans l'accompagnement de fin de vie (recours aux équipes mobiles de soins palliatifs, HAD...).
- ⊙ Renforcer les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

RESULTATS ATTENDUS

- Toute personne âgée peut exprimer ses besoins et est entendue
- Réorganisation et installation des Conseils de la Vie Sociale dans tous les établissements
- Accompagnements individualisés

Objectif 2 : Favoriser les conditions d'un soutien à domicile de qualité par un meilleur repérage des fragilités et un renforcement de la prévention de la perte d'autonomie

Objectifs opérationnels :

- 1- Repérer et prévenir les situations de fragilité à domicile, en mettant l'accent sur les principaux facteurs de risques (chutes, dénutrition, dépression, iatrogénie médicamenteuse, troubles sensoriels et neurocognitifs)
- 2- Restructurer l'offre à domicile afin de fluidifier et de décloisonner la prise en charge
- 3- Renforcer le soutien aux aidants (Formation des aidants, offres de répit, groupe de paroles...) en pérennisant les dispositifs existants et en faisant émerger de nouvelles offres en concertation avec l'en

- semble des partenaires impliqués

Exemples d'actions :

- ⊙ Mettre en œuvre les actions du plan anti chute 2022-2024
- ⊙ Déployer d'ici mi 2025 les services autonomie à domicile afin d'assurer la cohérence des interventions entre l'aide et le soin et permettre aux personnes accompagnées ainsi qu'à leurs aidants d'avoir un interlocuteur unique ;
- ⊙ Créer et/ou renforcer les plateformes de répit à destination des aidants et des personnes accompagnées en privilégiant les offres intégrées (transport, solutions de suppléance auprès de la personne aidée durant les prestations proposées à l'aidant ou en l'absence de celui-ci du domicile).

RESULTATS ATTENDUS

- Réduction des chutes de 20% en 3 ans à l'horizon 2024 (cf plan anti chute)
- Développement de l'offre intégrée aide et soins
- Maillage territorial équilibré pour offrir à l'ensemble des couples aidants/aidés résidents en Bourgogne-Franche-Comté l'accès à une offre plurielle homogène sur l'ensemble du territoire

Objectif 3 : Structurer les filières gériatriques dans le territoire régional pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences

A noter que les services de médecine et de médecine d'urgence font l'objet d'une fiche dédiée dans le livret activité de soins

Objectifs opérationnels :

- 1- Conforter la complémentarité entre les centres experts en gériatrie et les acteurs de la filière gériatrique
- 2- Adapter la réponse aux besoins d'expertise gériatrique
- 3- Encourager le recours à l'hébergement temporaire pour éviter les hospitalisations inadéquates en secteur sanitaire
- 4- Limiter le passage aux urgences uniquement aux situations non évitables en prévenant celles générées par la situation médico-sociale
- 5- Renforcer la coordination entre les établissements de santé et les EHPAD
- 6- Promouvoir la fonction d'Infirmier en Pratique Avancé (IPA)

Exemples d'actions :

- ⊙ Intégrer les hôpitaux de proximité dans la filière gériatrique territoriale
- ⊙ Articuler la filière gériatrique avec la filière psychiatrique et/ou géronto psychiatrique dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)
- ⊙ Contractualisation avec les structures d'Hébergement Temporaire (HT) autour des missions attendues (offre de répit, de transition ou d'urgence notamment pour sécuriser le retour à domicile)
- ⊙ Anticiper et préparer les sorties d'hospitalisation en lien étroit avec les professionnels de santé de proximité (médecin traitant, infirmier, services proposant un dispositif de sortie d'hospitalisation, service à domicile, ...)
- ⊙ En complément des hotlines gériatriques, instaurer une communication médicale directe entre EHPAD et établissements de santé (ES) (ligne directe, messagerie sécurisée de santé, eTICSS)

RESULTATS ATTENDUS

- Amélioration de la structuration de la filière gériatrique
- Un recours organisé à l'avis d'un psychiatre pour la personne âgée
- Augmentation du taux d'occupation des places d'hébergement temporaire ciblé entre 50 et 90 %
- Diminution des passages aux urgences inutiles
- Mise à disposition d'une boîte à outils (convention, protocole, formation...)

Objectif 4 : Faciliter l'entrée des personnes âgées atteintes de maladies neuro-évolutives au sein de parcours de santé et améliorer la qualité de la réponse apportée à ces personnes et à leurs aidants

Objectifs opérationnels :

- 1- Améliorer l'information des professionnels, des représentants d'usagers, et des personnes atteintes de maladie neuro évolutives
- 2- Adapter la formation des professionnels, des personnes atteintes de maladies neuro-évolutives et de leurs aidants

Exemples d'actions :

- ⊙ Créer et développer des outils de communication adaptés (plateforme collaborative, outils numériques/multimedia, smartphone, réseaux sociaux...) en collaboration avec les représentants d'associations d'usagers et professionnels de terrain concernés.
- ⊙ Mettre en place des formations et renforcer les actions d'éducation thérapeutique pour répondre aux besoins des professionnels (intervenants du secteurs sanitaire, médico-social, social...), des usagers et des proches aidants

RESULTATS ATTENDUS

- Meilleure connaissance des orientations déclinées, des dispositifs existants et des actions mises en place en région, en favorisant l'expression des usagers et les échanges public/professionnels, ainsi que la mobilisation des professionnels, des patients et des familles autour de projets co-construits
- Rationalisation et optimisation de l'offre de formation (Mooc, format, etc..)

Objectif 5 : Adapter l'offre de prise en charge à l'augmentation de l'âge et de la dépendance à l'entrée en établissement médico-social

Objectifs opérationnels :

- 1- Diminuer les facteurs de risques d'aggravation de la dépendance (chutes, dénutrition, dépression, iatrogénie médicamenteuse)
- 2- Renforcer la professionnalisation des personnels aux pathologies relevant des syndromes démentiels et des troubles psycho-comportementaux
- 3- Favoriser la mise en œuvre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) en EHPAD⁴⁵

Exemples d'actions :

- ⊙ Poursuivre le déploiement des modules de prévention du programme Objectif Mieux Être Grand Âge en Hébergement (OMEGAH)
- ⊙ Adapter les formations des personnels pour améliorer la connaissance de ces pathologies et de leurs conséquences
- ⊙ Echanger dans le cadre du groupe régional de l'hospitalisation à domicile (HAD)

RESULTATS ATTENDUS

- Mise en place, dans chaque EHPAD, d'au moins une action de prévention du programme OMEGAH ;
- Evolution positive du ratio Assistants en Soins en Gérontologie/Aides-Soignants
- Respect des choix de la personne
- Augmentation du nombre de résidents pris en charge en hospitalisation à domicile

Objectif 6 : Accompagner la fin de vie par une prise en charge de qualité et respectueuse de la personne
A noter que les soins palliatifs font l'objet d'une fiche dédiée dans le livret Offre.

Exemples d'actions :

- ⊙ Faire connaître les droits aux personnes âgées et à leur proches en matière de fin de vie (personne de confiance, directives anticipées)
- ⊙ Garantir l'accès aux soins palliatifs aux personnes âgées en situation de fin de vie, par une réflexion anticipée avec des personnels formés et recours à une équipe experte en soins palliatifs en cas de besoin
- ⊙ Former les professionnels à la réflexion éthique, à la démarche palliative et les soutenir dans l'accompagnement de fin de vie (recours aux équipes mobiles de soins palliatifs, HAD...).
- ⊙ Renforcer les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

RESULTATS ATTENDUS

- Mise en place dans chaque EHPAD d'une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs
- Amélioration de la formation des professionnels de santé

⁴⁵ Cf Livret Activités de soins – hospitalisation à domicile

4.2.4.5 Partenariats

- Conseils départementaux
- Conférences de financeurs
- Centres experts
- Professionnels de santé par le biais des Unions Régionales des Professionnels de Santé
- Instituts de formation paramédicaux
- Dispositifs d'appui à la coordination
- Communautés professionnelles territoriales de santé
- Caisses de retraite inter-régimes
- Pôle de gérontologie et de l'innovation
- Fédérations sanitaires, sociales et médico-sociales
- Associations d'usagers
- Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDIT)
- Services à domicile

4.2.4.6 Transversalité

- ⊙ Livret offre de santé
- ⊙ Livret activités de soins – soins médicaux et de réadaptation
- ⊙ Livret activités de soins – soins de longue durée

4.2.5 Parcours addiction

4.2.5.1 Contexte et problématique

Les conduites addictives, avec ou sans substance sont prégnantes en France et demeurent une priorité d'action en terme de prévention et de prise en charge pour les pouvoirs publics malgré les améliorations récentes en terme de prévalence. Elles restent également la première cause de mortalité évitable en France. Au-delà de la mortalité, leurs impacts médicaux (maladies chroniques entre autres) et sociaux sont multiples.

Toutes les catégories de la population sont potentiellement concernées par les addictions mais certains publics sont plus vulnérables notamment les adolescents.

Il importe ainsi de souligner la vulnérabilité particulière du cerveau de l'adolescent aux substances psychoactives dans le cadre du processus de maturation cérébrale (jusqu'à 25 ans). Quel que soit le produit considéré, la précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation accroît les risques de dépendance ultérieure et les dommages conséquents. Le marketing/publicité à destination des adolescents ainsi que leur appétence à expérimenter et à rechercher des sensations rendent ce public d'autant plus vulnérable.

La consommation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les adolescents français a diminué au cours des 10 dernières années, en particulier entre 2018 et 2021 et après l'apparition de l'épidémie de covid-19 en 2020 (*étude HBSC-OMS Europe- Enquête ENCLASS 2022021 chez les élèves de 3ièm*).

L'alcool reste la substance la plus fréquemment utilisée par les adolescents français, puisqu'en 2021, 2 élèves sur 3 en ont consommé. La consommation de cannabis, comme celle du tabac et de l'alcool est en déclin rapide chez ces jeunes ; en 2021, 9.1% des élèves de troisième ont goûté au cannabis, soit près de 3 fois moins qu'en 2010 (23.9%).

Ces résultats montrent qu'il semble que la pandémie ait accéléré la tendance à la baisse de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes français élèves de 3ièm.

Ces résultats sont concordants avec ceux de l'enquête ESCAPAD 2022⁴⁶ menée sur des jeunes de 17 ans. Depuis la précédente enquête de 2017, tous les niveaux d'usage de drogues ont baissé, en particulier celui du tabagisme (15,6 % d'usagers quotidiens, soit 10 points de moins qu'en 2017). A noter qu'en parallèle, l'usage de la cigarette électronique a augmenté fortement (3 fois plus d'usagers quotidiens), porté par une consommation féminine en très forte progression. L'expérimentation du cannabis chute de 9 points et celle d'alcool de 5 points. On retrouve pour toutes les drogues une situation défavorable des jeunes en apprentissage ou de ceux sortis du milieu scolaire pour lesquels les niveaux d'usage sont toujours supérieurs aux lycéens (facteur 5 pour le cannabis chez les jeunes non scolarisés).

D'après le dernier *Baromètre santé de 2021*, (BEH n°26) 25.3% des 18-75 ans (12 millions) consomment quotidiennement du tabac (26.9% en 2017). Ce taux varie de 21.7% à 29,1% selon les régions de France métropolitaine. Avec un taux de 26.7%, la Bourgogne Franche Comté se situe dans la moyenne des régions métropolitaines de France.

⁴⁶ https://www.ofdt.fr/files/6016/7836/5975/OFDT_Tendances_ESCAPAD_VF.pdf

Une hausse du tabagisme quotidien est néanmoins observée entre 2019 et 2021 parmi les femmes (de 20.7% à 23%) et parmi les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat (de 29% à 32%).

En 2021, 30.3% des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois. En 2021, 7 030 284 traitements mensuels d'aide à l'arrêt du tabac ont été vendus en pharmacie.⁴⁷

En 2021, 30.3% des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois et 7 030 284 traitements mensuels d'aide à l'arrêt du tabac ont été vendus en pharmacie durant cette année-là⁴⁸.

Le tabac est le 1^{er} facteur de risque de cancer évitable et est impliqué dans le développement de 17 types de cancer. Le tabac reste la première cause de mortalité évitable (73 000 décès par an), de mortalité précoce (avant 65 ans), de mortalité par cancer (45 000 décès par an) et de mortalité par maladies cardiovasculaires (16 500 décès par an).

Selon le *Baromètre santé 2017*, 10% des adultes âgés de 18 à 75 ans déclarent un usage quotidien d'alcool (soit 5 millions de Français). Selon l'Etude *« Richard et al., 2019 »*, les profils de consommations et les comportements sont très différenciés avec une hétérogénéité qui se traduit par la quantité d'alcool bue : 10% des 18-75 ans consomment 58% de la quantité d'alcool consommée déclarée. Selon cette même étude, les consommations quotidiennes se transforment avec une évolution vers une pratique plus ponctuelle mais un niveau de consommation important particulièrement chez les jeunes adultes.

L'alcool est la 1^{ère} cause évitable de mortalité avant 30 ans et la 1^{ère} cause d'hospitalisation en France. Il est à l'origine de 41 000 décès/an (16 000 décès par cancer, 9 900 décès par maladies cardiovasculaires, 6800 décès par maladie digestives, 5 400 accidents ou suicide et 3000 par maladie mentale, troubles du comportements...). En 2019, 87 900 condamnations pour conduite en état alcoolique ont été prononcées.⁴⁹

D'après le dernier *Baromètre santé de 2021* retranscrit dans les chiffres clés 2022 de l'OFDT, les usages de cannabis chez les français de 18 à 75 ans sont en baisse. Cette baisse est essentiellement portée par les plus jeunes 18-34 ans. Le niveau d'usage régulier demeure stable voire augmente légèrement parmi les adultes de plus de 35 ans. L'usage quotidien de cannabis en région Bourgogne Franche-Comté, en 2021 est de 0,7% parmi les 18-64 ans (1,7% France métropolitaine) ; de 1,9% pour l'usage régulier (3% France métropolitaine), de 4,5% pour l'usage dans le mois (5,9% France métropolitaine), 7,9% pour l'usage dans l'année (10,6% France métropolitaine), et 44% pour l'expérimentation (47,3% France métropolitaine).

⁴⁷ Drogues et Addictions- chiffres clés 2022-OFDT

⁴⁸ Drogues et Addictions- chiffres clés 2022-OFDT

³ <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxol2cc.pdf>

⁴ <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epcxt2d3.pdf>

⁵ <https://pieje.addictions-sedap.fr/uploads/downloads/0001/01/8110546122617609cd209229f516951c41fcb97b.pdf>

⁴⁹ Drogues et Addictions- chiffres clés 2022-OFDT

Par ailleurs, la consommation de cocaïne est un sujet de préoccupation grandissant. Depuis les années 2000, on constate une banalisation de l'usage de ce produit. La cocaïne bénéficie à tort d'une image positive liée à la fête, à la sociabilité et à la performance au travail, et ce désormais dans tous les milieux sociaux. Les 18-64 ans (notamment la tranche 18-34) sont de plus en plus nombreux à expérimenter la substance (1,2% en 1995 contre 6,3% en 2017) tandis qu'en parallèle l'expérimentation est en baisse chez les jeunes de 17 ans (diminuée de moitié entre 2014 et 2022). Selon l'OFDT, le nombre de consommateurs dans l'année est estimé à 600 000 en 2020 ce qui place la cocaïne au second rang des produits illicites les plus consommés en France.

Selon le Baromètre des usages d'écrans en France publié par la MILDECA, la généralisation des usages numériques des français de plus de 15 ans s'est maintenue en 2022, et les conduites problématiques se sont développées en particulier chez les jeunes. L'étude ENJEUX-Mineurs⁵⁰ confirme que plus d'un tiers des 15 à 17 ans (34,8%) jouent à des jeux d'argent et de hasard. L'initiation se fait autour de 13,3 ans en moyenne et avec les parents. Les activités en ligne diffèrent selon les âges et les usagers quotidiens intensifs sont deux fois plus nombreux chez les 15-24 ans que chez leurs aînés. L'OFDT, dans sa publication 2022 des chiffres clés Drogues et addictions indique que 47.2% des 18-75 ans ont joué à un jeux d'argent et de hasard (chiffre 2019). 38.9% des jeunes de 17 ans déclarent une pratique de jeu (chiffre 2017). L'enquête récente E-Games 2021, indique que 33% des joueurs seraient des joueurs à risques.

Le temps passé devant un écran est corrélé à une moins bonne forme physique, des problèmes de santé mentale et de développement social (MILDECA 2018). Un élève sur huit aurait un usage problématique du jeu vidéo (OFDT 2019)

Malgré ces améliorations en terme de prévalence, la France se situe dans le top 5 des pays européens en terme de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis (2^{ème} rang pour la prévalence cannabis chez les 15-75 ans ; 4^{ème} rang pour la prévalence alcool et 5^{ème} rang pour la prévalence tabac)⁵¹.

Le parcours : des acteurs multiples...

Du fait du caractère multifactoriel des addictions, la prise en charge nécessite une approche globale, avec des interventions diversifiées et coordonnées.

Dans cette logique de prise en charge globale, l'addictologie fait donc appel à l'ensemble des secteurs :

❖ **La prévention** (cf Livret Prévention - thématique Addictions)

- la prévention individuelle portée d'une façon générale par les professionnels de santé, centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) et les associations d'usagers ;
- la prévention collective quant à elle, repose sur le déploiement des programmes probants basés sur le développement des compétences psycho-sociales (CPS). Elle est portée essentiellement par les CSAPA dans une logique d'intervention précoce, ou par des associations locales.

⁵⁰ <https://pieje.addictions-sedap.fr/uploads/downloads/0001/01/8110546122617609cd209229f516951c41fcb97b.pdf>

⁵¹ Drogues et Addictions- chiffres clés 2022-OFDT

- ❖ **Les soins de ville** : les professionnels de santé de 1^{er} recours, les Maisons de Santé Pluri-professionnelles, les réseaux de santé et depuis 2020 les microstructures médicales en addictologie (MSMA) dans le cadre de l'expérimentation article 51, et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- ❖ **Les établissements médico-sociaux** :
 - les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui déploient des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC et CJC Avancées), des dispositifs d'aller-vers (antennes, consultations avancées, équipes mobiles précarité/grossesse), une offre d'appartements thérapeutiques en addictologie et des missions spécifiques (CSAPA référents pénitentiaires, CSAPA référents Addictions sans substance,...)
 - les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques auprès des Usagers de Drogue (CAARUD), également pourvus d'un dispositif mobile sur le département d'implantation, dont l'activité est complétée par un dispositif régional de réduction des risques et des dommages à distance
- ❖ **Les établissements du champ sanitaire** : unités d'addictologie hospitalières hiérarchisées en trois niveaux. L'offre sanitaire en addictologie est assurée dans notre région par deux types de structures sanitaires :
 - les établissements de santé dont les établissements de santé mentale,
 - les établissements de soins de suites et de réadaptation spécialisés en addictologie

Il existe par ailleurs 11 unités sanitaires dispensant des soins aux détenus au sein des centres pénitentiaires.

A noter en Bourgogne-Franche-Comté, l'ouverture en 2020, d'une structure régionale entièrement dédiée à la prise en charge des troubles cognitifs liés aux addictions, au sein d'un SMR A....

... coordonnés pour une approche globale

Ainsi, la diversité des acteurs et des aides mobilisées permettent de proposer un accompagnement pluridisciplinaire, dans une logique de transversalité et de complémentarité, adapté aux besoins de la personne. L'approche parcours de santé en addictologie est essentielle pour apporter des réponses individuelles adaptées et proportionnées à chaque situation. Elle vise également à permettre la continuité des soins entre les différentes structures et professionnels mobilisés tout au long de la prise en charge des patients.

Les réponses, adaptées en fonction de l'usage (ou mésusage), doivent porter sur toutes les formes d'addictions, qu'elles soient liées à une ou plusieurs substances psychoactives (alcool, drogues illicites, tabac, médicaments...) ou à un comportement (addiction aux jeux par exemple). La réduction des risques et des dommages poursuit son développement, tout en étant partie intégrante du processus de soin.

Le parcours de santé en addictologie se déploie en cohérence avec les différents **plans nationaux et régionaux** :

- La stratégie nationale de santé et les 25 mesures phares du plan de prévention (mars 2018)
- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives porté par la MILDECA
- La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2022-2032 et plus particulièrement ses axes Tabac-Alcool
- Le Programme National de Lutte contre le Tabagisme (2018-2022)
- Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS)
- Le Plan Régional Santé au Travail 4 (PRST4)

Depuis 2018, le Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA) est un levier régional significatif de dynamisation des actions conduites dans le champ des addictions. Chaque année, il contribue au financement de nouvelles actions nationales, régionales et locales permettant d'amplifier les moyens de lutte en région.

4.2.5.2 Principales réalisations régionales depuis 2018

Objectif général n°1 : diminuer les consommations de substances addictives

Promotion/ Prévention	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Construction d'un référentiel d'intervention régional partagé en prévention des addictions, en s'appuyant sur des données probantes et organisation de temps de sensibilisation pour l'ensemble des partenaires ➤ Mise en œuvre du Réseau Régional d'Appui à la Prévention et Promotion de la Santé (RRAPPS) et des commissions départementales ➤ Financement et harmonisation de la mission prévention collective des CSAPA sur l'ensemble du territoire
Mise en œuvre du P2RT	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 60 actions déployées sur la durée du plan ➤ Déploiement de Tab'Agir en Franche Comté ➤ Engagement de 32% des ES de la région dans la démarche Lieux de Santé Sans Tabac (LSST) ; 68% des ES spécialisés gynécologie ; 65% des ES spécialisés cancérologie ➤ Extension des Espaces Sans Tabac dans la région
Développement des démarches d'aller-vers	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développement des équipes mobiles de CSAPA dans 3 départements (39-25-71) ➤ Mise en œuvre d'une équipe mobile d'addictologie à partir d'un SMR A et un CHS (métropole dijonnaise) ➤ Déploiement de consultations avancées de CSAPA au sein des Centres Périnataux de Proximité de la région

Objectif général n°2 : améliorer l'efficacité de la prise en charge des usagers/patients

Actions auprès des personnes vulnérables (femmes enceintes consommatrices, personnes précaires et personnes sous main de justice)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Création de 3 appartements thérapeutiques en addictologie dédiés aux femmes enceintes et jeunes mères en Cote d'Or ➤ Renforcement des consultations avancées de CSAPA dans les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ➤ Déploiement d'équipes mobiles CSAPA « précarité » ➤ Acculturation à l'addictologie des professionnels des structures du social, ➤ Renforcement et essaimage des dispositifs Travail Alternatif Payé A la Journée (TAPAJ) ➤ Déploiement de projets dans le cadre de la justice thérapeutique en pré-sentenciel ➤ Renforcement de solutions d'hébergement avec la création de 8 nouveaux appartements thérapeutiques en addictologie dont 3 dédiés aux sortants de prison (71)
Prise en charge médico-sociale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Création de 3 antennes (21-25-39) et renforcement du maillage des consultations avancées pluridisciplinaires ➤ Déploiement du dispositif régional de réduction des risques à distance ➤ Déploiement de la téléconsultation en addictologie entre sièges et antennes ➤ Création d'un répertoire régional afin de rendre visible l'offre pour l'utilisateur sur un territoire donné

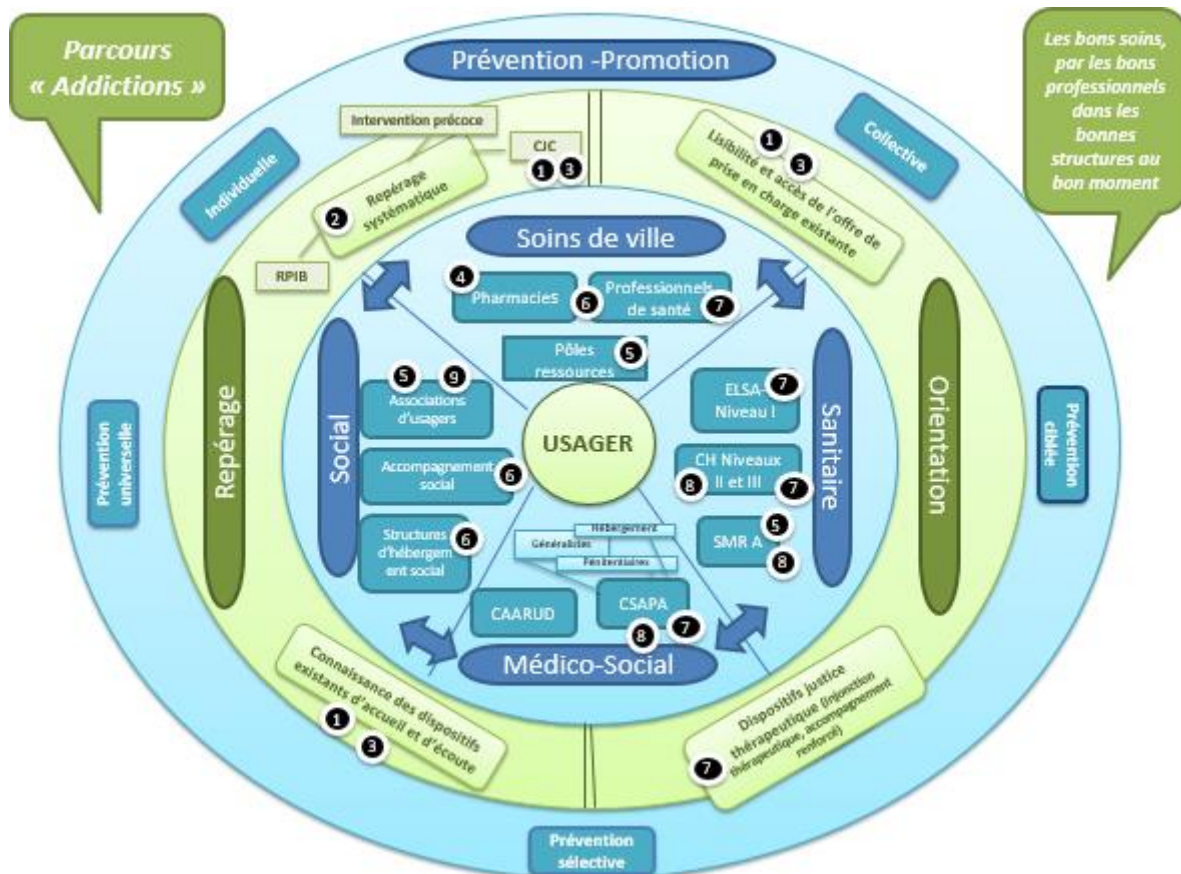
Prise en charge sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formalisation de la « prise en charge addictologie » dans les projets médicaux de territoire (PMT) des GHT ➤ Développement et consolidation des possibilités de prise en charge de niveau I, pour les établissements sanitaires avec services d'urgences autorisés ; ➤ Renforcement de la structuration de la filière de prise en charge en addictologie, notamment dans le Jura (Niveau II) et le Doubs (Niveau II et III) ➤ Création d'une structure régionale de prise en charge des personnes souffrant de troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA)
Prise en charge ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promotion des formations à l'intervention brève, motivationnelle en addictologie, à destination des professionnels de santé libéraux et des médecins du travail ➤ Mise en œuvre de l'expérimentation article 51 des microstructures médicales en addictologie (MSMA) ➤ Expérimentation de la téléconsultation

4.2.5.3 Schéma des points de rupture du parcours

Depuis ces 5 derniers années, des avancées notables permettent de faire évoluer certains points de rupture identifiés en 2018 :

- structuration des acteurs de la prévention des conduites addictives;
- renforcements ou nouveaux dispositifs permettant de favoriser le travailler ensemble entre le champ de l'addictologie et le champ de l'insertion sociale et professionnelle ;
- renforcement de la filière de prise en charge sanitaire;
- création d'une filière de prise en charge pour les patients souffrant de troubles cognitifs liés aux addictions.

Malgré ces avancées, l'aller-vers reste insuffisant au regard du nombre d'usagers à accompagner et la raréfaction des moyens médicaux et paramédicaux met en péril l'entrée dans un parcours de soins ainsi que sa fluidification.



Points de rupture du parcours « Addictions »

- 1 Manque de connaissance de ces dispositifs par les usagers et les professionnels de santé
- 2 Repérage des jeunes insuffisant
- 3 Problématique d'accessibilité en milieu rural
- 4 Programmes d'Echange de Seringues peu développés dans certains territoires
- 5 Couverture régionale insuffisante
- 6 Difficulté des professionnels de santé et du social à prendre en charge les personnes addictes
- 7 Difficultés de fonctionnement liées à la rarefaction des personnels médicaux et paramédicaux
- 8 Délai d'attente de 1^{ère} consultation potentiellement préjudiciable à la continuité de la prise en charge
- 9 Manque de formation des bénévoles

Les sigles utilisés

- CSAPA Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CJC Consultation Jeunes Consommateurs
- CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues
- ELSA Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
- RPIB Repérage Précoce et Intervention Brève
- SMR A Soins Médicaux de Réadaptation en Addictologie

4.2.5.4 Objectifs

Objectif 1 : Diminuer les consommations de substances addictives

Objectifs opérationnels :

- 1- Agir auprès des adolescents, priorisant l'approche prévention-promotion de la santé, favorisant l'intervention précoce (Cf. Livret prévention – addiction)
- 2- Poursuivre la mise en œuvre du Plan régional de Lutte contre le tabagisme 3^{ème} génération (2023-2028)

Objectif 2 : Agir prioritairement auprès de certains publics éloignés du soin afin de favoriser leur entrée dans un parcours de prise en charge (jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité, personnes en situation de handicap, personnes sous-main de justice, malades chroniques)

Objectifs opérationnels :

- 1- Favoriser les démarches d'aller-vers afin de prendre en charge les personnes éloignées du soin
- 2- Agir auprès des femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives et son accompagnement une fois l'enfant né
- 3- Agir auprès des personnes en situation de précarité et personnes sous-main de justice, priorisant la continuité des soins en addictologie et la réinsertion
- 4- Améliorer la prise en compte des comorbidités psychiatriques

Objectif 3 : Améliorer l'organisation de l'offre médico-sociale, sanitaire et ambulatoire en addictologie afin de fluidifier le parcours de soin

Objectifs opérationnels :

- 1- Proposer une offre médico-sociale coordonnée, rationnelle et complémentaire, maillant le territoire (Cf. Livret Offre)
- 2- Proposer une offre sanitaire, organisée et répartie sur le territoire en fonction des besoins de la population
- 3- Conforter les pôles ressources en addictologie dans le soutien aux professionnels de santé pour la prise en charge des patients souffrant d'addictions
- 4- Promouvoir l'articulation entre ces trois secteurs pour favoriser une prise en charge adaptée, graduée (prévention, intervention précoce, réduction des risques et des dommages, soin, insertion) et transdisciplinaire des personnes

Exemples d'actions :

- ⊙ Poursuivre le déploiement et l'ingénierie des programmes probants en prévention des conduites addictives, en lien avec l'Education Nationale, la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF), la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS), les universités, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), les établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap
- ⊙ Poursuivre la sensibilisation de l'ensemble des partenaires, afin d'accompagner cette appropriation par les différents acteurs et d'amplifier le déploiement des programmes probants en matière de prévention des conduites addictives
- ⊙ Poursuivre et étendre l'engagement des établissements de santé dans la démarche de lieux de santé sans tabac (LSST) définie par le Respaad
- ⊙ Poursuivre et étendre l'engagement des collectivités territoriales dans la démarche d'Espaces sans tabac
- ⊙ Favoriser les dispositifs d'allers-vers dans l'optique de permettre un engagement dans les soins
- ⊙ Développer les partenariats du CSAPA avec les sages-femmes libérales et la PMI pour la prise en charge des femmes enceintes consommatrices
- ⊙ Développer les interventions des ELSA au sein des maternités
- ⊙ Développer la démarche LSST au sein des maternités
- ⊙ Poursuivre le développement des consultations avancées en CHRS
- ⊙ Poursuivre le déploiement de TAPAJ, avec pour cible : un dispositif TAPAJ par département
- ⊙ Ajustement de la répartition des missions et des moyens des structures médico-sociales en fonction des besoins de la population couverte au regard des directives de la Direction Générale de la Santé Poursuite du déploiement de la téléconsultation en addictologie
- ⊙ Favoriser l'intégration des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) psychiatrie santé mentale dans les CSAPA et dans les services hospitaliers d'addictologie
- ⊙ Développement des missions de réductions des risques et des dommages dans les établissements sanitaires
- ⊙ En lien avec la revalorisation financière des ELSA, développement de nouvelles offres de prise en charge sur des besoins identifiés comme insuffisamment couverts (exemple : la prise en charge dédiée aux urgences des alcoolisations massives des jeunes)
- ⊙ Renforcement dans la Nièvre de la structuration de la filière de prise en charge en addictologie (Niveau II)
- ⊙ Favoriser l'articulation entre les pôles ressources en addictologie, les dispositifs d'appui à la coordination et les Communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS)
- ⊙ Favoriser le développement des postes partagés, y compris dans le cadre de la téléconsultation en addictologie
- ⊙ Etendre le dispositif « Microstructures Médicales addictions » dès lors qu'il sera intégré dans le droit commun
- ⊙ Organiser la complémentarité et l'articulation entre les dispositifs spécialisés en addictologie et les dispositifs spécialisés dans le champ de la santé mentale

RESULTATS ATTENDUS

- Montée en charge du déploiement des programmes probants dans la région (Cf. Livret Prévention)
- Organisation permettant de favoriser une culture commune partagée entre les différents partenaires
- Diminution de la prévalence du tabagisme en région
- Augmentation du nombre de patients éloignés du soin pris en charge en addictologie
- Amélioration du repérage et de la prise en charge des femmes enceintes consommatrices
- Amélioration du repérage et de l'entrée dans un parcours de soin et la réinsertion des personnes addictes
- Amélioration de la prise en charge des pathologies duelles
- Une organisation de la filière addictologie reconnue et opérationnelle dans chaque territoire
- Mise en œuvre d'une fonction ressource en addictologie pour les professionnels de premier recours et les professionnels de l'addictologie
- Proposition pour chaque usager d'intégrer un parcours de santé en addictologie par la « porte d'entrée » la plus adaptée à ses besoins et là où il en est dans son parcours de vie
- Amélioration de la fluidité du parcours de soins du patient entre les différents secteurs de prise en charge

4.2.5.5 Partenariats

Les partenaires institutionnels contribuant à l'amélioration du parcours de santé en addictologie sont multiples. On peut citer les représentants de l'Assurance Maladie, de la MILDECA, de l'Education Nationale, de la PJJ, de la DRREETS, de la MSA, les représentants des fédérations, des unions régionales des professionnels de santé...

4.2.5.6 Transversalité

- ⊙ Livret activités de soins – soins médicaux et de réadaptation
- ⊙ Livret offre – secteur médico-social

Comme vu précédemment, le comportement « addict » est un phénomène multifactoriel, pouvant toucher l'ensemble de la population. De fait, des liens forts avec les autres thématiques traitées dans le cadre de l'approche parcours existent.

4.2.6 Parcours nutrition santé

Le parcours Nutrition-Santé cible prioritairement l'obésité et ses complications ainsi que les troubles des conduites alimentaires (TCA). Les sujets de la prévention et la dénutrition, bien qu'intégrés dans le parcours, sont essentiellement traités dans le Livret Prévention – Nutrition et Sport Santé

4.2.6.1 Contexte et problématique

Obésité et complications

Données épidémiologiques

La nutrition est désormais bien identifiée comme déterminant majeur de santé publique donc un facteur de prévention des individus mais elle est aussi qualifiée de facteur de risques de nombreuses pathologies chroniques.

La plus connue d'entre elles est l'obésité, pathologie associée à de multiples co-morbidités, pouvant présenter des complications importantes, tant somatiques que psycho-sociales, pathologie qui est de plus d'origine multi-factorielle, ce qui rend la prise en charge complexe par nature.

L'obésité progresse en France (cf. figure 1), et la Bourgogne-Franche-Comté affiche un taux de prévalence de l'obésité de 18,8 %, vs 17,0 % pour la moyenne nationale (cf. figure 2) soit plus de 8 millions de personnes concernées en France.

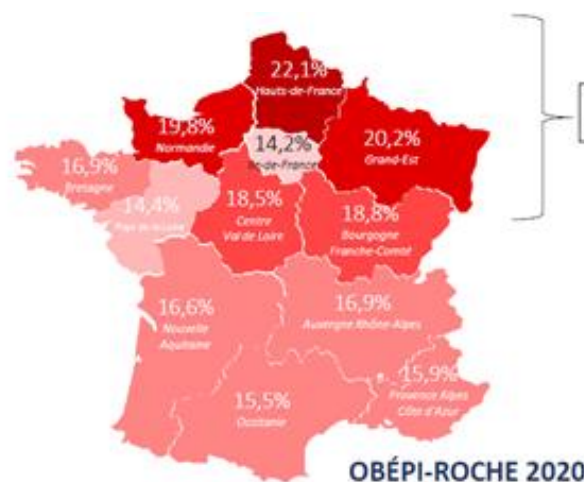


Figure 1 – Répartition et prévalence de l'obésité

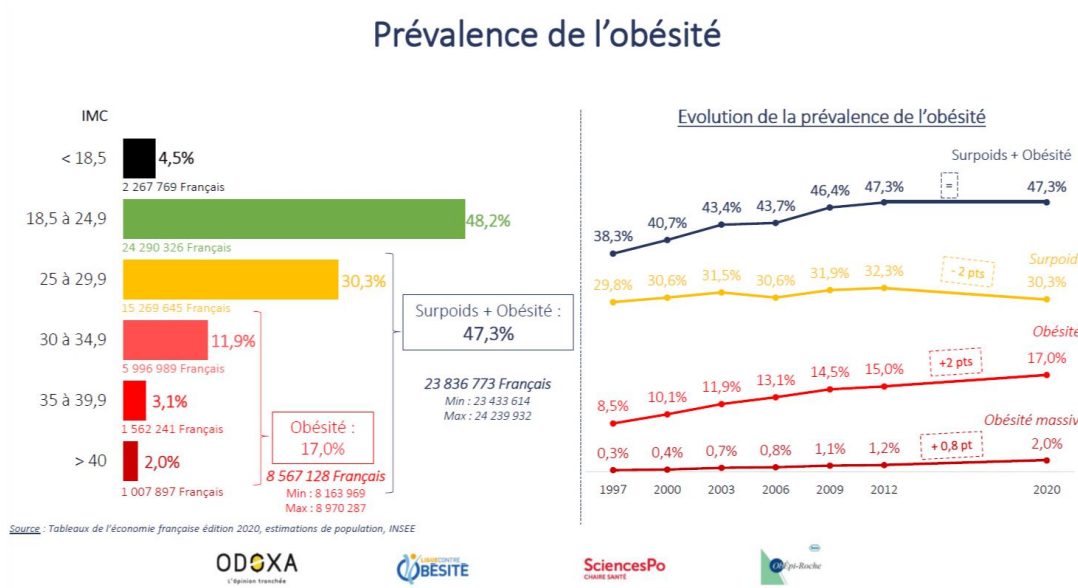


Figure 2 – Répartition et prévalence de l'obésité¹

Les données régionales relatives à l'obésité pédiatrique⁵² constituées par l'évaluation annuelle de la corpulence des élèves à l'entrée au collège ces 5 dernières années montre une stabilisation de l'insuffisance pondérale, mais une augmentation significative du surpoids et de l'obésité au niveau régional.

REGION BFC	2018	2019	2020	2021	2022
effectif	25 009	23 801	17 669	21 381	21 210
insuffisance <3°	3,2%	2,9%	3,2%	2,7%	3,3 %
surpoids >97°	18,8%	19,3%	19,3%	21,0%	20,3 %
IMC <17	2,62%	2,41%	2,61%	2,22%	2,6 %
IMC > 25	20,21%	20,66%	20,65%	22,70%	22,0 %
IMC > 30	4,61%	4,87%	4,84%	5,67 %	5,8 %

Figure 3 – Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale et du surpoids ces 5 dernières années chez les élèves de 6ème en Bourgogne Franche Comté (2018-22)²

Cadre national et recommandations

Plusieurs évaluations et rapports élaborés au cours des dernières années, le rapport de l'IGAS « Situation de la chirurgie de l'obésité ⁵³ » en 2018, le rapport de la Cour des Comptes « La prévention et la prise en charge de l'obésité ⁵⁴ » en 2019, le récent rapport du Sénat sur la lutte contre l'obésité⁵⁵ montrent l'attention portée par les décideurs et les autorités sur les enjeux de santé publique et les réflexions qui s'y rapportent pour améliorer la situation, ou du moins ralentir ce qui s'apparente désormais à une épidémie de l'obésité. Certaines recommandations issues de ces rapports sont à l'origine de plusieurs textes-cadres ou nouvelles réglementations.

Parmi eux peuvent être évoqués :

le **Programme National Nutrition-Santé – PNNS4 2019/2023** : il est essentiellement axé sur la promotion d'une nutrition satisfaisante ; il comporte des mesures environnementales et individuelles pour encourager les comportements favorables à la santé → voir la fiche SRS Nutrition-Prévention pour la mise en œuvre régionale. A noter que le 1^{er} objectif affiché du PNNS 4 est de diminuer de 20% la prévalence du surpoids et d'obésité chez les enfants et adolescents, de stabiliser le surpoids des adultes et de réduire l'obésité de ces derniers de 15 %.

la **Feuille de route Prise en Charge des personnes en situation d'Obésité 2019/2022** : elle met l'accent sur les parcours de santé pour les personnes en situation d'obésité ou à risque de le devenir ainsi que sur l'importance de la fonction de coordination et de suivi. Elle prévoit parmi les différents travaux à engager la révision du cahier des charges des Centres Spécialisés de l'Obésité.

⁵² Etude du RéPPOP BFC - Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité en Bourgogne Franche-Comté - Etude réalisée dans le cadre du dépistage infirmier en classe de 6^{ème} – Rapport 2021

⁵³ Rapport de l'IGAS « Situation de la chirurgie de l'obésité » – N°2017-059R - Janvier 2018

⁵⁴ Rapport de la Cour des Comptes « La prévention et la prise en charge de l'obésité » - Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale – Novembre 2019

⁵⁵ Rapport d'information du Sénat fait au nom de la commission des affaires sociale sur la lutte contre l'obésité - N° 744 - Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 juin 2022

Les décrets⁵⁶ et l'arrêté⁵⁷ créant et définissant l'autorisation de chirurgie bariatrique

Les **Recommandations de la Haute Autorité de Santé de février 2022 - Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e)**. Il est désormais recommandé de s'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle dès le repérage d'un surpoids ou d'une obésité, et d'organiser les soins et l'accompagnement en les graduant et les modulant selon la complexité de la situation. 2 types de graduation sont distingués, la situation de surpoids ou d'obésité non complexe et la situation d'obésité complexe.

Les **Recommandations HAS juin 2022 - Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux**. Les 3 niveaux de recours recouvrent 5 stades de sévérité de l'obésité, définis à partir de 7 paramètres de phénotypage et non plus seulement l'IMC. Les experts HAS s'accordent à mentionner que l'objectif de la prise en charge de l'obésité ne se résume pas à un objectif pondéral, mais concerne aussi l'amélioration des comorbidités, des facteurs de risque, de la qualité de vie et de la mobilité.

La prise en charge médicamenteuse de l'obésité est introduite dans les recommandations 2022.

Le Rapport d'évaluation sur la chirurgie métabolique établi par la Haute Autorité de Santé en date du 10 octobre 2022, à intégrer dans les travaux afférents à la chirurgie bariatrique et en lien avec le parcours Diabète Maladies Rénales Chroniques. Le terme chirurgie métabolique désigne le traitement chirurgical du diabète de type 2, et est utilisé pour la différencier de la chirurgie bariatrique dont l'objectif principal est la perte de poids.

D'autres évolutions d'importance sont à rapporter, en raison de leur intérêt dans l'organisation de la prise en charge de l'obésité, par exemple le déploiement du dispositif Mon Psy (se référer au parcours Santé Mentale), les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Les expérimentations « article 51 » en cours, nombreuses sur le sujet de l'obésité et de la chirurgie bariatrique représentent également des perspectives d'évolution très intéressantes qui pourraient faire l'objet d'une généralisation suite à leur évaluation, à l'instar de Mission Retrouve Ton Cap. Ce dispositif⁵⁸ permet aux enfants de 3 à 12 ans en situation de surpoids et d'obésité non complexe de bénéficier de bilans et suivis diététique et psychologique au sein de structures sous convention avec leur CPAM, sans avance de frais ni reste à charge pour les familles⁵⁹.

Les molécules thérapeutiques prochainement autorisées (sémaglutide, ...), qui élargiront l'éventail de traitements de l'obésité, seront de nouveaux éléments de contexte éclairant la prise en charge de la pathologie.

⁵⁶ Décret n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ; Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ;

⁵⁷ Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique prévu à l'article R. 6123-212 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du code de la santé publique

⁵⁸ Arrêté du 14/11/2022 fixant le cahier des charges destiné aux maisons de santé et aux centres de santé souhaitant mettre en place le parcours pluri-disciplinaire de prévention de l'obésité infantile

⁵⁹ Décret n° 2022-1394 du 31 octobre 2022 relatif aux conditions de mise en œuvre du parcours de prévention de l'obésité infantile par les centres et maisons de santé

Troubles du comportement alimentaire restrictifs

Données épidémiologiques

Les troubles du comportement alimentaire (TCA), correspondant à l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique et les troubles non spécifiés constituent un enjeu majeur de santé publique. Ils débutent le plus souvent entre 14 et 20 ans mais peuvent néanmoins survenir plus tôt dans l'enfance ou à l'âge adulte. La prévalence des TCA en population générale en France est d'environ 600 000 entre 12 et 35 ans, pouvant aller jusqu'à 880 000 personnes. La caractéristique commune à ces différentes formes de TCA est de constituer des troubles psychiatriques d'origine poly-factorielle, incluant des facteurs génétiques, développementaux, psychologiques et sociaux. Ils se manifestent, outre les symptômes psychiques, par une dérégulation de la prise alimentaire, diminuée ou augmentée selon les cas.

Les TCA sont susceptibles d'évoluer vers des complications somatiques et psychiatriques graves, mettant en jeu la santé, l'insertion sociale et menaçant le pronostic vital. Ils sont responsables d'une surmortalité importante, selon le trouble de 2 à 12 fois plus importante qu'en population générale.

L'anorexie mentale est en effet l'une des premières causes de mortalité prématurée chez les 15-24 ans en France. La boulimie génère aussi une surmortalité importante de 2 à 3 fois supérieure à celle de la population générale, celle liée à l'hyperphagie boulimique étant causée pour sa part par le surpoids et/ou l'obésité associée.

Cette définition permet d'inscrire le sujet des TCA dans le périmètre du parcours Troubles Nutritionnels et du Parcours Santé Mentale (se référer également à la fiche Parcours Santé Mentale).

Cadre national et recommandations

Le **rapport des travaux collaboratifs sur l'offre de soins pour les troubles des conduites alimentaires en France 2015-2019**⁶⁰ dresse un état des lieux et émet des recommandations pour la structuration d'une offre de soins. Ces recommandations figurent dans une instruction⁶¹ qui a pour objectif de structurer sur les territoires une offre de soins correspondant aux besoins des personnes souffrant de TCA, qui soit adaptée à l'âge, multidisciplinaire, coordonnée et graduée en intensité en fonction du moment évolutif du trouble. Il s'agit de favoriser l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge spécialisée afin de réduire la souffrance psychologique et le retentissement somatique, et de maintenir l'inclusion sociale tout en associant l'entourage.

⁶⁰ Rapport des travaux collaboratifs DGOS – FFAB 2015-2019 Offre de soins pour les troubles des conduites alimentaires en France : état des lieux et perspectives

⁶¹ Instruction N° DGOS/R4/2020/148 du 03 septembre 2020 relative à l'organisation de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire

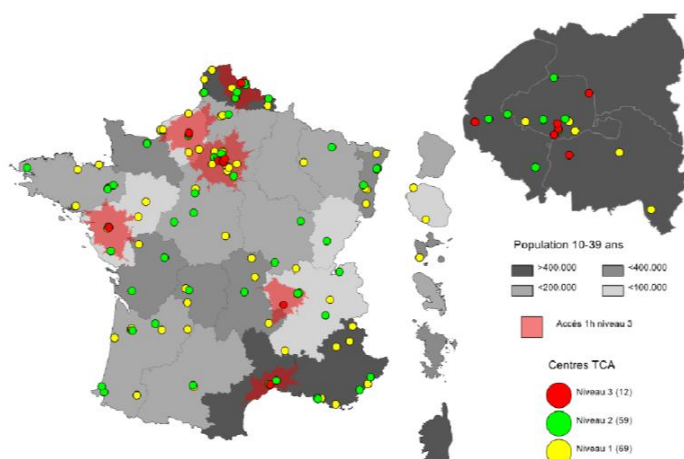


Figure 4 – Répartition des centres TCA – Données 2018⁹

4.2.6.2 Principales réalisations régionales depuis 2018

Déploiement du RÉPPOP – Réseau de Prévention et Prise en Charge de l’Obésité Pédiatrique- sur tout le territoire régional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actions de prévention (voir fiche dédiée) ➤ Coordination (fédération des acteurs), accompagnement de projets nutrition-obésité ➤ Coordination et appui aux parcours de soins multi-disciplinaire dès le 1^{er} recours
Travaux sur la pertinence de la chirurgie bariatrique	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Partage de pratiques ➤ Outils et soutien aux RCP et aux parcours chirurgicaux
Expérimentation article 51 régionale EMNO « Amélioration de la santé d’un patient souffrant d’obésité »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prise en charge multi-disciplinaire et coordonnée en médecine de ville ➤ Intérêt de l’e-ETP
Formation des professionnels à l’obésité pédiatrique et à la nutrition par le RÉPPOP	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formation DPC pour les professionnels de santé ➤ Formation à destination des personnels scolaires et péri-scolaires ➤ Formation institutionnelle (PMI, ...)

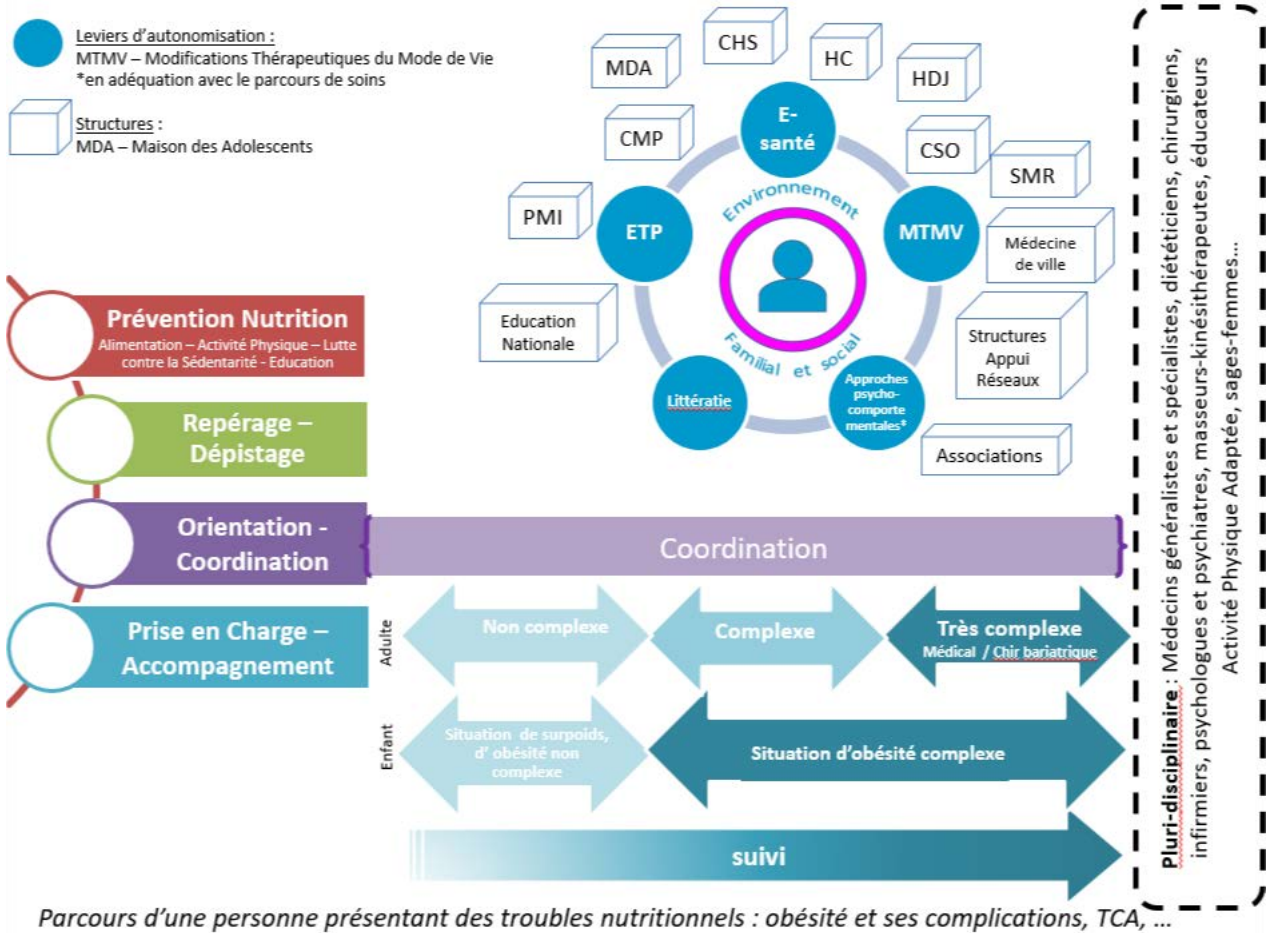
4.2.6.3 Les enjeux régionaux

Les objectifs des prochaines années s’inscrivent dans la continuité des actions précédemment engagées et consisteront à mettre en œuvre les recommandations nationales dans nos territoires, avec l’aide des acteurs, du travail partenarial avec les Centres Spécialisés de l’Obésité (CSO) de Bourgogne et de Franche-Comté, du Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l’Obésité Pédiatrique BFC (RÉPPOP) et avec l’appui de l’ensemble des ressources existantes.

Il est à noter les difficultés de démographie médicale en région BFC, risquant de s’aggraver, en particulier pour les médecins endocrinologues/nutritionnistes. Les modifications des formations initiales (disparition du DESC Nutrition, au profit d’une spécialité plus large Diabétologie/Endocrinologie/Nutrition), le volume

insuffisant d'heures de cours sur l'obésité pendant les études médicales conjugués à des départs en retraite sont autant de causes.

4.2.6.4 Schéma du parcours



- CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- HC : Hospitalisation Complète
- HDJ : Hospitalisation de Jour
- MDA : Maison Des Adolescents
- MTMV : Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- SMR : Soins Médicaux et Réadaptation

La HAS⁶² définit 3 niveaux de complexité pour les adultes à partir de critères somatiques, sociaux, psychologiques et d'antécédents d'échec de traitement. Ces niveaux, non complexe, complexe et très complexe, mobilisent chacun le niveau de recours correspondant, du niveau 1 généraliste au niveau 3 très spécialisé.

2 niveaux de complexité pour les enfants sont identifiés par la HAS⁶³ : non complexe et complexe, reposant sur une évaluation multidimensionnelle (histoire et comorbidités somatiques et psychiques individuelles et familiales, retentissement sur l'état de santé, ...)

⁶² Guide HAS du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte du 02 févr. 2023

⁶³ Guide HAS du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e) du 09 mars 2022

4.2.6.5 Objectifs

Objectif 1 : Approfondir les actions de prévention en matière de nutrition dans tous les milieux, individuellement et collectivement, dans une démarche de promotion de la santé et de renforcement de la prévention commune à l'ensemble des pathologies chroniques

Objectifs opérationnels :

Cf. les objectifs de la fiche prévention nutrition sport-santé du livret Prévention

- 1- Soutenir les projets d'éducation alimentaire, et plus particulièrement dans les premières années (jeunes enfants et leurs parents, adolescents)
- 2- Développer les soins de support pendant et après le cancer, notamment le suivi nutritionnel et l'activité physique adaptée – partagé avec le parcours cancer

Objectif 2 : Améliorer le dépistage et la pertinence de la prise en charge de l'obésité et ses complications, avec une approche multidisciplinaire, coordonnée et graduée du parcours du patient.

Objectifs opérationnels :

- 1- Développer le repérage précoce : communiquer et informer sur l'importance à tout âge du suivi du poids et de la taille : en tant qu'indicateurs de l'état de santé ; comme facteurs de risques identifiés de maladies chroniques ; ou encore absolument nécessaires (mais insuffisants) pour le diagnostic des pathologies que sont la dénutrition et l'obésité
- 2- Permettre à chaque patient d'être acteur de sa prise en charge
- 3- Assurer à tous une prise en charge personnalisée adaptée à la sévérité de l'obésité
- 4- Poursuivre la sensibilisation/formation des professionnels sur la pathologie obésité, sa prise en charge multidisciplinaire et sur les ressources territoriales (pour adressage/orientation) ainsi que l'information aux personnes en situation d'obésité et leur entourage

Objectif 3 : Renforcer l'efficacité et optimiser la structuration régionale, pour s'inscrire dans la feuille de route nationale « prise en charge des personnes en situation d'obésité et selon les orientations nationales

Objectifs opérationnels :

- 1- Renforcer les Centres Spécialisés de l'Obésité, dans leur rôle d'animation et de coordination de la filière de soins ainsi que d'appui des professionnels
- 2- Structurer une filière régionale obésité pour améliorer l'accessibilité et la qualité des prises en charge de l'obésité chez l'adulte et l'enfant-adolescent. Elle pourra prendre la forme d'un Dispositif d'Expertise Régional (DER), en attente des orientations régionales
- 3- Accompagner l'évolution du RéPPOP pour le rattachement des soins (activité de nature hospitalière) aux CHU, sans dégradation de l'offre de prise en charge pédiatrique, pour la reconnaissance de son rôle dans les CSO (coordination) tout en préservant ses missions de prévention

Objectif 4 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge chirurgicales de l'obésité et du diabète

Objectifs opérationnels :

- 1- Améliorer la pertinence de la chirurgie bariatrique, sur l'ensemble du parcours du patient, de la préparation pré-opératoire au suivi à vie, dans une logique de parcours intégré et de facilitation d'accès aux soins pour tous, limitant les disparités territoriales et les freins socio-économiques (limitation des restes à charge) : développement d'HDJ, de programmes ETP et e-ETP, des séjours préparatoires et post-chirurgicaux en SMR...
- 2- Conditionner l'activité de chirurgie de l'obésité à une autorisation selon les exigences nationales et les critères régionaux de qualité et sécurité des soins. L'attention portera sur la qualité et la pertinence de l'ensemble du parcours, et non sur le seul épisode chirurgical. L'établissement autorisé devra être identifié dans la filière régionale obésité et participer à la structuration de l'offre de soins
- 3- Soutenir les réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) chirurgie bariatrique dans leur organisation décrite réglementairement et favorisant les RCP composées de professionnels de santé des établissements publics associés aux professionnels des établissements privés ; et dans leur fonctionnement notamment par le développement de la dématérialisation des RCP
- 4- Mieux informer le patient de la nécessité d'une période de préparation avant chirurgie et de l'indispensable suivi post-opératoire à vie

Objectif 5 : Structurer une filière des troubles du comportement alimentaire en BFC, adultes et jeunes de moins de 18 ans : améliorer le repérage, le diagnostic et la pertinence de la prise en charge des TCA dans les champs somatiques et psychiatriques, avec une approche multidisciplinaire, coordonnée et graduée du parcours du patient

Objectifs opérationnels :

- 1- Reconnaître et soutenir des centres régionaux niveau 3 (centres de recours), pour les prises en charge les plus complexes accessibles à tous les patients de la région, adultes ET enfants, en charge de l'organisation d'une RCP et d'actions de formation/recherche
- 2- Reconnaître et soutenir des structures de niveau 2, pour des prises en charge spécialisées adulte et/ou enfant
- 3- Développer le niveau 1 de prise en charge pour une offre de proximité permettant une meilleure accessibilité aux soins, facilitant les démarches et avec des ressources de ré-orientation
- 4- Renforcer la coordination inter-professionnelle et valoriser les coopérations
- 5- Améliorer la sensibilisation/formation des professionnels et l'information des personnes et leur entourage sur les TCA, leur prise en charge multi-disciplinaire et la connaissance de l'offre territoriale (pour adressage/orientation), en s'appuyant notamment sur les PTSM (projets territoriaux en santé mentale)

A noter que la chirurgie métabolique devrait bénéficier du même encadrement que la chirurgie bariatrique (hormis sur les indications, définies par la Haute Autorité de Santé) pour que les patients dans un parcours de chirurgie métabolique bénéficient de la même qualité de prise en charge.

Pour les objectifs 2 et 3, il faut se référer aux livrets relatifs à l'offre et aux activités de soins :

- la fiche chirurgie et la sous-partie chirurgie bariatrique
- la fiche SMR mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition
- la fiche transport pour le volet transports bariatriques
- la fiche imagerie / équipements lourds pour l'accès aux IRM et scanographes pour les personnes en situation d'obésité (en lien avec les conditions de la mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition)

Exemples d'actions :

- ⊙ Mise à disposition d'une offre de formation au dépistage et à la prise en charge des enfants en surpoids sur l'ensemble de la région BFC
- ⊙ Reconnaissance de SMR expert mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition
- ⊙ Développement de l'éducation thérapeutique dématérialisée, l'e-ETP
- ⊙ Organisation des CSO suite à évaluation et selon le cahier des charges CSO
- ⊙ Mise en place d'une RCP Chirurgie bariatrique dématérialisée
- ⊙ Evaluation du parcours d'un patient en chirurgie bariatrique en BFC
- ⊙ Communication à destination des patients sur les bénéfices de la chirurgie bariatrique et ses risques par manque de suivi
- ⊙ Réalisation d'un état des lieux de l'offre existante
- ⊙ Dispositif de reconnaissance des structures de la filière TCA
- ⊙ Mise à disposition d'un annuaire ou base de données pour information/orientation (grand public + professionnels)

4.2.6.6 Partenariats

- Les Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ;
- Le RéPPOP BFC ;
- Les professionnels, dont les professionnels libéraux et les établissements de santé ;
- Les structures de coordination ou de regroupement : Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), (Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM), Communauté Professionnelle Territoriale en Santé (CPTS), ...
- Les associations de patients et/ou de familles

4.2.6.7 Transversalité

- ⊙ Livret prévention
- ⊙ Livret activités de soins – chirurgie bariatrique
- ⊙ Livret activités de soins – soins médicaux et de réadaptation

Comme vu précédemment, le comportement alimentaire et l'activité physique ont des conséquences sur la santé de la population. De fait, des liens forts avec les autres thématiques traitées dans le cadre de l'approche parcours existent.

4.2.7 Parcours cancer

4.2.7.1 Contexte et problématique

Le cancer reste la première cause de mortalité prématurée en France (source : fondation arc.org).

Les chiffres du cancer en région BFC

Chaque année, plus de 17 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués en Bourgogne-Franche-Comté (soit 4,5 % des nouveaux cas au niveau national) :

- 43 % de ces cancers sont diagnostiqués chez des femmes,
- 22,6% de ces cancers sont considérés comme des cancers de mauvais pronostic.

Un **cancer de mauvais pronostic** est un cancer dont le taux de survie à 5 ans est inférieur à 33%. Les cancers de mauvais pronostic représentent 22% des cancers diagnostiqués au niveau national, soit un taux comparable au taux régional.

Dans la région, 27 % des décès annuels sont dus à un cancer, soit 7 555 décès par an. La majorité de ces cancers surviennent chez les hommes (59 %). Pour ces derniers, le pourcentage régional des décès survenant avant 65 ans et lié au cancer est supérieur au pourcentage national (27 % versus 25 %). Par contre, cette proportion est de 22 % pour les femmes à la fois au niveau régional et national.

Les trois cancers les plus fréquents **chez les femmes** en Bourgogne-Franche-Comté sont :

- le cancer du sein (31,4 % des cancers),
- le cancer colorectal (12,1 %)
- le cancer du poumon (6,8 %).

Au total, ces trois cancers représentent 50,3 % des nouveaux cas de cancers diagnostiqués chez les femmes dans la région.

Les trois cancers les plus fréquents **chez les hommes** en Bourgogne-Franche-Comté sont⁶⁴ :

- Le cancer de la prostate (27,9 % des cancers),
- Le cancer du poumon (14,4 %),
- Le cancer colorectal (11,3 %)

Au total ces trois cancers représentent 53,6 % des nouveaux cas de cancers diagnostiqués chez les hommes dans la région.

On observe une surmortalité de tous les cancers dans les départements de la Nièvre (+16 % chez les hommes ; +6 % chez les femmes) et de l'Yonne (+8 % chez les hommes ; +7 % chez les femmes), notamment ceux dont les facteurs de risque sont l'alcool et le tabac : cancer de la lèvre-bouche-pharynx, de l'œsophage, du colon et du rectum, du foie, du larynx.

Ces données suggèrent qu'il existe des difficultés soit de prise en charge ou de diagnostic avec des retards de diagnostics dans ces territoires. Des données de mortalité défavorables sont également présentes dans les territoires de l'ouest de la Côte d'Or.

⁶⁴ Données Issues du diagnostic régional de l'Inca- 2021

Dépistages organisés

Même si la participation au campagne de dépistage dans la région est supérieure à la moyenne nationale pour les trois dépistages organisés, il existe de grandes disparités entre les départements de la région.

Le taux de participation pour le dépistage du cancer du sein est de 54,8 % contre 49,2 % pour la moyenne nationale. Mais, il varie de 50,2 % pour le territoire de Belfort à 58,3 % pour le département de la Côte d'Or.

Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal est de 31 % en région contre 28,9 % au niveau national. Le département avec le plus faible taux de dépistage est la Nièvre (26,1 %) et celui avec le plus fort taux de participation est la Saône-et-Loire (35,9%). Pour rappel, il existe une sur-incidence des cancers du côlon et du rectum dans le département de la Nièvre.

Le taux de participation pour le dépistage du cancer du col de l'utérus est proche de la moyenne nationale (58,4 % versus 58,2 %).

Les facteurs de risque de cancer dans la région

Un certain nombre de facteurs sont aujourd'hui reconnus comme augmentant l'apparition du cancer. On dissocie généralement les facteurs de risque en deux groupes : les **facteurs évitables** et les facteurs non évitables. Les premiers sont relatifs à notre comportement et/ou habitudes de vie, parmi eux : le tabac, l'alcool, l'équilibre alimentaire, le soleil, les infections par certains virus ou certaines bactéries... Autant de facteurs contre lesquels il est possible de se prémunir. Les **facteurs non évitables** sont quant à eux liés à l'âge, au sexe, aux hormones, à la génétique, à l'environnement (polluants divers, perturbateurs endocriniens...). Les facteurs de risque évitables peuvent être diminués par une politique de promotion et prévention de la santé efficace qui amène à l'évolution des comportements et/ou habitudes de vie.

La prévalence du tabagisme quotidien en Bourgogne-Franche-Comté est supérieure à la moyenne nationale (28,6 % versus 26,9 %) et notamment chez les jeunes (28 % versus 25,1 %).

Concernant la consommation d'alcool, si la proportion de consommateurs quotidiens est inférieure en Bourgogne-Franche-Comté par rapport à la moyenne nationale (8,9 % versus 10 %), la proportion des consommateurs réguliers parmi les jeunes bourguignon-franc-comtois est supérieure (9 % versus 8,4 %).

La prévalence de la surcharge pondérale en Bourgogne-Franche-Comté est supérieure à la moyenne nationale pour les femmes et les hommes respectivement. Au total, 50,6 % des femmes sont en surcharge pondérale versus 44,2 % au niveau national et 61,8 % des hommes versus 53,9 % au niveau national.

A noter que, la part de jeunes filles vaccinées contre le papillomavirus (HPV) est plus élevée dans la région Bourgogne-Franche-Comté par rapport au niveau national (30,4 % versus 27,9 %).

Les orientations nationales et régionales

La **stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030** succède aux trois plans cancer.

La stratégie décennale de lutte contre le cancer marque une volonté d'améliorer l'offre de santé et le service rendu à l'ensemble de nos concitoyens, dans les champs de la prévention et du dépistage, aux personnes touchées par la maladie, dans leurs parcours de soins et parcours de vie, ou encore à l'ensemble des acteurs de la lutte contre les cancers dans le champ de la santé et celui de la recherche. Elle intervient en complément des actions, dispositifs et outils structurants déjà en place, qu'il convient de continuer à faire évoluer dans une logique d'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité.

Elle fixe 4 objectifs ambitieux dans la lutte contre le cancer avec :

- Réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables, à horizon 2040 (on l'estime aujourd'hui à environ 153 000 par an) ;
- Réaliser un million de dépistages en plus à horizon 2025, sur le périmètre des dépistages existants (aujourd'hui, environ 9 millions de dépistages sont réalisés chaque année) ;
- Réduire de 2/3 à 1/3 la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un diagnostic ;
- Améliorer significativement le taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic, à horizon 2030. Au total, 7 localisations de cancer sont concernées à cela s'ajoutent les types, sous-types ou stades de cancers ne relevant pas de ces 7 localisations mais dont l'évolution reste très défavorable.

Afin d'atteindre ces objectifs, les actions de la stratégie décennale relevant de la compétence des ARS ont été regroupées en 20 thématiques autour de 4 axes :

- Axe 1 : Améliorer la prévention
- Axe 2 : Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie
- Axe 3 : Lutter contre les cancers de mauvais pronostics
- Axe 4 : S'assurer que les progrès bénéficient à tous.

Une feuille de route régionale a été rédigée pour les 5 premières années de la stratégie décennale (2021-2025). Elle présente les actions en cours et à venir qui seront déployées dans la région. Pour chacune des actions sélectionnées, il sera indiqué le descriptif des mesures opérationnelles, les pilotes et partenaires, le calendrier de réalisation, les indicateurs de suivi et la cible à atteindre.

L'objectif prioritaire et les actions sélectionnées dans le cadre de la stratégie s'inscrivent pleinement dans le cadre du parcours et sont développés dans les objectifs du présent PRS.

4.2.7.2 Principales réalisations régionales depuis 2018

Lors de la rédaction du précédent Schéma Régional de Santé 2018-2023, 7 points de rupture avaient été identifiés pour le parcours cancer. Ces points concernaient l'ensemble du parcours du patient avec des difficultés identifiées au niveau de :

- la prévention avec l'adéquation des actions de prévention
- l'accès au programme de dépistage, à un spécialiste, au protocole de recherche clinique,
- l'adaptation de l'offre de soins au vieillissement de la population
- d'ordre financier liées au reste à charge pour les patients
- la coordination des différents acteurs de la prise en charge des patients

Plusieurs actions ont été menées, notamment :

- La création du Réseau régional de cancérologie BFC (appelé désormais DSRC)
- Pour favoriser la coordination entre les acteurs :
 - Le Dossier Communicant en Cancérologie a été généralisé sur l'ensemble de la région
 - Le déploiement d'outils de visioconférence en région permettant l'organisation de RCP communes en région
- Le lancement de l'Appel à projet « parcours de soins global après traitement »
- La mise en place de l'équipe régionale Adolescent et jeune Adultes (AJA)

- Afin de garantir l'accès à des soins de qualité à l'ensemble des patients, les établissements de santé autorisés pour l'activité de soins traitement du cancer ont maintenant la possibilité d'avoir accès à la plateforme HECTOR (co-portée avec la région Grand-Est) qui répertorie les essais cliniques dans lesquels peuvent être inclus les patients répondant aux critères d'inclusion.

En lien avec d'autres thématiques du SRS, les actions de prévention ont été poursuivies en agissant sur les principaux facteurs de risque du cancer avec :

- La création du Centre régional de coordination des dépistages des cancers
- La création d'un répertoire régional présentant les dispositifs médico-social et sanitaire spécialisés en addictologie présents en région et leur localisation à destination du grand public et des professionnels
- La labellisation de 19 maisons sport-santé (*cf. Livret prévention – nutrition sport santé*)

4.2.7.3 Schéma des points de rupture du parcours

Dans le cadre de la révision du schéma régional, 8 points de rupture ont été identifiés. Malgré les actions mises en place, 5 points de rupture sont restés d'actualité :

- Problématique de lisibilité des actions de prévention sur les déterminants de santé et de leur évaluation
- Problématique de sensibilisation, d'accès et de participation aux dépistages organisés
- Difficultés d'accès à une offre de soins de proximité liées à une démographie médicale défavorable / manque d'équipement
- Problématique sociale (délai de mise en place de l'ALD, reste à charge...)
- Manque de coordination

Parmi les **nouveaux points de rupture** identifiés apparaissent clairement :

- L'insuffisance de lits d'aval entraînant un manque de continuité des soins notamment dans la gestion des prises en charge en urgence ;
- Le manque de connaissance des soins de support dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des effets indésirables et des séquelles.

A noter que les soins de support regroupent l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades pour lutter contre les conséquences de la maladie et des traitements (prise en charge de la douleur, nutrition, soutien psychologique, prise en charge sociale...)

- Le rôle des aidants avec le risque d'épuisement qui est majeur dans la qualité de prise en charge et de suivi du patient.

Deux points de rupture du précédent PRS n'ont pas été renouvelés, il s'agit de la problématique touchant à la prise en charge spécifiques des personnes âgées et la difficulté d'accès des patients aux protocoles de recherche clinique. Des actions ont été mises en place pour lever ces points de rupture qui ont permis de gagner en fluidité sur ce parcours.

Par ailleurs et de même que pour les autres parcours, on constate un problème attractivité des professionnels de santé dans le secteur public pouvant impacter la prise en charge des patients.



- ### POINTS DE RUPTURE
1. Problématique de fiabilité des actions de prévention sur les déterminants de santé et de leur évaluation
 2. Problématique de sensibilisation, d'accès et de participation au dépistage organisé
 3. Difficultés d'accès à une offre de soins de proximité liées à une démographie médicale défavorable et/ou manque d'équipement
 4. Problématique sociale (délai de mise en place de l'ALD, reste à charge...)
 5. Problématique de connaissances et d'accès au soins de support
 6. Insuffisance des fins d'aval (HAD, lits de soins palliatifs, SMR)
 7. Manque de coordination
 8. Épuisement des aidants

4.2.7.4 Objectifs

La prise en charge en établissement de santé est développée dans la fiche relative à l'activité de soins de Traitement du cancer (cf. Livret Activités de soins).

Objectif 1 : Agir sur les principaux déterminants de santé liés au cancer en développant les actions de prévention

A noter que pour les objectifs opérationnels suivants, les principes d'actions sont développés dans les livrets prévention (Addiction, nutrition sport santé, vaccination, programme régional santé environnement 4, Une seule santé), les parcours addiction, nutrition santé et dans la fiche activité de soins en génétique.

Objectifs opérationnels :

- 1- Poursuivre la lutte contre les addictions (notamment tabac et alcool)
- 2- Promouvoir une activité physique régulière et une alimentation saine
- 3- Améliorer la prévention des cancers liés aux maladies infectieuses
- 4- Améliorer la prévention des cancers liés à l'environnement et au travail
- 5- Développer les consultations d'oncogénétique aux personnes ayant une prédisposition familiale au cancer.

Objectif 2 : Favoriser des diagnostics plus précoces en améliorant les taux de participation aux dépistages organisés et autres

Objectifs opérationnels :

- 1- Augmenter le taux de participation aux dépistages organisés (sein, colorectal, col de l'utérus), particulièrement dans les territoires avec les taux les plus faibles
- 2- Développer certains autres dépistages

Objectif 3 : Garantir l'accès de tous les patients à des soins de qualité

Objectifs opérationnels :

- 1- Assurer la qualité des prises en charge hospitalières
- 2- Permettre à chacun des patients d'être acteur de sa prise en charge
- 3- Limiter les séquelles d'un patient atteint de cancer en établissement de santé comme en ville pendant et après le cancer, notamment par les soins de support et les soins palliatifs
(Prise en charge de la douleur, accompagnement psychosocial, suivi nutritionnel, activité physique adaptée, hygiène de vie, soutien psychologique des proches, préservation de la fertilité, prise en charge des troubles de la sexualité)
- 4 - Assurer à tous les patients une prise en charge personnalisée et l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques

Objectif 4 : Renforcer la coordination ville-hôpital pour développer les prises en charge hors établissement de santé

Objectif opérationnel :

- 1- Mieux impliquer les professionnels de ville notamment en s'appuyant sur les modes d'exercice coordonné : médecin traitant, pharmacie, infirmier, psychologue...

Objectif 5 : Améliorer l'efficience et optimiser les organisations régionales

Objectif opérationnel :

- 1- Renforcer les missions du Dispositif Spécifique Régional du Cancer (DSRC) – OncoBFC
- 2- Structurer et harmoniser les pratiques des Centres de Coordination en cancérologie

Exemples d'actions :

- ⊙ Ouverture de nouveaux dépistages, notamment pour le cancer du poumon (lancement projet pilote par l'Institut national du cancer - INCa).
- ⊙ Développer des approches de type « aller vers », notamment pour les personnes en situation de vulnérabilité (handicap, territoires à faible participation aux dépistages organisés, barrière de la langue...)
- ⊙ Systématisation de l'accès des médecins traitants au DCC, incluant notamment le PPS puis le PPAC
- ⊙ Développement de l'envoi dématérialisé et sécurisé d'ordonnances d'anticancéreux oraux aux pharmacies de ville
- ⊙ Mise en place de la relecture numérisée des mammographies
- ⊙ Mise en œuvre du Dossier Communicant de Cancérologie 2.0 pour répondre aux besoins métiers et notamment la mise en place et le suivi du plan personnalisé de soins (PPS) et plan personnalisé après cancer (PPAC)
- ⊙ Evaluation de la mise en œuvre des Actions de Qualité Transversales en Cancérologie (AQTC) dans les établissements autorisés en priorisant les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), Dispositif d'Annonce (DA), Plan Personnalisé de Soins (PPS), Plan Personnalisé d'Après Cancer (PPAC)
- ⊙ Information complète, aux patients et aux proches, garantissant un consentement éclairé du parcours de soins en veillant à adapter le niveau de littératie en santé
- ⊙ Remise d'un Plan Personnalisé de Soins et Plan Personnalisé d'après-cancer au patient et au MG
- ⊙ Orientation vers des dispositifs de prises en charge spécifiques (oncogériatrie, AJA, pédiatrie...)
- ⊙ Amélioration de l'accès aux traitements innovants (immunothérapie, thérapies ciblées, radiothérapie avec hypofractionnement...)
- ⊙ Thérapeutiques anticancéreuses orales : implication des professionnels de ville dans la dispensation (pharmacien), dans le suivi du patient (médecin traitant / infirmier) et dans l'information au patient (tous les acteurs). Suivre les expérimentations innovantes article 51 de type Oncolink, suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux, et soutien aux potentiels dispositifs innovants.
- ⊙ Développement des prises en charge HAD en cancérologie

4.2.7.5 Partenariats

- Dispositif spécifique régional du cancer OncoBFC
- Institut Régional Fédératif du Cancer de Franche-Comté
- Centre de lutte contre le cancer Georges François Leclerc
- Etablissements autorisés et associés dans le traitement du cancer
- Centre régional de coordination des dépistages du cancer
- Centre de coordination en cancérologie (3C)
- Associations : Ligue contre le cancer...
- Professionnels libéraux participant à l'offre de soins de support en plus de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs (psychologues, diététiciens, enseignants en activité physique adaptée mais aussi sexologues, socio-esthéticiens...)
- Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

4.2.7.6 Transversalité

- ⊙ Livret prévention – PRSE 4
- ⊙ Livret prévention – vaccination
- ⊙ Livret offre de santé
- ⊙ Livret activités de soins – traitement du cancer
- ⊙ Livret activités de soins – génétique
- ⊙ Livret activités de soins – hospitalisation à domicile
- ⊙ Livret activités de soins – soins médicaux et de réadaptation

4.2.8 Parcours diabète et maladies rénales chroniques

A noter que, les thématiques nutrition et activité physique traitées dans le livret prévention sont les dénominateurs communs à toutes les pathologies chroniques.

La dénomination habituelle utilisée, « le diabète » entraîne une restriction dans la compréhension des enjeux. En effet, il existe en réalité plusieurs types de diabètes (DT2, diabète 1 ou 2 sous insuline, DT1 enfant et adolescent (+ MODY...), diabète gestationnel) qui nécessitent des prises en charges différentes et adaptées donc des organisations différentes... dans un contexte de démographie médicale en tension et des avancées technologiques et médicamenteuses très évolutives.

4.2.8.1 Contexte et problématique

Quelques données chiffrées pour la BFC

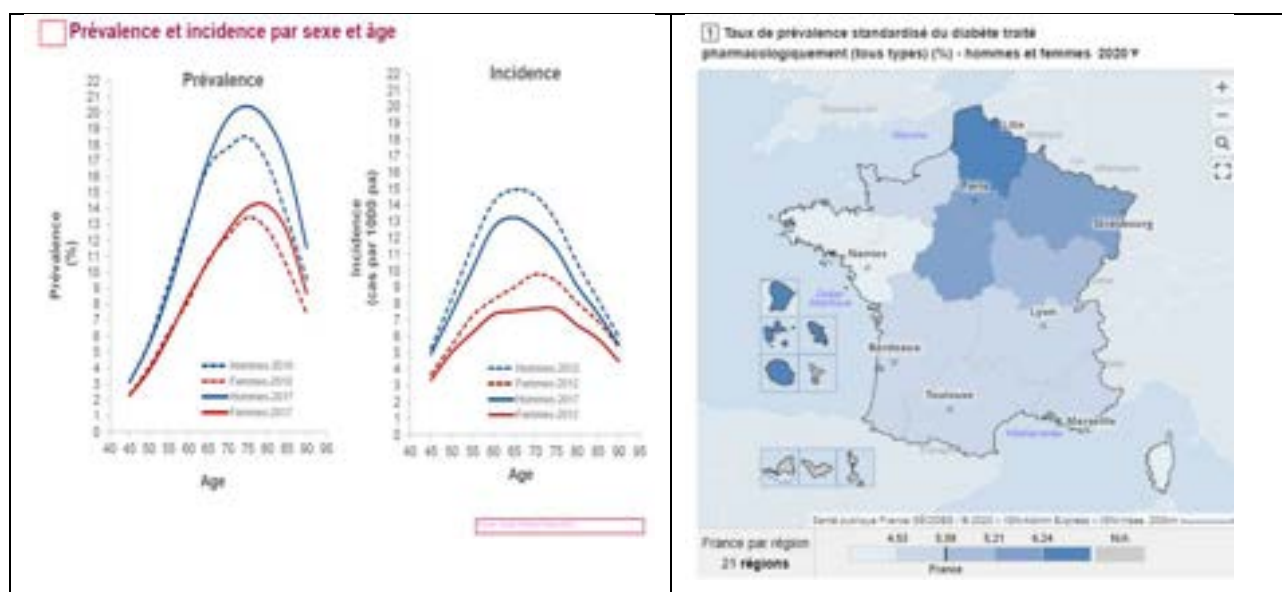
Les deux pathologies que sont le diabète de type 1 et le diabète de type 2 présentent de forts enjeux de santé publique. En 2020, en France, plus de 3,5 millions de personnes étaient traitées par un médicament pour le diabète, soit 5,3% de la population.

La fréquence du diabète augmente avec l'âge, un pic de prévalence est observé entre 70 et 85 ans chez les hommes : 1 homme sur 5 âgé de 70 à 85 ans et 1 femme sur 7 âgée de 75 à 85 ans sont traités pharmacologiquement pour un diabète.

La prévalence du diabète est plus élevée dans les communes les plus défavorisées socio-économiquement, chez les personnes d'un niveau socio-économique moins favorisé et dans certaines catégories socio-professionnelles.

En Bourgogne-Franche-Comté, le taux de prévalence brut standardisé est de 5,10 % en 2020 soit près de 150 000 personnes touchées.

On estime à environ 1% de la population adulte ayant un diabète méconnu soit entre 12 000 et 19 000 personnes pour la BFC.



La maladie rénale chronique est une maladie fréquente et grave. On estime que 7 à 10 % de la population française présenterait une atteinte rénale. Le dépistage reste insuffisant, la découverte se faisant parfois aux stades évolués de la maladie. Le risque d'évolution vers le stade de suppléance nécessitant la dialyse ou une greffe rénale est faible dans l'absolu, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) étant de l'ordre de 1 pour 1 000, mais l'existence d'une maladie rénale chronique augmente le risque d'évènements cardiovasculaires et de mortalité cardiovasculaire.

La prévalence de cette maladie devrait encore augmenter dans les années qui viennent en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation du diabète (deux causes majeures d'insuffisance rénale), et grâce à l'amélioration de la survie des patients transplantés et dialysés. Des facteurs de risque de maladie rénale chronique ont été clairement identifiés dans la littérature, détaillés ci-dessous, et leur identification doit amener à dépister la maladie rénale chronique :

- Diabète
- Hypertension artérielle traitée ou non
- Maladie cardiovasculaire athéromateuse
- Insuffisance cardiaque
- Obésité avec IMC sup à 30 ou 35
- Maladies de système ou auto-immunes
- Affections urologiques
- Antécédents familiaux avec insuffisance rénale évolutive
- Antécédents de néphropathie aiguë
- Traitements néphrotoxiques antérieurs
- Exposition aux produits de contraste iodés
- Exposition à des toxiques professionnels
- Facteurs socio-économiques
- Exposition à des substances néphrotoxiques

Bien que l'âge soit un facteur de risque bien identifié de maladie rénale chronique, il est important de noter qu'il existe un déclin naturel de la fonction rénale à partir de 40 ans qui est indépendant de toute maladie rénale (environ 0.75 à 1 ml/min/an après 40-50 ans mais très variable).

Le diabète de type 1 est en augmentation

Le diabète de type 1 représente environ 10 % des cas de diabètes en France et dans le monde. La moitié des cas se déclare avant l'âge de 20 ans. Actuellement en France, l'incidence du diabète de type 1 est d'environ 15 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

Le nombre de personnes atteintes de diabète de type 1 (DT1) ne cesse d'augmenter, au rythme de 3 à 4 % par an. En outre, son apparition est de plus en plus précoce, avec une augmentation importante de la prévalence chez les enfants de moins de 5 ans.

La survenue du DT1 chez l'enfant et l'adolescent (de 6 mois à 15 ans) augmente d'environ 4,7 % par an. En Bourgogne-Franche-Comté le taux d'incidence est passé de 17,9 pour 100 000 en 2013-2015 à 20,1 en 2015-2017 (soit une centaine de nouveaux enfants concernés chaque année).

Les raisons de cette évolution sont inexplicables à ce jour, mais certaines modifications de l'environnement (perturbateurs endocriniens notamment) et de son interaction avec le génome sont pointées avec une prédisposition génétique déterminée par des gènes multiples.

Le diabète et les MRC : des maladies aux conséquences graves, invalidantes et pesant fortement sur le système de santé

Le diabète est une pathologie très pourvoyeuse de complications touchant plusieurs organes : le cœur (infarctus), le cerveau (accident vasculaire cérébral), les reins (insuffisance rénale), les yeux (rétinopathie diabétique), les pieds (plaies et amputations).

Le diabète est :

- la 1^{ère} cause de cécité après 65 ans : plus de 1000 cas par an ;
- la 1^{ère} cause de plaie chronique du pied : 5 fois plus que dans la population générale, la 1^{ère} cause d'amputation (7 fois plus d'amputations) ;
- la 2^{ème} cause d'accident cardio-vasculaire : 2,2 fois plus d'infarctus du myocarde et 1,6 fois plus d'accident vasculaire-cérébral ;
- l'une des principales causes de la maladie rénale chronique laquelle risque d'évoluer vers une insuffisance rénale chronique terminale (9 fois plus que dans la population générale).

Concernant les maladies rénales chroniques :

Le risque d'évolution vers le **stade de suppléance** nécessitant la dialyse ou une greffe rénale est faible dans l'absolu, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) étant de l'ordre de 1 pour 1 000, mais l'existence d'une maladie rénale chronique augmente le risque d'évènements cardiovasculaires et de mortalité cardiovasculaire.

Le nombre de patients en traitement de suppléance augmente de manière régulière, environ + 4 % chaque année. Fin 2020, on dénombrait en France 92 199 malades en traitement de suppléance, 55 % en dialyse et 45 % porteurs d'un greffon rénal fonctionnel. L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux.

Concernant la **dialyse**, en dépit d'une discrète diminution observée, le démarrage en urgence de la dialyse reste fréquent (30 %), associé à l'absence de suivi néphrologique préalable et à une première dialyse sur cathéter.

L'accès à la **liste nationale d'attente de greffe** reste encore difficile pour certains malades (sujets âgés, diabétiques, disparité selon le lieu de résidence) et tardif pour ceux qui y accèdent. Une augmentation du taux de patients âgés de moins de 60 ans est cependant observée, témoignant de l'amélioration de la prise en charge précoce par les néphrologues.

Quant à l'activité de **transplantation**, selon le rapport d'activité annuel de 2020 de l'Agence de la biomédecine, 2592 transplantations rénales ont été réalisées, la pénurie de greffons étant un sujet important.

4.2.8.2 Principales réalisations régionales depuis 2018

Les travaux enclenchés en 2018 dans le cadre du SRS ont permis de développer des actions au bénéfice de la population diabétique autour de plusieurs objectifs fédérant les partenaires : la prévention, le repérage et le dépistage, la prise en charge pluri-professionnelle et le développement de la e-santé :

Les actions prévention de l'Association Française des diabétiques (AFD) et restructuration de l'association : l'association va au-devant de la population grâce à des actions de sensibilisation, proposant un dépistage aux personnes à risque. La plupart des actions ont pu être maintenues entre 2018 et 2022 malgré la crise sanitaire.

La plateforme de coordination du DT1 chez l'enfant : créée fin 2018 et portée par les deux CHU, elle vise à mieux prendre en charge le parcours de vie des enfants DT1. S'appuyant sur les travaux des rencontres interprofessionnelles de diabétologie pédiatrique réunissant toutes les équipes de BFC, la plateforme est montée en charge, et malgré le contexte sanitaire, elle a su fédérer toutes les équipes hospitalières autour du partage d'expériences, de la mise en commun de pratiques, des actualités sur les recommandations, sur la vie régionale et les outils. Elle est désormais bien implantée sur le territoire. En sus de son activité importante de formation (PMI, santé scolaire...), elle apporte un soutien et une expertise aux centres hospitaliers, réalise un suivi des données d'activités confirmant une montée en charge épidémiologique du DT1 chez l'enfant, et accompagne les CH en rupture d'activité en anticipant la répartition des patients et l'organisation des parcours.

Le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique en BFC : cette action de santé publique continue d'apporter une plus-value en se déplaçant au plus près des patients, éloignés des ophtalmologues et sortis du parcours de soins adéquat. Une augmentation du taux de participation au dépistage est observée en Bourgogne et en Franche-Comté un partenariat fort avec les Maisons de santé (MSP) est en place.

L'expérimentation suivi des plaies de pied diabétique à domicile par les infirmiers libéraux : cette expérimentation de télé-expertise lancée fin 2019 s'appuyait sur 3 centres experts régionaux (CHU Besançon, CHU Dijon et CH Le Creusot), permettant à la fois d'éviter les déplacements des patients et de gagner du temps médical. L'évaluation montre une plus-value notamment sur la satisfaction des patients, des IDEL, des centres hospitaliers, et sur la communication entre les IDEL et l'hôpital (création d'un lien, d'une confiance, rassurants pour les IDEL). Par ailleurs, l'intérêt a été démontré lors de la crise COVID, la télémédecine ayant permis un maintien du suivi malgré le confinement.

Expérimentation innovante Article 51 IPEP (Incitation à une prise en charge partagée) en Haute-Saône : lancée en 2018 par la FHF l'expérimentation vise à rendre opérationnelle la responsabilité populationnelle, autour de deux populations : les personnes atteintes ou à risque de diabète ou d'insuffisance cardiaque. Cette expérimentation se déploie notamment en Haute-Saône sur le diabète.

Quatre axes opérationnels sont développés :

- action de prévention, de dépistage sur le département par une infirmière de santé publique dédiée
- organisation du service de diabétologie : hôpital de jour notamment hors les murs, plages dédiées pied diabétique, filière DG, infirmier de pratique avancée...
- information : aide-mémoire du professionnel, soirées interprofessionnelles
- communication esanté : utilisation d'eTICSS web et mobilité, numéro unique diabétologie, messagerie sécurisée

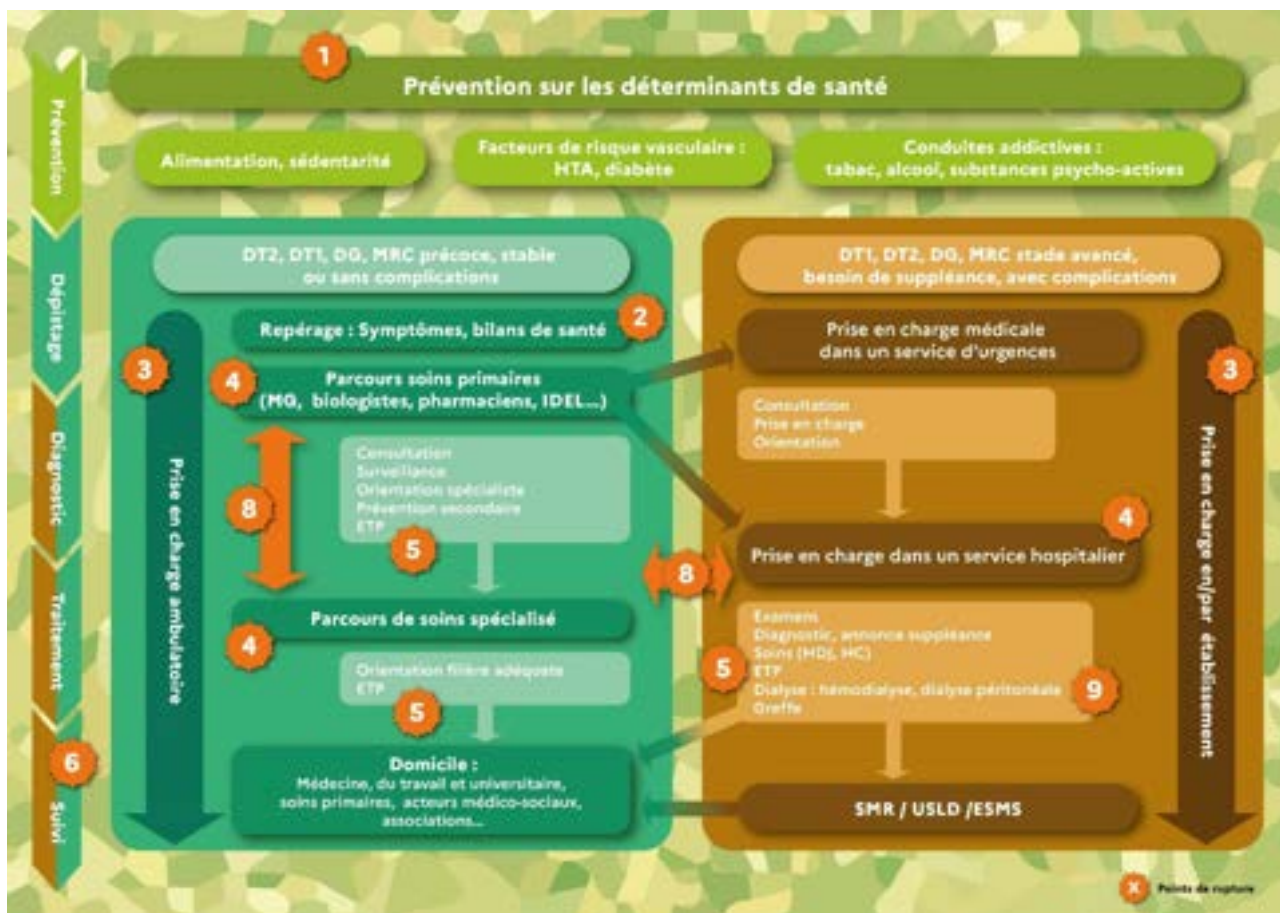
4.2.8.3 Les enjeux majeurs du parcours

La prise en charge en établissement de santé est développée dans la fiche relative à l'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique (cf. Livret Activités de soins).

- Limiter les facteurs de risque d'apparition d'un diabète ou d'une MRC en promouvant la nécessité d'une activité physique régulière ainsi qu'une alimentation équilibrée dans le contexte quotidien familial ou communautaire.
- Améliorer le repérage et le dépistage précoces des personnes à risque sur le territoire.
- Organiser et coordonner la prise en charge du diabète de type 1 chez l'enfant et l'adolescent.
- Améliorer la coordination des acteurs en présence sur les territoires de la prévention, aux soins à l'accompagnement médico-social.
- Favoriser le repérage précoce des complications liées au diabète (plaies de pied et amputations, la maladie rénale chronique, rétinopathie diabétique, maladies cardiovasculaires...)
- Sensibiliser le grand public sur la pathologie

4.2.8.4 Schéma des points de rupture du parcours

Le schéma des points de rupture a été entièrement retravaillé par rapport à la version du précédent PRS pour tenir compte notamment de l'inclusion de la MRC dans le périmètre du parcours.





4.2.8.5 Objectifs

Les objectifs généraux du parcours des patients diabétiques et malades rénaux chroniques sont articulés en amont avec la prévention primaire et les conditions de vie sociale et environnementale traité dans livret prévention du SRS et en aval, avec l'accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile, traité dans le livret Offre de santé.

La finalité attendue d'une diminution de la prévalence du diabète et des maladies rénales chroniques et de leurs complications ne pourra passer que par un travail concerté entre professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social, patients et associations de patients, collectivités territoriales et locales, milieu scolaire, milieu du travail, organismes d'assurance maladie afin d'une part de décloisonner et fluidifier le parcours de santé des patients diabétiques et d'autre part d'améliorer leur qualité de vie.

Les objectifs proposés s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé.

Objectif 1 : Promouvoir les actions de prévention et favoriser le repérage et le dépistage précoce du diabète et des maladies rénales chroniques

Objectifs opérationnels :

- 1- Renforcer sur les territoires les actions d'information et d'éducation à la santé sur les déterminants impliqués dans l'apparition du diabète et des maladies rénales chroniques
- 2- Développer les actions de repérage et de dépistage ciblées en tenant compte du gradient social (milieu du travail, public personnes âgées et en situation de handicap à domicile et en institution, public précaire...)
- 3- Améliorer la capacité du système de santé et notamment celle des professionnels de soins primaires à repérer plus précocement le diabète et la maladie rénale chronique

Objectif 2 : Optimiser la prise en charge pluri-professionnelle des patients diabétiques et malades rénaux chroniques dans les territoires

Objectifs opérationnels :

- 1- Améliorer la formation (initiale et continue) des professionnels de santé
- 2- Renforcer l'éducation thérapeutique du patient (Cf. Livret offre – éducation thérapeutique)
- 3- Organiser et poursuivre le dépistage des complications du diabète et de la maladie rénale chronique
- 4- Optimiser la prise en charge pluri-professionnelle du patient adulte sur les territoires
- 5- Optimiser la prise en charge pluri-professionnelle du diabète de type 1 chez l'enfant et l'adolescent
- 6- Améliorer l'information, la qualité et la sécurité des soins
- 7- Optimiser la prise en charge du diabète gestationnel en ville

Objectif 3 : Déployer les usages du numérique pour faciliter les parcours et améliorer le suivi des patients

(Cf. livret innovation – e-santé)

Objectifs opérationnels :

- 1- Développer les dispositifs de télémédecine (téléconsultation, télé-expertise et télésurveillance) et autres nouvelles technologies pour améliorer la prise en charge du patient diabétique et malades rénaux chroniques
- 2- Favoriser le déploiement de l'éducation thérapeutique du patient dématérialisée (e-ETP)
- 3- Déployer le parcours dans la plateforme régionale e-parcours, eTICSS, pour favoriser la coordination des parcours

Exemples d'actions :

- ⊙ Journée régionale « Vivre avec son diabète » et journée annuelle REIN
- ⊙ Dépistage dans le milieu du travail
- ⊙ Campagne de sensibilisation sur l'acido-cétose auprès des médecins généralistes et des autres professionnels de santé
- ⊙ Sensibilisation des médecins généralistes au dépistage et à l'évolution des marqueurs de la maladie rénale chronique
- ⊙ Mise en œuvre de programmes de Développement Professionnel Continu (DPC) en particulier pour les médecins généralistes concernant le suivi rénal des patients atteints de diabète ou d'hypertension artérielle (HTA)
- ⊙ Poursuite du dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique dans la région
- ⊙ Promotion et mise en œuvre du parcours pied diabétique
- ⊙ Déploiement des protocoles de coopération : Infirmier Asalée, IDE PC....
- ⊙ Accompagnement au déploiement des IPA
- ⊙ Poursuite du soutien au projet Responsabilité populationnelle en Haute-Saône
- ⊙ Poursuite des missions de la plateforme régionale de coordination du DT1 enfant/adolescent
- ⊙ Suivi de critères et indicateurs de qualité à partir du registre REIN

4.2.8.6 Partenariats

- Assurance Maladie
- Etablissements de santé
- Associations de patients
- Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné (Femasco)
- Unions régionales des professionnels de santé (médecins libéraux, infirmiers libéraux, biologistes, pharmaciens, podologues)
- Dispositifs de coordination notamment les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)
- Territoires par le biais des communautés professionnelles territoriales de santé
- Médecine du travail
- Etablissements et services médico-sociaux

4.2.8.7 Transversalité

- ⊙ Livret prévention – PRSE 4
- ⊙ Livret offre de santé
- ⊙ Livret activités de soins – traitement de l'insuffisance rénale chronique
- ⊙ Livret activités de soins – greffes

4.2.9.1 Contexte et problématique

Les maladies cardio-neuro-vasculaires principalement traitées dans ce parcours sont : les maladies des artères coronaires ; les infarctus du myocarde (IDM) ; l'insuffisance cardiaque (IC) ; l'hypertension artérielle (HTA) ; les maladies thromboemboliques ; les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Ces maladies ont un impact important sur la qualité de vie des personnes atteintes. Elles sont souvent liées entre elles, provoquant un effet en cascade sans schéma prédéfini.

Les **maladies des artères coronaires (MAC)** regroupent les maladies qui se déclenchent lorsque l'approvisionnement en sang du muscle cardiaque est interrompu ou bloqué. La cause la plus courante est l'obstruction des artères coronaires par une accumulation de matières grasses. En 2021 : 9481 angioplasties ont été réalisées en BFC

L'**infarctus du myocarde (IDM)** correspond à la destruction partielle du muscle cardiaque, due à l'obstruction d'une artère qui alimente le cœur en sang, et donc en oxygène. Sa survenue relève d'une urgence vitale.

Le suivi de cet épisode aigu est essentiel compte-tenu du nombre élevé de récurrence (estimé aux alentours de 17 % après un premier infarctus).

L'**insuffisance cardiaque (IC)** touche plus d'un million de personnes en France, ce qui représente 2,3 % de la population adulte. Elle touche 10 % des personnes âgées de plus de 75 ans. En Bourgogne-Franche-Comté, le taux de prévalence est de 2,3 %. On note de grandes disparités départementales : 1,7 % dans le Territoire de Belfort et 2,8 % dans la Nièvre.

Malgré toutes les données, une étude réalisée par le Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies (Gicc) révèle que ces chiffres sont sous-estimés, du fait de la méconnaissance de cette pathologie dans la population. L'insuffisance cardiaque se définit comme un état pathologique indiquant que la pompe cardiaque n'est plus capable d'assurer un débit sanguin adapté aux besoins de l'organisme. Il est important de comprendre que l'insuffisance cardiaque est une pathologie complexe et qu'il n'y a pas de définition simple englobant ses multiples causes, aspects, formes et conséquences.

Les maladies des artères coronaires et l'insuffisance cardiaque représentent 70 % des motifs d'affections de longue durée (ALD) pour une maladie cardio-vasculaire.

L'**hypertension artérielle (HTA)** est la maladie chronique la plus fréquente en France. Elle résulte d'une pression anormalement élevée du sang dans les vaisseaux sanguins. Elle constitue, lorsqu'elle n'est pas contrôlée, l'une des principales causes de complications cardio-vasculaires, cérébro-vasculaires ou neuro-dégénératives (infarctus du myocarde, AVC, maladie d'Alzheimer...).

La **maladie thromboembolique** est une maladie fréquente qui touche environ une personne sur mille dans la population. Caractérisée par l'occlusion ou le rétrécissement d'un vaisseau par un caillot de sang, on parle généralement de thrombose et d'embolie pulmonaire (caillot dans une artère des poumons).

En 2019, 96 362 habitants de Bourgogne-Franche-Comté étaient sous anticoagulant. On observe une nette augmentation en 2018 (+7 %) et 2019 (+8 %) pour les personnes âgées de plus de 60 ans, et ce pour l'ensemble des départements. Pour autant, cette évolution n'est pas seulement dû au vieillissement de la population qui ne suit pas la même progression (évolution de +1,4 % chez les personnes âgées de 60 ans et plus entre 2017 et 2018 et +0,2 % entre 2018 et 2019).

Les **accidents vasculaires cérébraux (AVC)** représentent la première cause de handicap moteur de l'adulte et la seconde cause de démence. Un AVC correspond à l'arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau d'une partie du cerveau pouvant être dû à l'oblitération d'un vaisseau, on parlera d'AVC ischémique, ou à la rupture d'un vaisseau, on parlera cette fois d'AVC hémorragique. Sa survenue relève d'une situation d'urgence vitale.

Au niveau national, on estime à 150 000 le nombre de nouveaux cas d'AVC (Fondation pour la recherche sur les AVC). En région, pour l'année 2021, 8764 patients ont été hospitalisés dans les différents centres hospitaliers de la région pour un AVC. L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'environ 20 % des survivants d'un AVC seront victimes d'une récurrence dans les 5 ans sous forme d'un autre AVC ou d'un IDM.

Si la prévalence des AVC et des infarctus du myocarde (IDM) ne cesse d'augmenter, la mortalité, elle, diminue depuis plus d'une dizaine d'années.

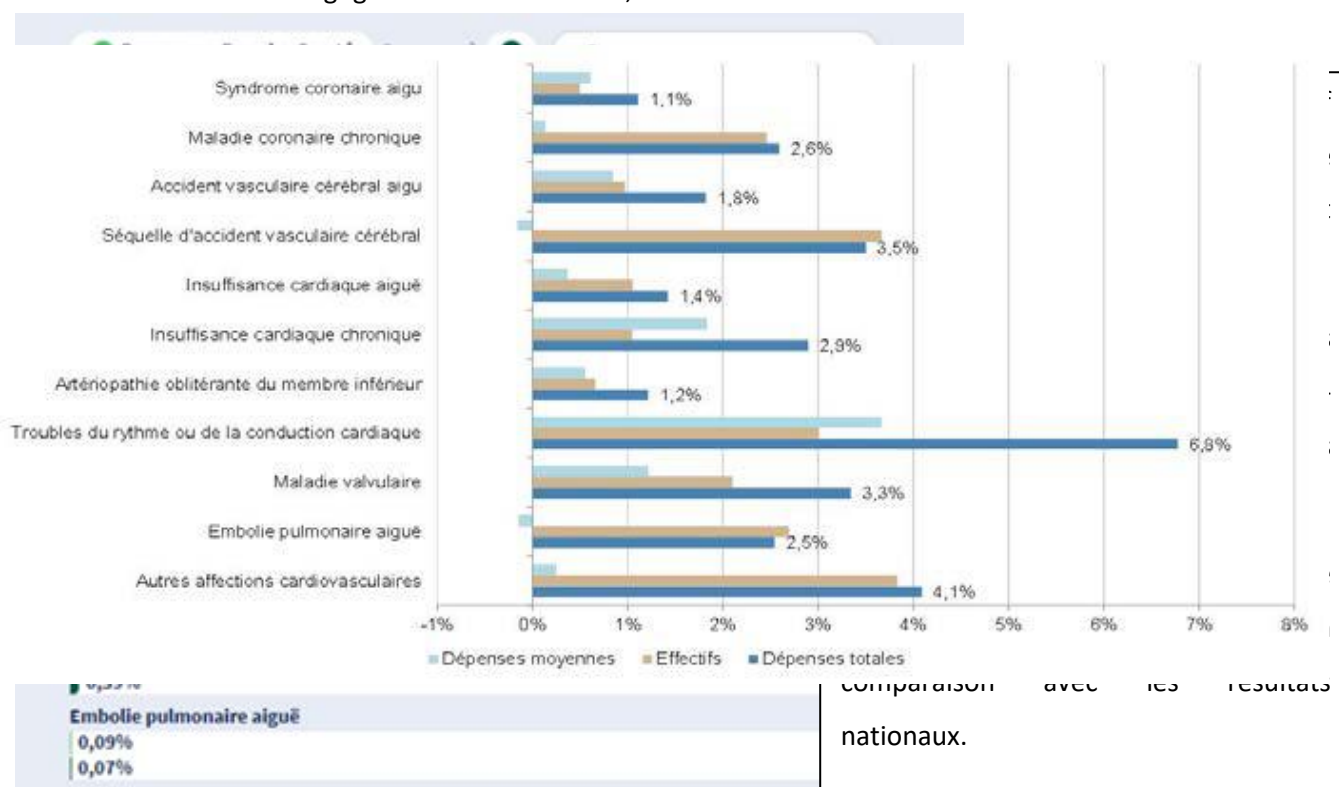
Dans la continuité des travaux engagés dans le précédent schéma régional, le parcours maladies cardio-neuro-vasculaires s'est attaché au suivi de ces 6 pathologies afin de prioriser ses actions. Pour rappel, il s'agit des maladies des artères coronaires ; des infarctus du myocarde (IDM) ; de l'insuffisance cardiaque (IC) ; de l'hypertension artérielle (HTA) ; des maladies thromboemboliques ; des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Cependant, toutes les pathologies cardio-neuro-vasculaire pourraient trouver leur place dans ce parcours, notamment si des initiatives locales ou régionales émergent des territoires.

Remarque : des fiches spécifiques développent plus précisément l'organisation territoriale et les activités de soins en cardiologie et neuroradiologie interventionnelles, des soins critiques et des soins médicaux et réadaptation dans le livret Activités de soins.

Quelques données chiffrées en région BFC et en France

Prévalence en Bourgogne-Franche-Comté : 9,06 %



Le schéma ci-dessus présente l'évolution moyennes annuelles des effectifs de patients, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales pour les maladies cardio-neurovasculaires entre 2015 et 2019.

Source : [rapport_charges_et_produits_-_propositions_de_lassurance_maladie_pour_2022_juillet_2021.pdf](#)

4.2.9.2 Principales réalisations régionales depuis 2018

Depuis en 2012, deux parcours étaient identifiés, le parcours maladies cardio-vasculaires et le parcours des patients victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), qui ont permis la mise en place d'actions au bénéfice de la population :

La structuration de la filière AVC par le réseau d'urgences neurologiques de Franche-Comté et le réseau AVC Bourgogne et Sud Haut-Marnais avec notamment les missions suivantes : structuration de la filière, développement de la télémédecine, amélioration de la prise en charge en aval de l'hospitalisation...

Le déploiement de **l'expérimentation DiVa** dans le cadre de l'article 51 (Dispositif innovant), opérationnel depuis 2021 et consistant en un suivi intensif commun des Accidents Vasculaires Cérébraux et des Infarctus du Myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans les établissements de santé du Groupement Hospitalier de Territoire, GHT 21-52.

La réflexion et la validation d'une inscription des établissements de la région dans le **registre France PCI** (cardiologie interventionnelle) ayant pour objectif l'amélioration de la qualité et la pertinence des soins pour les patients coronariens.

La poursuite de la diffusion du **carnet de bord du patient coronarien**.

La structuration du **parcours du patient présentant une embolie pulmonaire** : mise en place d'une organisation intra-hospitalière pour optimiser la prise en charge des patients dans les différents services, ligne H24 ouverte dans les deux CHU, retour anticipé et coordonné en lien avec la médecine de ville...

Le travail sur le **parcours thrombose** : projet développé en septembre 2022 sur le CHU de Dijon avec une infirmière de pratique avancée dédiée à la prise en charge et au suivi des patients présentant une thrombose.

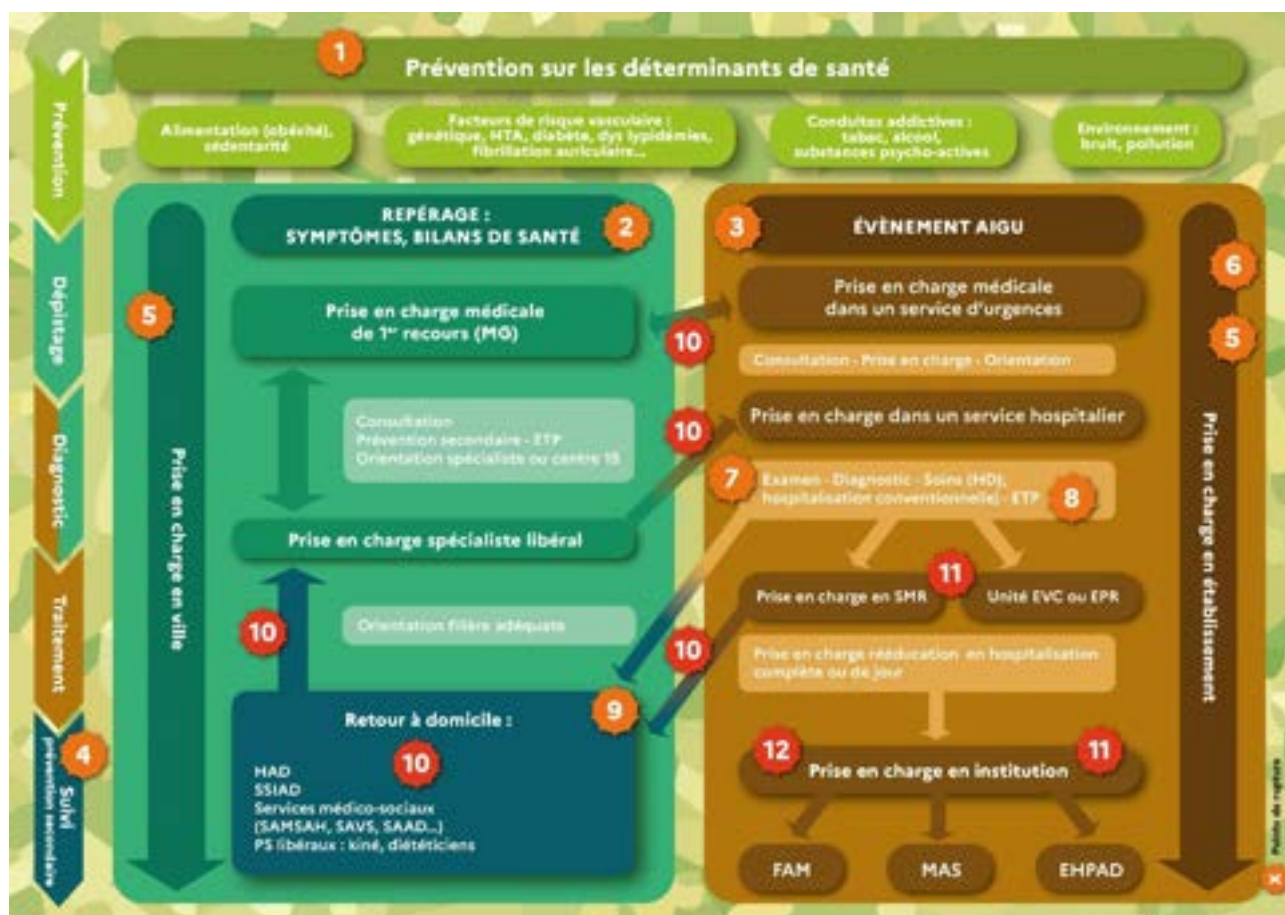
L'expérimentation des **mesures ambulatoires de la pression artérielle** (MAPA) en soins de premier recours.

Une dynamique a été lancée courant 2021 sur l'insuffisance cardiaque, à la fois sur le plan national et régional, suite aux différents travaux et publications sur le sujet. Poursuite de la diffusion du passeport du patient insuffisant cardiaque

A l'occasion de la révision du SRS 2018-2023, ces deux parcours ont été mis en commun eu égard à l'approche parcours et de points de rupture similaires : prévention primaire et secondaire communes, phase de décompensation aiguë avec prise en charge hospitalière, sortie d'hospitalisation vers le domicile avec le besoin de coordination ville-hôpital dans le suivi des pathologies concernées.

De plus ce parcours correspond aux axes stratégiques portés par l'Assurance Maladie qui, dans son rapport de charges et produits, regroupe les maladies cardio-neuro-vasculaires.

4.2.9.3 Schéma des points de rupture du parcours



POINTS DE RUPTURE

- 1 Manque de lisibilité des actions de prévention
- 2 Manque de repérage et de dépistage précoce
- 3 Fragilisation, de la phase préhospitalière/urgences/imagerie
- 4 Insuffisance de repérage précoce des complications / taux de réhospitalisation important
- 5 Difficultés d'accès à une offre de soins adaptée liée à une démographie médicale défavorable
- 6 Manque d'homogénéisation de la filière insuffisance cardiaque
- 7 Difficultés d'accès à l'imagerie (IRM, scan)
- 8 Manque de connaissance des patients sur leur(s) pathologie(s) (compréhension de la maladie, repérage de signes d'alerte)
- 9 Préparation insuffisante du retour à domicile
- 10 Manque de coordination entre les acteurs du cercle de soins
- 11 Délai de reconnaissance du handicap
- 12 Manque de places et délais d'attente importants

4.2.9.4 Objectifs

La prévention primaire commune à l'ensemble des pathologies chroniques est traitée dans le livret Prévention, notamment les fiches « Renforcer les dispositifs de prévention-promotion de la santé et leur territorialisation », « Nutrition et Sport Santé » et « Addictions »

Objectif 1 : Développer la connaissance des maladies cardio-neuro-vasculaires et favoriser leur repérage précoce

Objectifs opérationnels :

- 1- Communiquer et informer sur les maladies cardio-neuro-vasculaires
- 2- Développer le repérage précoce

Objectif 2 : Développer la prévention secondaire des maladies cardio-neuro-vasculaires

Objectifs opérationnels : (Cf. Livret innovation – e-santé)

- 1- Développer ou poursuivre l'éducation thérapeutique notamment en ville (Cf. Livret prévention – éducation thérapeutique)
- 2- Poursuivre et accompagner l'offre de formation des professionnels de santé

Objectif 3 : Améliorer la structuration de la filière des maladies cardio-neuro-vasculaires

Objectifs opérationnels :

- 1- Poursuivre la structuration de la prise en charge pré-hospitalière AVC et insuffisance cardiaque
- 2- Développer l'expertise pluridisciplinaire
- 3- Améliorer le suivi des patients en post-hospitalisation
- 4- Développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle
- 5- Développer l'accès aux soins médicaux et de réadaptation en cardiologie et en neurologie (Cf. Livret activités de soins – Soins médicaux et réadaptation)
- 6- Evaluer la qualité des pratiques professionnelles

Objectif 4 : Améliorer la coordination des parcours en s'appuyant notamment sur le déploiement et l'usage des outils numériques

Cf. Livret innovation – e-santé

Objectifs opérationnels :

- 1- Améliorer la coordination ville-hôpital quel que soit le territoire de résidence du patient
- 2- Favoriser le déploiement de la télémédecine pour améliorer le suivi des patients
- 3- poursuivre le déploiement de la télé-expertise en cardiologie et consolidation pour l'AVC

Exemples d'actions :

- ⊙ Campagne de communication nationale sur les signes de l'insuffisance cardiaque de l'assurance maladie
- ⊙ Développement de campagnes de communication régionales sur les principales pathologies
- ⊙ Identification des acteurs de ville ayant développé des compétences dans la prise en charge des maladies cardio-neuro-vasculaires
- ⊙ Accompagnement à la formation des infirmiers en pratique avancée et à leur déploiement
- ⊙ Sensibilisation et formation des médecins généralistes à la plus-value de la MAPA
- ⊙ Favoriser les entrées directes en services de soins appropriés en évitant les passages aux urgences
- ⊙ Mise en place de référents régionaux cardio-oncologues
- ⊙ Registre thromboses et cancer
- ⊙ Développement des consultations pluri-professionnels post-AVC
- ⊙ Développement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), notamment en cardiologie et oncologie
- ⊙ Développement d'outils de suivi régionaux
- ⊙ Poursuivre le développement des postes d'infirmière de coordination et/ou de suivi
- ⊙ Consultation dédiée à l'annonce de l'insuffisance cardiaque en post-hospitalisation
- ⊙ Développement de la conciliation médicamenteuse (Cf. Livret Qualité, sécurité, pertinence - Politique régionale du médicament)
- ⊙ Développement des prises en charge alternatives : hospitalisation à domicile, hôpital de jour et en ville
- ⊙ Déploiement du plan personnalisé de soins de réadaptation
- ⊙ Télésurveillance et télésuivi des patients en réadaptation cardio-vasculaires au sein du centre de rééducation et de réadaptation du CHU de Dijon
- ⊙ Améliorer le suivi thérapeutique en vie réelle par l'intelligence artificielle des patients atteint de syndrome coronarien aigu.
- ⊙ Projet d'application de gestion des maladies thrombo-emboliques veineuse (AGATE)

4.2.9.5 Partenariats

- Assurance Maladie
- Unions Régionales des Professionnels de Santé : médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, orthophoniste,
- Conseil régional de l'ordre des médecins
- Associations de patients
- Hospitalisation à domicile
- Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné (FEMASCO)
- Maisons de santé pluri-professionnels
- Réseaux neuro AVC
- Association franc comtoise d'aide à la recherche en cardiologie (AFCARC)
- Centres hospitaliers et universitaires
- Clinique des anticoagulants
- Communautés professionnelles territoriales de santé

4.2.9.6 Transversalité

- ⦿ Livret prévention – PRSE 4
- ⦿ Livret offre de santé
- ⦿ Livret activités de soins – cardiologie et neuroradiologie interventionnelle
- ⦿ Livret activités de soins – Imagerie
- ⦿ Livret activités de soins – médecine nucléaire
- ⦿ Livret activités de soins – soins médicaux et de réadaptation
- ⦿ Livret activités de soins – chirurgie cardiaque

4.2.10 Parcours précarité

L'ensemble des actions portées par le parcours précarité est intégré au programme d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies.

4.3. Populations avec des besoins spécifiques

A noter un lien étroit avec le programme régional d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies.

4.3.1 Santé des personnes sous-main de justice

4.3.1.1 Contexte et problématique

Les personnes placées sous-main de justice sont :

- Les personnes majeures confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire : personnes détenues, personnes en aménagement de peine et personnes suivies au titre d'une mesure de milieu ouvert.
- Les personnes mineurs ou jeunes majeurs suivis par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), qu'ils soient détenus, placés ou suivis au titre d'une mesure de milieu ouvert.

Ces personnes cumulent un certain nombre de surexpositions aux risques en santé préexistant généralement à leur placement sous-main de justice ou à leur incarcération. Les pathologies psychiatriques, la souffrance psychique, les addictions et leurs conséquences, associées à des pathologies bucco-dentaires, infectieuses et chroniques sont plus prégnantes dans cette part de la population que dans la population générale.

Si les mesures privatives de libertés ont pour objet de protéger la société et de sanctionner les personnes condamnées, elles ne doivent pas entraver le projet de reconstruction pour se préparer à la sortie et se réinsérer. Or, la santé est bien évidemment un facteur indispensable à ce cheminement.

La stratégie santé pour les personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) prend en compte l'ensemble des stratégies et plans de santé publique avec une approche spécifique adaptée au public concerné et aux contraintes liées à l'exercice des missions de soins et de prévention en milieu carcéral.

Une première feuille de route interministérielle « Santé des personnes placées sous-main de justice » a été élaborée pour la période 2019-2022 avec un ensemble d'objectifs à atteindre, tant dans le champ de la prévention que dans celui de l'accès aux soins » et 28 actions à mettre en œuvre.

Cette année, une nouvelle feuille de route, couvrant la période 2023-2027, est en cours de finalisation. Elle s'inscrit dans un processus de consolidation et de révision des priorités antérieurement définies en prenant en compte de nouveaux besoins ou de nouvelles expérimentations perçues comme probantes avec une trentaine d'actions à décliner dans les territoires.

Un accent particulier est mis sur la promotion de la santé en milieu pénitentiaire avec une instruction actuellement en cours de signature qui prévoit la mise en place d'une Stratégie Régionale de Promotion de la Santé portée par un Comité Régional Santé des PPSMJ, nouvelle instance qui sera animée par le référent de l'ARS en lien avec la DISP, la PJJ et les professionnels des UMSP.

Au niveau de la Bourgogne – Franche-Comté, le nombre d'établissement pénitentiaires et de structures de la PJJ n'a pas évolué depuis les cinq dernières années. La construction d'un établissement médico-social dédiés aux mineurs pris en charge par la PJJ est en projet (programme ISEMA) sur le département de la Côte d'Or.

En revanche, on constate un rebond de la surpopulation dans la plupart des établissements pénitentiaires (*la MA de Varennes le Grand est actuellement à 174 % de taux d'occupation et celle de Lons le Saunier à 224%*) alors que la situation s'était bien améliorée pendant la crise COVID. La promiscuité associée à des conditions d'hébergement très dégradées est un facteur favorisant le développement de troubles psychiques ou l'aggravation de troubles préexistants.

Les problèmes d'addiction sont toujours très prégnants avec une évolution à la hausse de la consommation des opioïdes.

Apparaissent également des problèmes de prise en charge de la population carcérale vieillissante. Des solutions doivent être trouvées pour la prise en charge en milieu carcéral et à la sortie de détention des personnes en perte d'autonomie ou souffrant de maladie chronique.

Enfin, le problème de l'accès aux soins des détenus, notamment pour les soins de spécialistes, ne s'est pas amélioré. A la pénurie régionale de médecins spécialistes s'ajoute le déficit de personnels pénitentiaires pour assurer les extractions pour les rendez-vous extérieurs. Il est, donc, urgent de trouver des partenariats pour développer la télésanté en détention et de régler les problèmes de connexion (Internet et autres) avec les services de l'administration pénitentiaire afin que le matériel de nécessaire puisse fonctionner correctement.

Sur la période 2018-2022, la thématique « santé des personnes placées sous-main de justice » était intégrée dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies (PRAPS), et faisait l'objet de l'objectif 5.6 « Optimiser le parcours de santé des personnes sous-main de justice, majeurs et mineurs, et des sortants de prison ».

Dans le Schéma Régional de Santé 2022-2028, une fiche spécifique est désormais dédiée à la santé des PPSMJ.

Elle priorise cinq grands axes de travail pour les cinq années qui viennent :

1. Permettre à chacun de bénéficier :
 - d'une couverture assurance maladie obligatoire et complémentaire à chaque étape de son parcours : entrée en détention, aménagement de peine, sortie, ... pour éviter les défauts de soins et les ruptures de soins, et
 - d'aides adaptées à sa situation en cas de handicap ou de perte d'autonomie,
2. Mettre en place des actions de promotion de la santé impliquant tous les acteurs et répondant aux besoins repérés par les professionnels de santé et formulés par les publics bénéficiaires,
3. Mettre en place des partenariats pour garantir au mieux l'accès aux soins en détention,
4. Mieux détecter et prendre en charge les problèmes de santé mentale des détenus dans le cadre d'un projet de soins personnalisé et accepté par le patient,
5. Développer des partenariats avec les établissements médico-sociaux du territoire et les services d'aide à la personne pour la prise en charge des personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

4.3.1.2 Objectifs

Objectif 1 : Garantir l'accès à la protection sociale et à la prise en charge de la perte d'autonomie

Objectifs opérationnels :

- 1- Faire en sorte que toute personne placée sous-main de justice soit à jour de ses droits à l'assurance maladie obligatoire et complémentaire ou à l'aide médicale de l'Etat pour les personnes en situation irrégulière
- 2- Anticiper la mise à jour des droits à l'assurance maladie obligatoire et complémentaire avant la fin de la peine ou à la sortie de détention
- 3- Faire en sorte que les personnes sous-main de justice en situation de handicap ou en perte d'autonomie aient accès aux prestations auxquelles elles peuvent prétendre à ce titre.

Objectif 2 : Développer la prévention, la promotion et l'éducation à la santé chez les personnes sous-main de justice

Objectifs opérationnels :

- 1- Etablir un programme régional d'actions relatif à la prévention des maladies et à la promotion de la santé des personnes sous-main de justice en mobilisant un comité régional
- 2- Mettre en place des actions de promotion de la santé de manière concertée et avec l'ensemble des acteurs : personnes détenues ou placées sous-main de justice, professionnels de santé et professionnels pénitentiaires et/ou professionnels éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse
- 3- Développer l'offre de pratique d'activité physique et sportive pour les personnes détenues et l'accès à l'activité physique adaptée (APA)

Objectif 3 : Garantir l'accès aux soins des personnes détenues

Objectifs opérationnels :

- 1- Communiquer sur l'intérêt des stages dans les USMP pour promouvoir les métiers de la santé en détention
- 2- Développer l'utilisation de la Télésanté en USMP
- 3- Permettre l'accès de l'hospitalisation à domicile et des services des soins infirmiers à domicile en EP en passant des conventions
- 3- Prévoir les hébergements ou dispositifs adaptés pour favoriser les aménagements de peines.

Objectif 4 : Organiser un parcours de soins en santé mentale pour détenus

Objectifs opérationnels :

- 1- Réaliser systématiquement un entretien de dépistage conduit par un professionnel de la santé mentale dans les 10 jours de l'entrée en détention (sauf refus explicite du patient)
- 2- Formaliser un projet de soins et organiser un suivi régulier du patient quand les conclusions de l'entretien de dépistage le préconisent
- 3- Un projet de vie incluant les soins pour la sortie de détention (ex : hébergement, suivi par un médecin référent, suivi particulier pour les AICS)

Objectif 5 : Organiser la prise en charge des personnes sous-main de justice dépendante ou en perte d'autonomie

Objectifs opérationnels :

- 1- Organiser la possibilité d'intervention des services d'aide à la personne en détention dans des conditions adaptées à l'exercice de leurs missions
- 2- Travailler sur les possibilités d'hébergement permettant des aménagements de peines
- 3- Organiser à l'avance les hébergements ou les prises en charge à domicile adaptées au degré d'autonomie de la personne sortant de détention

4.3.1.3 Partenariats

- Les Unités Sanitaires en Milieu pénitentiaire (USMP)
- Les centres hospitaliers et les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie
- La Direction Inter-régionale des Services Pénitentiaires (DISP)
- Les établissements pénitentiaires de la région
- Les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP)
- La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
- Les juges d'application des peines
- Les caisses primaires d'assurance Maladie
- Les conseils départementaux
- L'IREPS
- Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé (ex : CSAPA, CAARUD, CEGIDD, CLAT, etc ...)
- Les établissements médico-sociaux (ESMS, EHPAD) et les hébergements sociaux
- La HAD
- Les SSIAD
- Les services de soins à domicile
- L'éducation nationale

4.3.1.4 Transversalité

- Livret parcours - Les 10 parcours de santé notamment grand âge, addictions, diabète et maladies rénales chroniques, handicap et nutrition santé
- Livret Prévention
- PRAPS



**Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028**

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

LIVRET 5 – QUALITE, SECURITE, PERTINENCE

ASSURER LA QUALITE, LA SECURITE ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE

SOMMAIRE

5.1. PRISE EN COMPTE DE LA PAROLE DE L'USAGER DANS LES DYNAMIQUES D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE	5
5.2. PROMOTION DU SIGNALEMENT ET DE LA DECLARATION	9
5.3. INSPECTION-CONTROLE.....	14
5.4. SUIVI ET ACCOMPAGNEMENT DES DEMARCHES QUALITE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET STRUCTURES ET ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	22
5.5. ASSURER LA PERTINENCE DES SOINS	26
5.6. POLITIQUE DE PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS ET LUTTE CONTRE L'ANTIBIORESISTANCE	28
5.7. POLITIQUE REGIONALE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (PRM).....	31
5.8. GESTION DE CRISE ET PREPARATION DE LA REPOSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES	35

INTRODUCTION

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, résidents et usagers de la santé repose sur deux corollaires que sont la qualité, la sécurité et la pertinence des organisations et des pratiques.

L'ensemble des projets et programmes d'actions portés ou promus par l'ARS et ses partenaires, menés par les professionnels de terrain, tient compte de ses deux dimensions, à la fois dans leur programmation et dans leurs cibles. Ainsi, les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers fédérant l'ensemble des activités de soins, constituent un des leviers que l'ARS mobilisera pour atteindre les objectifs du SRS.

Toutefois, des actions sont spécifiquement conçues et mises en œuvre pour faire évoluer les pratiques dans un objectif de qualité, de sécurité et de pertinence, quel que soit le champ de l'offre, le parcours de soins ou le territoire. Elles constituent le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour la région Bourgogne-Franche-Comté, dont l'un des effecteurs est le Réseau Régional de Vigilance et d'Appui (RRéVA).

Le RRéVA est l'instance de coordination des structures régionales d'appui et de vigilance (CPIAS, CEIP, CRPV, RéQua, OMEDIT, ASN, CAPTV, matério et réactovigilance, identitovigilance, hémovigilance).

La prise en compte des attentes des usagers de la santé, notamment en termes de sécurité, doit permettre d'orienter et de prioriser ces actions.

Pour ce qui concerne la pertinence, elle intègre un double objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mais aussi d'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé. Il s'agit d'éviter des traitements inadéquats, et donc des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité.

La pertinence est un objectif devant nécessairement se décliner dans les 3 secteurs : hospitalier, médicosocial et ambulatoire.

C'est le Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) qui acte la feuille de route des actions prioritaires retenues en région BFC.

5.1. PRISE EN COMPTE DE LA PAROLE DE L'USAGER DANS LES DYNAMIQUES D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Le recueil de la parole des usagers se traduit par la prise en compte des signaux ou alertes que l'ARS, en tant qu'administration en charge de la mise en œuvre et du suivi des politiques de santé, reçoit de la part de nos concitoyens et des professionnels œuvrant dans les secteurs concernés. Ces signaux concernent les établissements de santé, les structures et services médico-sociaux ou les soins de premier recours.

L'agence a reçu, en 2021, 2351 signaux. A titre de comparaison, elle avait réceptionné en 2019, 1240 signaux et en 2020, 1450, ce qui correspond à une augmentation de près de 90% entre 2019 et 2021. A ces signaux, s'ajoutent les 9902 déclarations de maladies infectieuses.

Sur les 2351 signaux reçus en 2021, 1305 signaux correspondaient aux réclamations, signalements professionnels ou situations individuelles. Les réclamations de la part d'un usager, de son entourage ou d'un collectif d'usagers mettent en cause la qualité de la prise en charge et/ou des soins, ou du service rendu par un établissement ou un professionnel de santé ; elles peuvent également concerner des situations individuelles (usagers en recherche de solution pour eux-mêmes ou un parent, évoquant ainsi des griefs auprès de l'ARS sur des ruptures de prises en charge) ; des signalements de professionnels dénonçant l'organisation du travail et/ou leurs conditions de travail sont également adressés à l'ARS.

Le nombre de réclamations reçues par l'ARS et adressées par les usagers du système de la santé entre 2019 et 2021, a été multiplié par trois (de 469 à 1305). Durant les différentes phases de gestion de crise COVID, ce sont près de 80 réclamations qui étaient reçues chaque mois par l'agence (dont un tiers concernait effectivement les conséquences de la COVID et de la gestion de l'épidémie : pass sanitaire, vaccination, politiques publiques, gestion dans les établissements et restrictions des visites).

Par ailleurs, les nouvelles démarches d'évaluation des établissements ou des parcours de soins (certification HAS pour le sanitaire, évaluation des établissements et services médicosociaux, indicateurs de qualité et de sécurité des soins) ont placé les patients et les usagers au cœur de ces dispositifs à la fois :

- pour prendre en compte leurs avis, leurs perceptions de l'expérience du processus de prise en charge, et ainsi en tenir compte dans le résultat de ces évaluations,
- et pour donner un niveau d'information [suffisant] sur la qualité et la performance du système de soins et leur permettre de choisir et prendre des décisions éclairées.

Les démarches d'amélioration des pratiques doivent également tenir compte de la nécessité d'expliquer les décisions thérapeutiques (par exemple, l'usage d'ordonnances ciblées ou d'ordonnances de non prescription) ou d'éclairer le choix des patients (programmes d'éducation thérapeutique).

Les résultats en matière de qualité et de sécurité des soins sont généralement présentés au niveau régional, mais n'illustrent pas forcément le fonctionnement sur un territoire ou un département. La comparaison des données entre elles, pour un ou des établissements, ou selon un critère territorial, devrait contribuer à favoriser ou dynamiser la qualité et la sécurité des soins. Notamment les résultats relatifs aux critères Usagers (portées notamment par le chapitre 3 du référentiel de certification HAS) pourront ainsi être mis en exergue.

2) OBJECTIFS GENERAUX

Pour renforcer la prise en compte de la parole des usagers, il paraît nécessaire :

- De mieux les informer sur les résultats en matière de qualité et de pertinence des soins, en s'appuyant sur le recueil de l'expérience usagers à travers les questionnaires généralisés (comme les indicateurs e-satis MCO+48, e-satis MCO CA, e-satis SSR, et bientôt e-satis PSY et satisfaction en EHPAD) ;
- De les associer aux orientations prises lors de la construction ou de l'évaluation de la politique et des programmes d'actions qualité et de pertinence régionaux ;
- De renforcer les échanges entre les représentants des usagers, les structures d'appui et les professionnels œuvrant dans ces programmes d'actions, au travers d'ateliers thématiques, ciblés sur des résultats régionaux et des retours d'expérience.

Objectif général n°1 : Développer et organiser l'information à l'attention des usagers sur les résultats en matière de qualité, de sécurité et de pertinence

Dans le cadre de sa mission de gestion des déclarations des événements indésirables et des réclamations, l'ARS doit informer annuellement la CRSA sur ces signaux en termes quantitatifs et qualitatifs. Elle doit également restituer les résultats des démarches d'évaluation conduites sur la région (certification, indicateurs incluant ceux sur la mesure de la satisfaction et de l'expérience des usagers).

Par ailleurs, dans un contexte de très forte augmentation du nombre de réclamations et de déclarations, il apparaît opportun d'individualiser et de formaliser un retour concernant les signaux reçus, aux Conseils de la Vie Sociale (CVS), aux Conseils Territoriaux de Santé (CTS) et aux Commissions Des Usagers (CDU).

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Organiser l'identification et le recueil des besoins et des attentes des usagers, de leurs représentants, concernant l'amélioration de la visibilité des données et indicateurs mis à leur disposition, en lien avec la commission spécialisée « Droits des usagers » de la CRSA*
- ☞ *2 - Formaliser les bilans et restitutions à l'attention de la CRSA, des CTS, des CVS et CDU et des établissements*
- ☞ *3 - Organiser la présentation des derniers résultats de la région au moyen de différents outils de communication de l'agence et aux instances de démocratie sanitaire*

Exemples d'actions :

- ⊙ Développement et diffusion des bilans régionaux, à l'attention des usagers et des représentants d'usagers, concernant les résultats régionaux sur la qualité et la sécurité des soins (indicateurs, résultats de certification des établissements de santé, résultats des évaluations externes des structures médico-sociales)
- ⊙ Création de supports d'information propres à la région, relais vers les sites présentant déjà de telles informations et mise à disposition de synthèses régionales ou territoriales (exemple pour les CTS...)

Objectif général n°2 : Créer un espace de dialogue et de travail, avec les représentants d'usagers, sur leurs attentes en matière de politique Qualité et Sécurité des soins portée en région.

Ainsi pour travailler avec les représentants des usagers de la CRSA, il conviendra de décliner cet objectif en quatre objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Assurer la participation d'un représentant des usagers aux réunions du RRéVA, réseau régional de vigilance et d'appui dont les missions sont présentées en 5.4.3*
- ☞ *2 - Assurer la participation d'un représentant des usagers aux réunions relatives aux travaux sur la pertinence, notamment l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) dont les missions sont présentées en 5.4.5*
- ☞ *3 - Analyser conjointement les résultats en matière de qualité, de sécurité et de pertinence ;*
- ☞ *4 - Identifier les améliorations intéressant les usagers à proposer au programme Qualité et Sécurité régional*
- ☞ *Assurer une présentation en CRSA et en CSDU d'un bilan annuel des actions du RRéVA et de l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).*

☉ Exemples d'actions :

- ☉ Associer le représentant de la CSDU aux réunions du RRéVA (Réseau Régional de Vigilance et d'Appui)
- ☉ Mise en place d'un groupe de travail associant la CSDU et les services de l'agence en charge des programmes qualité, sécurité et pertinence (performance)
- ☉ Inclure dans le programme d'actions qualité et sécurité des recommandations de travail priorisées au regard des attentes des usagers

Objectif général n°3 : Favoriser le recueil de la parole de l'utilisateur et l'orientation de sa demande

Le Défenseur des droits rappelait, dans son rapport de 2021 sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, que les dispositifs en faveur des personnes accueillies ou de leur famille afin de les aider à faire valoir leurs droits sont soit peu effectifs, soit méconnus. Le recours aux personnes qualifiées et aux instances de représentation des usagers (CVS, CDU) est peu utilisé.

Par ailleurs, il n'existe pas, comme c'est le cas dans le secteur sanitaire, d'instance de médiation dans le secteur médico-social. En région BFC, un dispositif de recours aux médiatrices familiales a été mis en place par l'ARS en 2019. Il s'agissait de proposer une voie de recours, avec l'intervention d'un tiers extérieur, aux établissements déclarant des situations conflictuelles avec des résidents ou leur famille, et ayant un impact sur le fonctionnement de la structure et parfois sur la prise en charge des résidents concernés. L'accompagnement des usagers par les personnes qualifiées doit également être soutenu.

L'amélioration des organisations et des pratiques, au sein des établissements et dans les parcours de soins, est possible par l'expression directe des usagers sur leur expérience vécue dans le cadre de leur prise en charge et par l'analyse de cette dernière et la réponse apportée par les professionnels impliqués. Ainsi, les usagers sont associés aux dispositifs d'évaluation de la qualité des soins perçue par le patient dans les services et établissements de santé, sociaux et médico-sociaux : questionnaires de satisfaction, participation en tant que RU dans les établissements (CDU, CVS) ou au sein des instances de démocratie sanitaire

La participation des usagers doit également être encouragée aux différentes étapes des parcours de prise en charge et au travers de diverses actions : recueil de la satisfaction patients, recueil de la parole de l'utilisateur isolé, avec l'élaboration des projets de vie et/ou l'expression de leur choix ou souhaits (personne âgée ou en situation de handicap) par la formation des pair-aidants ou le déploiement de professionnels facilitateurs ou encore l'élaboration des projets des usagers(cf. fiches Parcours Handicap et Grand âge du livret Parcours).

Pour permettre aux usagers d'exprimer leurs griefs et mettre en lumière des situations de potentiels défauts de soins, il est nécessaire de favoriser cette expression et d'orienter les usagers vers le dispositif le plus pertinent. Pour cela, trois objectifs opérationnels seront mis en œuvre :

- ☞ *Orienter les usagers vers les dispositifs et outils permettant de répondre à leurs demandes ou leurs réclamations, notamment par la promotion du formulaire de réclamation mis à disposition sur le site internet de l'ARS*
- ☞ *Favoriser les échanges directs entre les professionnels concernés, les établissements et les patients/résidents ou leurs familles*
- ☞ *Promouvoir ces dispositifs avec les outils de communication existants*

🕒 **Exemples d'actions :**

- 🕒 Créer des pages sur le site Internet de l'Agence présentant les dispositifs à l'attention des usagers de la santé et de leurs différentes voies de recours
- 🕒 Poursuivre la structuration et développer les dispositifs de médiation, notamment dans le secteur médico-social
- 🕒 Faire connaître les modalités de dépôt d'une réclamation auprès des professionnels de santé concernés ou de l'agence, faciliter le recueil des informations au travers d'un formulaire mis en ligne

3) PARTENARIATS

- CRSA et CTS
- Représentants des usagers, France Assos
- Membres du RRéVA
- Médiatrices, personnes qualifiées
- Pairs experts

4) TRANSVERSALITE

Livret Territorialisation et démocratie en santé, fiche Développer la participation citoyenne.

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Certaines maladies infectieuses à potentiel de diffusion doivent être signalées à l'ARS par tout médecin ou biologiste qui en fait le diagnostic, en particulier dans le cadre du dispositif des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) (articles D3113-6 ou l'article D 3113-7 du CSP). Ainsi, 32 MDO nécessitent la mise en place de mesures de gestion urgentes autour du ou des cas afin de limiter leur diffusion (renforcement des mesures d'hygiène, contact-tracing, isolement, prophylaxie...).

La déclaration des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS), à l'ARS est obligatoire et s'impose à l'ensemble des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels de santé (loi de santé publique du 9 août 2004). Cette obligation de déclaration est complétée depuis 2016 par la nécessité, pour les professionnels de santé concernés, de transmettre dans un second temps les résultats de l'analyse de causes de ces événements indésirables au DGARS¹.

Parallèlement, les structures sociales et médico-sociales ont l'obligation, selon l'arrêté du 28 décembre 2016², d'informer les autorités administratives compétentes de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées .

L'ARS a reçu, en 2021 :

- 9902 signaux correspondants à la déclaration de maladies infectieuses. Parmi ces derniers, 9182 étaient relatifs à des cas de COVID-19 et 720 étaient relatifs à d'autres pathologies (MDO ou autre pathologie infectieuse avec potentiel de diffusion).
- 1047 signaux correspondant à la déclaration, par les établissements et les professionnels de santé de la région, des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ainsi que les dysfonctionnements graves et événements majeurs dans leur gestion ou leur organisation, non associés aux soins (EIG).

L'ARS procède à une analyse de toutes les déclarations qu'elle reçoit.

A titre d'illustration, en 2021, seuls 19,6 % des établissements sanitaires ont déclaré au moins un événement indésirable (grave ou non, associé aux soins ou non). Par ailleurs, s'agissant des seuls dysfonctionnements associés aux soins, seulement 13% des structures sanitaires ont déclaré au moins un événement lié aux soins. Par ailleurs, l'étude ENEIS³ a montré que seuls 1,6 % des EIGS survenus en établissement de santé faisaient l'objet d'une déclaration sur le portail de signalement national.

En ce qui concerne le secteur médico-social, 40% des EHPAD n'ont rien déclaré en 2021.

¹ décret de novembre 2016, L1413-14 CSP

² relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

³ Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) conçue en 2004 à l'initiative de la DREES

Par ailleurs, si de nombreux épisodes COVID ont été signalés en 2021, l'ARS a observé en parallèle une nette diminution des signalements de maladies infectieuses hors COVID (-40 % par rapport à l'année 2019). Cette diminution ne peut probablement pas être entièrement expliquée par les mesures sanitaires mises en place lors de la crise COVID et fait craindre une aggravation de la sous déclaration des MDO déjà mise en évidence par des études antérieures. Par exemple, l'exhaustivité de la déclaration obligatoire (DO) des cas de rougeole en France métropolitaine avait été estimée à environ 50% lors d'une enquête de séroprévalence menée par SpF (Santé publique France) en 2013. Une étude réalisée par l'Institut de veille sanitaire en 2010 révélait un niveau d'exhaustivité de la DO des légionelloses de l'ordre de 89 %. Un bulletin de l'Académie Nationale de Médecine de février 2016 estimait pour le tétanos une exhaustivité de la DO à 74% sur la période 2004-2011.

Ainsi, l'agence ne dispose que d'informations parcellaires/insuffisantes sur les dysfonctionnements qui peuvent survenir au sein des établissements ou auprès des professionnels. Il en est de même sur les pathologies infectieuses avec potentiel de diffusion, en particulier les MDO. Parallèlement, il n'est pas organisé de retours d'information auprès des réseaux ou fédérations sur ce qui est déclaré par les structures ou les professionnels, hormis des bilans quantitatifs.

2) OBJECTIFS GENERAUX

L'ARS doit accompagner le développement et la promotion de la culture qualité et sécurité des soins, en favorisant la déclaration des événements indésirables et des alertes infectieuses par les établissements et les professionnels de santé.

Certains secteurs de soins ne sont pas représentés dans les activités pour lesquelles des déclarations sont adressées à l'agence : secteurs interventionnels, soins de premier recours... Les dysfonctionnements relatifs à la mise en œuvre de parcours ou aux interfaces ville-hôpital sont peu fréquents également.

Objectif général n°1 : Promouvoir la déclaration des alertes infectieuses et des événements indésirables

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Favoriser la mise à disposition des outils régionaux développés par les structures de vigilance et d'appui ou les réseaux, pour expliquer et favoriser la déclaration
- ☞ 2 - Favoriser la culture du signalement dans le cadre de groupements (GHT, Organismes gestionnaires, GCS MS) ou au sein des structures d'exercices coordonnés et auprès de tout professionnel de santé.
- ☞ 3 - Restituer annuellement aux établissements ou groupements, aux acteurs de la démocratie en santé, des bilans individuels et comparés en matière de déclarations
- ☞ 4 - Etablir un bilan régional spécifique relatif aux EIGS (au regard du bilan national produit par la HAS) et en tirer les enseignements, en collaboration avec les Structures Régionales de Vigilance et d'Appui (CRPV, OMEDIT, RéQUA, CEIP-A, CAPTV, coordinations d'hémovigilance et de matériovigilance) au sein du RRéVA.

Exemples d'actions :

- ⦿ Créer une plateforme regroupant tous les outils créés et mis à la disposition des professionnels pour les aider à la déclaration des alertes infectieuses et des déclarations d'événements indésirables
- ⦿ Diffuser annuellement des bilans Signaux aux établissements et structures de la région
- ⦿ Inclure dans le programme d'actions qualité et sécurité des recommandations de travail priorisées au regard des attentes des usagers

RESULTATS ATTENDUS

- 🔑 Analyse du bilan régional spécifique relatif aux EIG ou EIGS, et par thématique (médicaments, urgences, maltraitance, suicide...) pour mieux accompagner le développement de la culture qualité et sécurité des soins

Objectif général n°2 : Accompagner les professionnels et les structures dans la déclaration et la gestion des EIG/EIGS

Objectifs opérationnels :

- 🔑 1 - Développer l'accompagnement ciblé des professionnels et des structures dans la déclaration et la gestion des EIG/EIGS, en axant sur des activités de soins dites à risques (secteurs interventionnels chirurgie, imagerie), activités dites à risque (gynécologie, anesthésie, pédiatrie, urgences) et contribuer à la diffusion d'une culture objective et positive de l'erreur
- 🔑 2 - Cibler les établissements silencieux (non déclarants) et/ou pour lesquels l'ARS reçoit des réclamations, dans le cadre de son programme d'inspection,
- 🔑 3 - Renforcer le partage d'expérience au niveau régional en mobilisant les partenaires et les professionnels sur des analyses collectives (par exemple, réseau des urgences de Bourgogne Franche-Comté RUBFC, réseaux périnataux) ou les établissements et professionnels concernés pour des situations récurrentes ou fréquentes en région.

Exemples d'actions :

- ⦿ Mettre à disposition des retours d'expérience régionaux sur des situations critiques ou récurrentes en matière de dysfonctionnements liés aux soins
- ⦿ Travailler dans un esprit de pédagogie par l'erreur, sauf si l'erreur est intentionnelle et répétée. L'invitation à déclarer est avant tout basée sur un meilleur apprentissage par ses erreurs, pour éviter que celles-ci se reproduisent.

RESULTATS ATTENDUS

- 🔑 Amélioration du niveau de déclaration et de la prise en compte des événements indésirables associés aux soins et des dysfonctionnements graves, sur les trois secteurs de l'offre et en particulier sur les activités dites à risque

Objectif général n°3 : Développer une analyse centralisée des risques

L'ARS assure une mission de veille et de sécurité sanitaire qui vise à surveiller et prévenir l'apparition des risques liés aux activités de soins ou à la prise en charge d'un patient/résident, et aux organisations des établissements. En cas de survenue ou de probabilité d'apparition de ces risques, l'ARS doit prendre des décisions (accompagnement, inspection, gestion de crise) afin de limiter l'impact avéré ou potentiel, en matière de santé sur les usagers du système de santé.

Le recueil et la gestion des signalements et des réclamations est centralisé à l'échelle BFC depuis le 1er septembre 2020. L'ARS peut engager, à partir de leur analyse, des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en lien avec les structures de vigilance et d'appui. La diversité des sources et formes d'informations et de données, en matière de risques liés à la qualité et à la sécurité des soins, rend particulièrement difficile la surveillance et la détection, notamment face à des signaux d'alerte faibles, difficiles à caractériser ou étalés dans le temps.

L'analyse et la gestion centralisée des données, notamment relatives aux établissements, permettrait :

- D'améliorer, en termes de délais, de qualité et d'efficacité, la réponse de l'agence en matière de détection des situations, pratiques et fonctionnements à risque au sein des établissements de la région ;
- D'aider à une prise de décision graduée en fonction des risques et sécuriser, dans leurs activités, les professionnels en charge de la veille, de l'analyse et de la gestion des signaux ;
- De consolider les analyses de risque conduites dans le cadre des activités d'inspection – contrôle – audit (cf. fiche Inspection-Contrôle de ce livret) et d'appuyer les décisions en opportunité d'inspection ou de contrôle, en associant ces données de qualité et de sécurité aux autres informations disponibles, notamment de gestion des ressources humaines ou de gestion financière.
- De proposer aux professionnels et établissements de santé des actions et programmes pertinents en matière de qualité et de sécurisation des soins et des organisations.

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Créer et alimenter une base de données intégrant les données disponibles (événements indésirables, réclamations, alertes infectieuses dont les Infections Associés aux Soins, indicateurs qualité, résultats des certifications et des évaluations, résultats médico-économiques...)*
- ☞ *2 - Automatiser les rapports et bilans à produire (fiche établissement, bilan mensuel/trimestriel/annuel, rapport thématique ou territorial, diffusion aux établissements...)*
- ☞ *3 - Concevoir un système d'intégration, d'agrégation et d'analyse des données pour aider à l'identification des situations à risque et à la prise de décisions d'actions, à proposer à la direction générale de l'ARS, que ce soit en matière d'accompagnement, de contrôle ou d'inspection vis-à-vis d'une structure,*

- ☞ 4 - Identifier des mesures en matière de prévention et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, issues de retours d'expérience régionaux et qui alimenteront la politique de l'agence.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Identification et évaluation des risques liés aux informations reçues (fréquence, gravité, détectabilité), par une interprétation multifactorielle des signaux/indicateurs
- ☞ Détection des signaux faibles, permettant une analyse prédictive des situations à risque au sein des structures surveillées, notamment avec l'utilisation de l'intelligence artificielle
- ☞ Evaluation de la criticité globale pour une situation ou un établissement pouvant s'appuyer aussi sur l'intelligence artificielle
- ☞ Aide à la décision quant aux suites à donner, concernant les demandes complémentaires auprès de l'établissement, d'accompagnement, de déclenchement d'inspections ou de sanctions
- ☞ Rationalisation de décisions (justification des décisions et équité de traitement).

3) PARTENARIATS

- Professionnels des structures
- Directions des structures, responsables qualité et gestionnaires de risque
- Fédérations, URPS, réseaux

4) TRANSVERSALITE

- Fiches SRS en relation (dont fiche Politique régionale du médicament de ce livret)

5.3. INSPECTION-CONTROLE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

L'activité de contrôle permet de s'assurer, par des investigations approfondies, du respect de la réglementation garantissant la santé publique et la sécurité sanitaire, ainsi que la qualité des prestations dispensées par des structures et des professionnels relevant du champ de compétence de l'agence régionale de santé (ARS). Le périmètre du contrôle des ARS est fixé par le code de la santé publique (CSP) et le code de l'action sociale et des familles (CASF).

Le mode de contrôle le plus souvent utilisé est celui de l'inspection qui suppose un déplacement sur site, il peut se décliner également par une investigation sur pièces.

D'autres démarches peuvent être engagées comme l'enquête (concernant la conduite d'un agent ou d'un groupe d'agents), l'évaluation (au travers de la contractualisation par exemple), l'audit (au regard d'une organisation) ou encore l'accréditation. Ce sont des démarches complémentaires, parfois réalisées en parallèle, mais ayant chacune leur finalité spécifique.

L'inspection ne doit pas être confondue avec la certification des établissements de santé et l'évaluation des établissements médico-sociaux à la main de la Haute autorité de santé. Mais ces méthodes sont complémentaires.

Le contrôle vise à s'assurer du respect de la réglementation afin que les pratiques professionnelles et les organisations protègent les populations. L'inspection-contrôle fait appel à des personnels qui doivent avoir la qualification d'inspecteur et qui ont des obligations en matière de déontologie pour éviter tout risque de conflit de mission ou conflit d'intérêt.

L'activité d'inspection-contrôle-audit de l'ARS est structurée autour d'une direction en propre, rattachée hiérarchiquement au Directeur Général. L'identification d'une direction de l'inspection en tant que telle l'inscrit comme une des activités essentielles de l'ARS, au service du respect de la santé publique. Elle est à la fois constituée d'une équipe dédiée à l'inspection-contrôle et fait appel à l'ensemble des collaborateurs de l'ARS ayant des compétences et/ou une qualification en inspection.

Chaque année, un programme annuel de contrôle est défini à partir des priorités nationales fixées à l'ensemble des ARS et des priorités retenues au niveau régional. S'y ajoutent des contrôles non programmés rendus nécessaires par des situations graves et urgentes mettant en jeu la santé publique et la protection des personnes.

La modalité de contrôle peut être annoncée ou inopinée selon les situations.

Bilan 2018 – 2022

Ce sont 664 missions d'inspections, contrôles, enquêtes ou audits qui ont été réalisées depuis 2018. Plus de 80 % des missions étaient programmées. Cependant, l'année 2020 n'est pas représentative du fait de la gestion de la crise COVID-19, l'activité d'inspection ayant été priorisée sur les situations graves et urgentes, au dépens des inspections planifiées.

L'ARS intervient en moyenne sur 19 thématiques différentes par an. Le nombre moyen de thématiques investiguées sur l'ensemble des ARS est de 21 par an (référence année 2019).

Thématiques investiguées sur les différents champs de compétence de l'ARS :

Etablissements sanitaires	Etablissements et services médico-sociaux	Professionnels de santé	Santé environnementale
<ul style="list-style-type: none"> - activité chirurgicale à haut risque - sécurité transfusionnelle - prise en charge médicamenteuse - infections liées aux soins - déchets d'activité de soins - procréation médicale assistée - infections pulmonaires (légionelloses) - risques liés aux bâtiments (amiante, radon) - santé des détenus - gestion des crises sanitaires - événements indésirables associés aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> - organisation de l'offre médico-sociale (EHPAD, ITEP, IME, FAM) - prise en charge médicamenteuse en EHPAD - autisme - vacances adaptées organisées - risques liés aux bâtiments (amiante, radon) 	<ul style="list-style-type: none"> - officines de pharmacie - cabinets dentaires - tatoueurs, perceurs - laboratoire de biologie médicale - distributeurs en gros des médicaments humains et vétérinaires - centres clinico-biologiques (aide médicale à la procréation) - exercice illégal, contrôle de marché - contrôle de l'obligation vaccinale 	<ul style="list-style-type: none"> - eau potable

Les contrôles de professionnels de santé et notamment de dentistes sont nombreux en Bourgogne-Franche-Comté. Ils représentent 90% de l'ensemble des contrôles de professionnels de santé réalisés en France entière. L'ARS Bourgogne Franche-Comté figure aussi parmi les 3 ARS ayant investi le champ de la sécurité des soins dentaires depuis plusieurs années suite aux pratiques des centres Dentexia qui a touché particulièrement la Bourgogne.

Les contrôles des centres dentaires, notamment les centres dits « low cost », ont pu révéler des dérives financières ayant un impact sur les soins des patients, comme par exemple des actes de mutilation ou de délabrement volontaires auxquels il a été mis fin en suspendant l'activité de ces centres.

Les contrôles ciblent aussi les cabinets dentaires libéraux, dans une visée préventive et pédagogique, en lien avec les représentants de la profession de dentistes (Ordre et URPS) qui restituent à l'ensemble de la profession les constats et les mesures à prendre pour rectifier les dysfonctionnements.

Un programme spécifique pour encourager les établissements à déclarer les événements indésirables : ce programme a été développé en partant du constat d'une sous-déclaration de ces événements par les établissements de santé (cf partie 5.4.2 « promotion du signalement »). Portant sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS), il ciblait les établissements sanitaires ayant une activité médecine-chirurgie-obstétrique afin de les inciter à renforcer la culture du signalement et à déclarer conformément à la réglementation. Sept établissements ont été concernés par ce contrôle.

La mise en place, en 2022, d'un **plan national de contrôle de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** après la médiatisation des pratiques du groupe ORPEA : une démultiplication des contrôles indispensables. En France, les EHPAD contrôlés représentaient en moyenne 10% des EHPAD.

Aussi, une organisation adéquate permettant de définir des priorités et d'augmenter le volume des établissements contrôlés a été mise en place dès le lancement du plan national « contrôle des 7500 EHPAD ». Ce plan de contrôle décliné dans chaque région, amorcé en 2022, se poursuivra jusqu'en 2024.

Les suites d'inspections : un grand nombre d'injonctions sont notifiées aux établissements médico-sociaux. Ce sont sur les établissements médico-sociaux que les contrôles découlent le plus sur des décisions prescriptives (injonctions / prescriptions).

Aussi c'est sur ce secteur que des moyens ont été mobilisés pour accompagner les établissements et veiller à ce qu'ils puissent corriger les non-conformités et dysfonctionnements constatés. Par ailleurs, sur l'année 2022, les contrôles sur 37 EHPAD ont amené à des décisions administratives fortes : suspension en urgence d'un EHPAD, mise sous administration provisoire de deux EHPAD.

Enjeux pour la période 2023-2028 : une méthode qui doit renforcer l'analyse par les risques et une approche qui doit intégrer le concept « Une seule santé »

L'augmentation des réclamations (cf fiche Promotion du signalement), les attentes fortes des usagers pour que le système de santé garantisse à tous la sécurité des prises en charges, (accrues suite aux différentes médiatisations - centre de santé « low cost » et dérives financières, pratiques de certains gestionnaires d'EHPAD), amènent à développer une méthodologie selon six axes :

- renforcer l'analyse par les risques pour identifier les modalités d'intervention les plus adaptées,
- développer différentes modalités d'intervention pour augmenter les contrôles,
- consolider le travail inter-institutions (autres administrations de l'Etat, collectivités locales assurance maladie) pour avoir une démarche globale de contrôle et intervenir sur l'ensemble des volets,
- actionner tous les leviers juridiques de suites administratives et sanctions lorsque cela s'avère nécessaire,
- suivre les établissements qui ont été contrôlés pour qu'ils déploient des plans correctifs et mettent en œuvre les mesures décidées après les inspections,

- améliorer la communication et la pédagogie sur l'inspection pour que les constats récurrents puissent être connus et que l'ensemble des établissements des secteurs concernés s'en emparent.

Quant aux thématiques de contrôle, elles concernent :

- la prévention du risque de maltraitance, avec des programmes ciblant les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes handicapées, et entre autres, les établissements dits « silencieux » (non déclarants d'évènements indésirables),
- l'activité des centres dentaires,
- le médicament avec notamment un programme d'évaluation du niveau de maîtrise des activités d'établissements pharmaceutiques de distribution en gros des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire (par exemple : veiller au respect de la chaîne d'approvisionnement des vaccins thermosensibles) et un programme de lutte contre les médicaments falsifiés,
- la santé environnementale avec notamment des contrôles sur les systèmes de distribution d'eau, sur le risque de légionellose dans les établissements sanitaires, médico-sociaux ainsi que dans des établissements de tourisme.

Au-delà de ces six axes méthodologiques, la crise COVID a montré l'importance de développer une approche holistique de la santé publique, à travers le concept « Une seule santé ». Cela renforce la nécessité de travailler entre administrations du fait des liens entre santé vétérinaire et maladies émergentes, de l'impact de l'environnement et de l'écosystème sur l'accès à une eau potable, à un air sain et à des aliments sûrs et nutritifs. Ces secteurs sont susceptibles de connaître de nouvelles contraintes réglementaires que les administrations concernées devront veiller à faire respecter, notamment la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et des forêts (DRAAF) et la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), l'ARS qui seront amenées à travailler en collaboration, les services de la protection judiciaire de la jeunesse.

Aussi sera-t-il nécessaire, tout au long du projet régional de santé, d'adapter les programmes d'inspection-contrôle-audit afin de les aborder selon la logique « une seule santé ».

2) OBJECTIFS GENERAUX

Objectif général 1 : Renforcer l'analyse par les risques

L'analyse par les risques consiste à classer les établissements par niveau de risque afin d'identifier les modalités d'interventions les plus adaptées, efficaces et en identifiant les leviers les plus pertinents en fonction des niveaux de risque (inspection, contrôle...). (cf fiche Promotion de signalement)

Dans une perspective de contrôle sur l'ensemble des champs régaliens, qu'ils relèvent ou non de l'ARS, cette analyse par les risques pourrait intégrer des données venant d'autres administrations, ayant un lien indirect avec la prise en charge des usagers.

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Identifier les critères de risque selon les types de structures,*
- ☞ *2 - Elaborer un outil permettant d'identifier les niveaux de risque et actualiser les données.*

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Identification, pour chaque établissement (sanitaire ou médico-social), d'un niveau de risque au regard de la prise en charge de l'utilisateur (résident ou patient) pour éclairer le choix d'intervention (veille/suivi renforcé, contractualisation, contrôle sur pièces, inspection).

Objectif général 2 : Développer différentes modalités d'intervention pour augmenter les contrôles

L'inspection sur site constitue le mode de contrôle le plus utilisé. Si les inspections sur site permettent de réaliser des investigations complètes, elles nécessitent cependant des ressources spécifiques (temps, inspecteurs) et par conséquent ne permettent pas d'intervenir sur un grand nombre de structures.

L'intensification des contrôles doit conduire à optimiser les ressources et à rechercher la modalité d'intervention la plus adaptée à chaque situation en fonction du niveau de risque évalué. L'ARS dispose de plusieurs leviers d'action à côté de l'inspection sur site : le contrôle sur pièces, le contrôle de conformité, la contractualisation, l'audit.

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - A partir de l'analyse des risques, définir des critères de décision du mode d'intervention pour chaque programme et type d'établissement, dans un premier temps sur les établissements médico-sociaux et sur l'ensemble des établissements de compétence de l'ARS*
- ☞ *2 - Gérer les ressources et compétences afin de mettre en œuvre les différentes modalités d'intervention : outils, formations, organisation.*

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Exploitation de toutes les modalités de contrôle afin d'intervenir sur un maximum d'établissements, ceci au bénéfice de la sécurité des prises en charge des usagers
- ☞ Aide à la décision de la modalité d'intervention la plus adaptée.
- ☞ Optimisation des ressources
- ☞ Pertinence de la modalité d'intervention

Objectif général 3 : Consolider le travail en inter-institutionnel et tisser des partenariats

Compte tenu de la diversité des sujets abordés lors des missions d'inspection, il est indispensable de développer une approche inter-institutionnelle. Par exemple, la suspension des centres dentaires PROXIDENTAIRE est le résultat d'interventions de plusieurs autorités dans le cadre du Comité Opérationnel Départemental Anti Fraudes (CODAF). De même, pour s'assurer du respect de l'ensemble des droits des résidents en EHPAD, que ce soit sur leur prise en charge ou sur les prestations tarifées, il convient d'associer, au contrôle de l'ARS, celui de la concurrence, consommation, répression des fraudes. Ou encore, des manquements au droit du travail peuvent être constatés au cours de missions d'inspection, lesquels justifient un contrôle de l'inspection du travail.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Identifier les programmes/thématiques sur lesquels il est nécessaire de tisser des partenariats avec d'autres administrations et avec l'Assurance Maladie
- ☞ 2 - Définir les modalités de travail en inter-ministériel, lors des réunions de CAR : programmes/ thématiques, moyens

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Démultiplication de l'action de l'Etat pour corriger l'ensemble des dysfonctionnements que subit l'usager.

Objectif général 4 : Actionner tous les leviers juridiques de suites administratives et sanctions

Une ordonnance du 17 janvier 2018 et ses décrets d'application, précisés par une instruction du 7 décembre 2022, visent à simplifier et à adapter les règles de contrôle des établissements et services médico-sociaux :

- Clarification des autorités de contrôle et de leur périmètre respectif d'intervention,
- Clarification de la distinction entre police administrative et police judiciaire,
- Rappel des pouvoirs des agents chargés du contrôle et des droits des gestionnaires d'établissements et services,
- Mise en place d'une modulation des mesures prises pour faire cesser les dysfonctionnements : sanctions financières proportionnées, interdictions partielles.

Ces dispositions renforcent le poids de certaines mesures décidées par les ARS en s'appuyant sur de nouveaux leviers pour définir des sanctions proportionnées et adaptées aux risques susceptibles d'affecter la sécurité des usagers si ces mesures ne sont pas suivies d'effet.

Objectif opérationnel :

- ☞ Réaliser un vademecum sur les suites administratives et sanctions et l'actualiser selon les évolutions réglementaires

Ce vade-mecum a pour objet de fournir une aide et un guide sur la manière dont les contrôles administratifs doivent être conduits en prévision de sanctions administratives. Il est apparu en effet que, faute d'un tel corpus, les procédures pouvaient varier d'une mission à l'autre. Ce vade-mecum répond ainsi à la préoccupation d'être un outil le plus opérationnel possible en intégrant régulièrement, pour ce faire, les modifications et ajustements qui apparaissent nécessaires, soit suite à des modifications législatives, réglementaires ou jurisprudentielles, soit par référence aux éventuelles difficultés rencontrées lors des dernières missions.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Amélioration de l'efficacité du contrôle

Objectif général 5 : S'assurer de la mise en œuvre des mesures décidées par l'ARS

Les contrôles donnent lieu à des injonctions ou prescriptions qui sont nombreuses, en particulier dans le secteur médico-social, visant à faire cesser des dysfonctionnements graves. Alors que ces situations nécessitent une action corrective rapide pour protéger les usagers, les délais constatés entre la notification de la mesure et sa levée sont relativement longs.

Nombre d'injonctions demeurent non levées une ou plusieurs années après l'inspection même si des progrès sont à noter. Ainsi, en décembre 2018, 52 % d'injonctions ne sont pas levées pour des inspections antérieures à 2018 et en décembre 2019, 11 % des injonctions n'étaient pas levées pour des inspections antérieures à 2019.

Depuis fin 2022, l'outil de reporting pour le niveau national SI-ICEA (système d'information des contrôles, évaluation, audits) permet d'avoir un suivi fin des mesures prises à l'encontre d'un établissement, de suivre les actions conduites et de lever les injonctions/prescriptions le cas échéant.

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Généraliser l'utilisation de SI-ICEA en y intégrant les évolutions sur les mesures*
- ☞ *2 - Identifier suffisamment en amont, les moyens à mettre en place dans les suites d'inspection, en-dehors de sanctions administratives : vigilance, suivi rapproché, accompagnement ou audit, inscription d'objectifs liés aux suites d'inspection dans le cadre de la contractualisation*
- ☞ *3 - Communiquer sur l'évolution de l'indicateur du taux d'injonctions levées/ non levées*

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Organisation opérationnelle du suivi des suites d'inspection
- ☞ Mise en place effective des actions correctives par les établissements contrôlés

Objectif général 6 : Améliorer la communication et la pédagogie sur l'inspection

Si l'inspection constitue une modalité d'intervention permettant, au niveau de l'établissement ciblé, de garantir la sécurité des prises en charge, voire de décider de mesures de police administrative pour faire cesser des pratiques ou fonctionnements dangereux, il est attendu que les inspections réalisées sur un petit nombre d'établissements puissent enclencher, à l'échelle des établissements de la région :

- à leur initiative, des plans correctifs et une dynamique de prévention des risques,
- l'élaboration de projet, la mise en place d'accompagnement pour que les problématiques récurrentes constatées en inspection donnent lieu collectivement à des solutions.

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Communiquer les programmes et les bilans de programmes auprès des différents acteurs : CRSA, Fédérations, Ordres ...*
- ☞ *2 - Identifier les axes d'amélioration régionaux notamment avec l'appui de l'OMEDIT, du RéQua*

RESULTATS ATTENDUS

- 🔑 Capitalisation de l'inspection au bénéfice de l'ensemble des établissements, notamment ceux qui ne sont pas contrôlés
- 🔑 Démarche effective de la gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements

3) ARTICULATION

- Services de l'Etat : préfets, DREETS, DDCCRF, DRAAF, DREAL
- Justice (procureur de la république)
- Ordres professionnels
- Conseils départementaux
- Représentants des usagers
- Assurance maladie

4) TRANSVERSALITE

- Ensemble des fiches de ce livret
- Livret Prévention fiche plan régional santé environnement
- Livret Parcours :
 - Parcours grand âge
 - Parcours Handicap
- Livret Offre de santé, Fiche Coopération et contractualisation

5.4. SUIVI ET ACCOMPAGNEMENT DES DEMARCHES QUALITE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET STRUCTURES ET ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Pour faire progresser la qualité et la sécurité des prises en charge, l'ARS doit définir, mettre en œuvre et évaluer sa politique et son programme en matière d'amélioration et de sécurisation des organisations, des soins et des produits, dont les structures régionales de vigilance et d'appui, membres du RRéVA, assurent, en partie, la mise en œuvre.

La politique régionale en matière de qualité et de sécurité des soins s'appuie :

- sur les programmes et orientations nationales dont elle assurera une déclinaison régionale (décrets relatifs à la déclaration des événements indésirables, réforme des vigilances, plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), instruction relative à la mise en œuvre de la prévention de l'antibiorésistance ...)
- sur les dispositifs d'évaluation et indicateurs nationaux (certification pour la qualité des soins des établissements de santé, évaluation des structures médico-sociales, indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) et incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

Il s'agira de définir le juste niveau d'intervention de l'agence en veillant à assurer un suivi et un accompagnement des établissements sanitaires, des établissements médico-sociaux et des professionnels de ville.

2) OBJECTIFS GENERAUX

La nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité des soins (5ième version) mise en place fin 2020, avec des reports dus à la mobilisation des établissements dans la gestion de l'épidémie de COVID, a pour objectif de prendre en compte non plus les processus mais les résultats pour les patients.

Elle affiche 4 enjeux : l'engagement du patient, la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat, le travail en équipe et l'adaptation aux évolutions du système de santé.

Les résultats des procédures de certification HAS des établissements de santé constituent un enjeu pour l'ARS dans le cadre du suivi de ces établissements de santé et leur contribution aux orientations de la politique régionale de qualité et sécurité des soins.

En Bourgogne-Franche-Comté, 103 établissements ou groupements sanitaires sont soumis à la certification.

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les ESMS ont l'obligation de procéder à une évaluation régulière de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent pour les personnes accueillies.

Dans un objectif d'amélioration du dispositif d'évaluation, la HAS s'est vue confier (par la loi du 24 juillet 2019) la mission d'élaboration d'une nouvelle procédure d'évaluation nationale et de son référentiel, communs à tous les établissements. Ce nouveau dispositif d'évaluation est entré en vigueur au 1er janvier 2022⁴.

En Bourgogne-Franche-Comté, 1041 structures d'accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sont soumises à cette évaluation ainsi que 52 structures de prise charge de personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

Les résultats de certification et des évaluations sont pris en compte à un niveau régional pour adapter notre politique Qualité et Sécurité des soins et alimenter le programme de travail du RRéVA.

Objectif général n°1 : Coordonner l'action des structures de vigilance et d'appui, dans le cadre du programme régional d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Il s'agit de mobiliser, avec leur aide, de nouveaux outils d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins pour que les professionnels s'en saisissent.

Il s'agit également de favoriser l'engagement des établissements dans l'atteinte d'objectifs de qualité et de sécurité, au travers des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, des CPOM des établissements ou encore les indicateurs intégrés au dispositif IFAQ.

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Formaliser et suivre le programme en matière de qualité et de sécurité des soins (QSS) élaboré dans le cadre du RRéVA (Réseau Régional de Vigilance et d'Appui) ainsi que des indicateurs relatifs aux thématiques QSS*
- ☞ *2 - Assurer la promotion des analyses, bonnes pratiques et outils créés et mis à la disposition des professionnels par les membres du RRéVA*
- ☞ *3 - Intégrer dans les contrats entre l'agence et les établissements des objectifs de qualité, de sécurité et de pertinence des soins*

🕒 **Exemples d'actions :**

- 🕒 Pilotage par l'ARS des structures régionales d'appui et animation du RRéVA
- 🕒 Création d'outils et aides à la mise en œuvre de bonnes pratiques

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Communications relatives aux productions du RRéVA
- ☞ Objectifs qualité, sécurité et pertinence intégrés dans les contrats des établissements

⁴ décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux modifié par Décret n°2022-695 du 26 avril 2022

Objectif général n°2 : Favoriser l'engagement des établissements sanitaires et structures et établissements médico-sociaux dans des démarches qualité

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Assurer un suivi des résultats des procédures de certification et mettre en avant les décisions favorables obtenues par les établissements de la région
- ☞ 2 - Assurer un accompagnement de proximité pour les établissements en difficulté de certification et activer les différents leviers disponibles (inspection, audits, mobilisation des structures d'appui)
- ☞ 3 - Formaliser le suivi et l'analyse des résultats des procédures de certification des établissements sanitaires, pour en tirer les enseignements en matière d'actions d'amélioration régionales
- ☞ 4 - Formaliser le suivi et l'analyse des décisions des démarches d'évaluation des établissements et structures médico-sociaux, pour en tirer les enseignements en matière d'actions d'amélioration régionales et enrichir les plans d'action des Parcours, notamment Parcours Personnes Agées et Personnes en situation de Handicap
- ☞ 5 - Faciliter l'accès des usagers aux données et résultats des « démarches qualité » des établissements

Exemples d'actions :

- Application, à l'attention des établissements de santé, de la procédure régionale de suivi des résultats de certification et d'accompagnement
- Organisation d'échanges réguliers avec la HAS sur la programmation des visites (établissements de santé) et les difficultés rencontrées ;
- Organisation de formations et/ou d'informations concernant la certification des établissements sanitaires avec le RéQua ;
- Organisation de formations et d'informations concernant la préparation des établissements médico-sociaux en amont de la visite avec le CREAI et le RéQua ;
- Valorisation des résultats des démarches des établissements sur les outils de communication de l'agence, en les intégrant dans le plan de Communication Positive de l'agence

ACTIONS ET RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Meilleur engagement des établissements et structures dans des démarches qualité
- ☞ Présentation en CRSA et en CSDU d'un bilan annuel des démarches de certification sanitaire et évaluation médico-sociale et du suivi réalisé par l'ARS.

3) PARTENARIATS

- Structures de vigilance et d'appui
- HAS
- Commission Spécialisé Droits des Usagers de la CRSA
- Fédérations, ES et ESMS

4) TRANSVERSALITE

- Fiches SRS

5.5. ASSURER LA PERTINENCE DES SOINS

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

La pertinence est l'un des axes majeurs de la première stratégie nationale de santé 2022 promue par le ministère de la santé pour structurer l'action de tous les acteurs de santé dans les prochaines années autour d'une meilleure prise en charge des patients.

La définition de la HAS indique qu'un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est nécessaire, en phase avec les besoins du patient, et approprié dans son indication. La pertinence des soins permet d'éviter les traitements inadéquats avec des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité. C'est une notion évolutive : un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui en raison de l'évolution des techniques ou des connaissances. Ce soin peut relever d'une démarche diagnostique (imagerie, biologie...) ou thérapeutique (médicament, dispositif médical, intervention chirurgicale...)

Ainsi, pour mettre en place des stratégies qui visent à améliorer la pertinence des soins, tout en garantissant la qualité des soins et la sécurité des patients, l'ARS BFC avait acté dès 2016 et actualisé en 2018 son Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), après avis de l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) et avis de la Commission régionale de coordination des actions de l'Agence régionale de santé et de l'Assurance maladie en formation plénière.

Si la période COVID n'était que peu propice à la mise à jour du PAPRAPS, aujourd'hui c'est une priorité partagée qui doit rapidement aboutir. Les travaux s'articuleront, après la mise à jour d'un nouveau diagnostic régional, autour des 3 axes antérieurement retenus dont il a été bien établi qu'ils restent d'actualité:

- La pertinence des actes
- La pertinence des parcours
- La pertinence des prescriptions

L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins – IRAPS- a pour mission de contribuer à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Elle est composée de membres, représentant l'ARS, l'Assurance Maladie, les établissements, les professionnels de santé libéraux et les usagers. Elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche. Elle est consultée sur le projet de PAPRAPS, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation.

2) OBJECTIFS GENERAUX

Objectif général : Diffuser les recommandations de bonnes pratiques et favoriser la diffusion de données probantes

Il a été établi que les professionnels de santé doivent utiliser les données probantes les plus à jour pour prendre des décisions de soins éclairées et doivent suivre les recommandations de bonnes pratiques cliniques pour garantir des soins de qualité et moins coûteux.

Ces bonnes pratiques et/ou protocoles doivent être travaillés et être accessibles largement grâce à l'amélioration de la communication interprofessionnelle, notamment grâce aux travaux menés pour la Récupération Améliorée après Chirurgie (RAC) , la mise en œuvre de groupes de travail sur des pratiques et thématiques ciblées par l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) et insérées dans le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) et l'évaluation constante des soins prodigués par les établissements de santé pour identifier les domaines qui nécessitent une amélioration et mettre en place des mesures pour y contribuer.

EXEMPLES D' ACTIONS :

- ⊙ Contractualisation sur les établissements ciblés pour améliorer la pertinence des soins dans le cadre du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) ;
- ⊙ Mise en œuvre des Mises Sous Accord Préalable (MSAP) selon les thèmes prioritaires régionaux
- ⊙ Accompagnement des établissements dans l'amélioration de leurs pratiques
- ⊙ Utilisation d'outils d'évaluation de la pertinence des soins, tels que des indicateurs de qualité
- ⊙ Utiliser la technologie pour améliorer les soins, par exemple en permettant aux professionnels de la santé de partager des informations médicales et de communiquer avec les patients à distance
- ⊙ Promouvoir les Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP)

RESULTATS ATTENDUS

- 🔑 Réduction du nombre d'actes non pertinents

3) PARTENARIATS

- IRAPS
- DCGDR
- OMEDIT (pour appui sur les volets spécifiques médicaments et dispositifs médicaux dans le cadre de la Politique Régionale du Médicament)
- URPS

5.6. POLITIQUE DE PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS ET LUTTE CONTRE L'ANTIBIORESISTANCE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les infections associées aux soins (IAS) concernent 5 % des patients hospitalisés un jour donné et sont une des causes majeures d'événements indésirables. Or une partie de ces IAS sont considérées comme évitables avec des mesures de prévention simples. Les conséquences des IAS se mesurent également par la mortalité qui leur est attribuable (environ 10 à 15 % des décès hospitaliers sont associés à une IAS, soit la 4ème cause la plus fréquente de décès à l'hôpital) ou par les surcoûts induits par des prolongations des séjours hospitaliers (environ 6 jours additionnels), par un plus fort recours à des examens complémentaires et des traitements (dont des traitements antibiotiques), et par un surcoût moyen total chiffré à plus de 10 000 euros par IAS en France. Dans le secteur médico-social, les IAS pèsent également sur la morbi-mortalité ; l'enquête Prév'Ehpad en 2016 évaluait à 3 % la prévalence des IAS un jour donné chez les résidents en EHPAD.

Les infections communautaires⁵, et encore plus les infections associées aux soins, impliquent de plus en plus souvent des bactéries devenues résistantes aux antibiotiques. On estime que 63,5 % des infections à bactéries multi-résistantes sont des infections associées aux soins (données 2015). La France fait partie des pays en Europe où la résistance à la pénicilline pour *Staphylococcus aureus* est encore trop élevée (11,6 % dans le rapport EARS-Net 2019⁶, soit dans un ordre décroissant de performance, la 16e place sur 31 pays) ou encore celle aux céphalosporines de 3ème génération pour *Klebsiella pneumoniae* (30,2 %, soit la 16e place). Pour les bactéries hautement résistantes aux antibiotiques, la situation est plus contrastée : pour *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides, la France fait plutôt partie des pays à faible prévalence en Europe (4e place), alors que pour les entérobactéries productrices de carbapénémases, spécifiquement pour *K. pneumoniae*, une prévalence de 1 % la place en 14ème position.

L'instruction⁷ du 15 mai 2020 relative à la mise en œuvre de la prévention de l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé décline les deux axes phares de prévention de l'antibiorésistance que sont :

- La prévention et le contrôle des infections associées aux soins ;
- Le bon usage des antibiotiques et leur promotion.

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté est chargée, par cette même instruction, de piloter la mise en œuvre régionale de la politique nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance. Dans ce cadre, elle anime un comité de pilotage transversal, afin de mobiliser et coordonner les différents acteurs dans les trois secteurs de soins.

La nouvelle stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance 2022-2025 vise trois objectifs principaux qui nous concernent tous :

- Prévenir les infections courantes ;
- Réduire le risque d'infections associées aux soins, en particulier les infections nosocomiales ;
- Préserver l'efficacité des antibiotiques.

⁵ infection survenant en dehors d'un établissement de santé, par opposition à une infection nosocomiale

⁶ European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)

⁷ N°DGS/Mission antibiorésistance/DGOS/PF2/DGCS/SPA/2020/79

Cette stratégie est pilotée à l'échelle nationale par le Ministère de la santé et de prévention, et au niveau régional par les ARS avec l'appui des CRAtb (Centres Régionaux en Antibiothérapie) et des CPias (Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins). Elle s'applique dans les trois secteurs de soins.

2) OBJECTIFS GENERAUX

Objectif général n°1 : Développer les actions de prévention et de contrôle des infections dans les trois secteurs de soins

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Appropriation par le grand public des principes de la prévention des infections et de l'antibiorésistance.*

EXEMPLES D' ACTIONS :

- ⊙ Intégrer à tous les niveaux des représentants des usagers dans les instances de pilotage de la stratégie
- ⊙ Mobiliser les organisations régionales intéressées par la prévention des infections et de l'antibiorésistance afin de les associer dans la promotion des différentes actions

- ☞ *2 - Renforcement de la prévention des infections et de l'antibiorésistance auprès des professionnels de santé tout au long du parcours de santé du patient*

EXEMPLES D' ACTIONS :

- ⊙ Adapter et renforcer les actions de prévention des infections et de l'antibiorésistance dans les ESMS
- ⊙ Inciter tous les professionnels intervenant tout au long du parcours de santé du patient à mettre en place un programme d'actions de prévention et de contrôle de l'infection et du bon usage des antibiotiques avec évaluation des actions, incluant l'utilisation et la promotion des outils développés par les missions nationales
- ⊙ Mise à disposition des professionnels de nouveaux outils utilisables dans leur pratique quotidienne et diffusion des bonnes pratiques en matière d'usage des antibiotiques dans les 3 secteurs de l'offre de soins

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Mobilisation du grand public par des campagnes de promotion de la santé et en leur mettant à disposition des espaces d'information accessibles à toutes et tous (ex : Antibio'Malin)
- ☞ Meilleure prise en compte de la prévention des infections et de l'antibiorésistance dans la formation initiale et continue des professionnels impliqués dans les trois secteurs de soins

Objectif général n°2 : Promouvoir le bon usage des antibiotiques dans les trois secteurs de soins

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Renforcement du maillage territorial de la prévention et du contrôle de l'infection et de promotion du bon usage des antibiotiques

EXEMPLES D' ACTIONS :

- ⊙ Poursuivre et renforcer la mise en œuvre des actions des Cpias et CRAtb
- ⊙ Renforcer les ressources humaines des équipes territoriales et locales spécialisées dans les infections associées aux soins et dans le bon usage des antibiotiques
- ⊙ Mettre en place un suivi de la synergie d'actions au niveau régional des Cpias et CRAtb ainsi qu'au niveau local des EMA (équipes multidisciplinaires en antibiothérapie/référents/EOH (Equipe opérationnelle d'hygiène), via les indicateurs inclus dans les rapports annuels d'activités des Cpias et CRAtb

- ☞ 2 - Utilisation partagée des données de santé et de surveillance au service de l'action

EXEMPLES D' ACTIONS :

- ⊙ Partager les expériences de prévention des infections et de l'antibiorésistance afin d'améliorer les pratiques
- ⊙ Promouvoir des évaluations de pratiques régionales iu par GHT

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Augmentation du taux de patients avec durée de prescription d'ATB < 7 jours pour infection respiratoire basse en MCO (ATBIR)
- ☞ Augmentation du nombre de TROD angine réalisés en officines et sous prescription conditionnelle
- ☞ Développement de la pratique des antibiogrammes ciblés dans les infections urinaires

3) PARTENARIATS

- CRAtb BFC
- Cpias BFC
- Assurance maladie
- OMEDIT
- URPS : médecins, pharmaciens, biologistes
- Autres professions libérales : Chirurgiens-dentistes, sages-femmes, IDE
- DRAAF
- MSP, CPTS

4) TRANSVERSALITE

- Fiche Politique régionale du médicament de ce livret
- Livret Offre de santé
- Livret Activités de soins

5.7. POLITIQUE REGIONALE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (PRM)

1) CONTEXTE, BILAN ET EVOLUTION

La Politique Régionale du Médicament et des produits de santé (PRM), mise en place depuis 2014 dans notre région, rassemble sous l'égide du Directeur de l'ARS les compétences de partenaires institutionnels, professionnels de santé, réseaux d'appui et de représentants des usagers autour d'enjeux prioritaires tant en terme de qualité, sécurité et pertinence des soins.

La PRM définit, en lien avec les parcours de l'ARS BFC et les orientations nationales, les priorités d'actions à retenir en matière de médicaments et de dispositifs médicaux.

Le bilan établi fin 2019 faisait état de 43 actions répertoriées en 7 thématiques : anti-infectieux, santé mentale, personnes âgées, cancer, dispositifs médicaux, santé publique et gestion du risque.

Le bilan exhaustif de l'ensemble des actions de chaque thématique est accessible en ligne sous <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-politique-regionale-du-medicament-et-des-produits-de-sante>

Les années 2020, 2021 ont été marquées par la gestion de crise COVID et la PRM a été suspendue.

En 2022, constat est fait de la nécessité d'adapter aux besoins nouveaux identifiés les thématiques initiales en complétant le dispositif d'une thématique « Hospitalisation à domicile » (HAD) au regard d'une nouvelle priorité nationale comportant un axe spécifique relatif à l'amélioration du circuit du médicament en HAD.

La thématique « Dispositif Médicaux » s'est trouvée neutralisée : la sous-commission régionale n'ayant pas pu se réunir depuis sa mise en place initiale et l'appel à projet AAP prévu début 2020 ayant dû être annulé.

La thématique « Santé publique » portant des actions de prévention et promotion de la santé, de sécurité sanitaire, d'actions de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse voit une évolution suite à la mise en place du RRÉVA, qui fait l'objet d'une fiche spécifique du PRS.

La thématique « Anti-infectieux » évolue au travers de la création du CRAtb (Centres Régionaux en Antibiothérapie cf instruction N°DGS/Mission antibiorésistance/DGOS/PF2/DGCS/SPA/2020/79 du 15 mai 2020) qui se coordonnera avec le CPias (Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins) qui font également l'objet d'une fiche PRS spécifique.

La thématique « Gestion du risque » sera développée, conjointement entre ARS, assurance maladie et partenaires, dans le nouveau PAPRAPs.

Ces évolutions, ajout ou de disparition d'une thématique, ont pour but d'apporter une souplesse au dispositif, qui se doit d'être le reflet de la réalité des besoins du terrain, et/ou d'évolution impulsées par de nouveaux enjeux nationaux dans le domaine du médicament et des produits de santé. L'objectif de la PRM est d'avoir un regard transversal sur les différentes thématiques de façon à assurer une cohérence régionale entre elles.

Constat est fait également de la nécessité de renforcer la proximité entre les acteurs portant des actions PRM et les acteurs « parcours » autour des objectifs définis par chaque parcours, le décloisonnement permettant notamment de renforcer l'approche territoriale en exercice coordonné entre les professionnels de santé et entre les 3 secteurs, ville, hôpital et médicosocial.

La maîtrise d'œuvre de certaines des thématiques pourra être confiée aux structures d'appui régionales:

- L'OMEDIT BFC se verra ainsi sollicité par chaque parcours selon son besoin spécifique, sanctuarisant le travail déjà engagé par les commissions spécialisées des thématiques Cancer, Personnes Agées, Santé Mentale et HAD notamment, qui proposeront les orientations de priorités régionales à conduire ainsi que des indicateurs de suivi adaptés ;
- La création du CRA^{tb} répondra aux objectifs de la Stratégie Nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance concernant la thématique « anti-infectieux ».

Le Comité Stratégique PRM examinera chaque année le bilan de chacune des thématiques afin d'en avoir une vision transversale et pouvoir définir la stratégie globale régionale.

La Politique Régionale du Médicament et des produits de santé BFC forme ainsi un dispositif structurant pour assurer la cohérence des actions de l'ARS avec les enjeux des différentes stratégies nationales de Santé, dans le but de concourir à l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, de la sécurité des patients et des prises en charge.

2) OBJECTIFS

La Politique Régionale du Médicament et des produits de santé a un Objectif opérationnel principal transversal qui est la mise en place et le partage d'actions et de dispositifs visant à diminuer la iatrogénie médicamenteuse en sécurisant la prise en charge des patients, et favorisant le bon usage, notamment par l'appropriation de nouveaux outils d'amélioration des connaissances ou des pratiques.

A cette fin des journées régionales d'échanges peuvent être organisées et des formations mises en places.

EXEMPLES D'ACTION :

- ⊙ Mise en place de formations et d'outils d'aide aux professionnels de santé, dont des outils utilisant les nouvelles technologies et systèmes d'information partagés (lien avec les projets numériques, cf fiche Livret Innovation Partie e-santé)
- ⊙ Expérimentation d'actions destinées à fluidifier la prise en charge du patient de façon sécurisée entre les 3 secteurs de soins ville/hôpital/établissements médicosociaux
- ⊙ Travaux menés à l'échelle des GHT, CPTS, MSP favorisant un exercice coordonné
- ⊙ Lutte contre la iatrogénie due au mésusage, lutte contre la polymédication inappropriée et sécurisation du circuit du médicament en établissements de santé, établissements médicosociaux et secteur libéral (lien avec les EIGAS médicamenteux et lien avec les inspections DICA pour identifier les priorités de travail régional au regard des constats faits en inspection ou de remontées de signaux)
- ⊙ Implication du patient comme acteur de sa santé
- ⊙ Médicaments et dimension de responsabilité sociétale des organisations

- ☞ *Les objectifs spécifiques opérationnels seront déclinés dans chaque fiche thématique du PRS :*

La contribution des actions menées pour atteindre les objectifs nationaux de santé publique doit pouvoir être quantifiée par les indicateurs définis en lien avec les objectifs de chacune des thématiques. Ces indicateurs seront suivis par chaque responsable de thématique.

- ☞ *Fiche 5.6 de ce livret :: Maîtriser l'antibiorésistance et promouvoir un usage raisonné des antibiotiques*
Cf fiche Politique de prévention des infections associées aux soins
- ☞ *Parcours Santé Mentale*
Cf fiche Parcours Santé mentale du livret Parcours
- ☞ *Parcours grand âge : Lutter contre la poly-médication inappropriée des personnes âgées*
Cf fiche Parcours grand âge du livret Parcours
- ☞ *Parcours cancer : Assurer plus d'équité et d'efficacité dans la mise en œuvre des mesures de lutte contre le Cancer*
Cf fiche Parcours cancer du livret Parcours
- ☞ *Thématique HAD*
Cf fiche HAD du livret Activités de soins
- ☞ *Mettre en place des actions spécifiques autour de la gestion des EIGAS médicamenteux et la coordination des structures de vigilances et d'appui dans le domaine du médicament.*
Cf fiches de ce livret
- ☞ *-Gestion du risque (GDR) – volet médicaments et produits de santé : pris en compte dans le volet pertinence*
Cf fiche Assurer la pertinence des soins de ce livret

3) ARTICULATION

Composition du Comité stratégique

- Assurance maladie
- Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique de Bourgogne-Franche-Comté (OMEDIT BFC)
- Réseau qualité des établissements de santé (RéQUa)
- Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV)
- Centre d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances (CEIP) et Centre Antipoison et de Toxicovigilance (CAPTV)
- CRATb

-
- Observatoire régional de la consommation antibiotiques et de la résistance (OSCAR)
- Centre de prévention des infections associées aux soins (CEPIAS)
- CHU Dijon et CHU Besançon et ES régionaux
- Fédérations, Unions régionales des professionnels de santé (URPS) libéraux (pharmaciens / médecins / infirmiers),
- associations d'usagers

4) TRANSVERSALITE

- Fiches visées dans la partie Objectifs principalement

5.8. GESTION DE CRISE ET PREPARATION DE LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Les 15 dernières années ont vu une succession de crises de nature et cinétique diverses : attentats 2015, accidents industriels, phénomènes climatiques (tempêtes, incendies), mouvements sociaux, cyberattaques et bien évidemment une pandémie inédite avec la COVID-19.

Aujourd'hui, les menaces liées au dérèglement climatique, aux facteurs environnementaux, à la menace terroriste et aux tensions internationales sont bien présentes et d'autres crises peuvent survenir. L'ensemble de la société est ainsi amené à questionner sa capacité à faire face dans un environnement instable à un événement exceptionnel.

C'est l'objet de la stratégie nationale de résilience souhaitée par le Président dans le domaine de la sécurité et défense nationale afin de préparer le pays à faire face aux conséquences de crises futures par une action publique cohérente qui engage l'Etat mais aussi toute la société civile.

Si toutes les crises ne sont pas sanitaires, force est de constater que nombre d'entre elles ont pu avoir des répercussions directes sur la santé physique ou mentale des populations ou indirectes par un impact sur la continuité des prises en charge et/ou l'organisation de notre système de santé.

La gestion de crise et la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles qui seront un axe de la Stratégie Nationale de Santé à venir doivent être intégrées au Schéma Régional de Santé.

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Le système de santé face à une situation sanitaire exceptionnelle

- La notion de « situation sanitaire exceptionnelle » (SSE), englobe toutes les situations conjoncturelles susceptibles d'engendrer de façon immédiate et imprévisible une augmentation sensible de la demande de soins liée à un évènement à évolution rapide avec nombreuses victimes (attentat, accident grave, conflit armé potentiellement de haute intensité) ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soins. Une situation sanitaire exceptionnelle peut également résulter d'un évènement à cinétique lente (épidémie ou épisode climatique exceptionnels par leur ampleur, leur durée, etc.) provoquant des tensions dans l'offre de soins et pour lequel les premières mesures de gestion s'avèrent insuffisantes.
- Le système de santé doit à tout moment être en mesure de s'adapter et d'assurer la prise en charge médicale de patients (blessés, impliqués, malades) dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle tout en maintenant des capacités d'accueil et de prise en charge de patients « hors crise ».
- Le dispositif ORSAN constitue le cadre national de la préparation et de l'organisation de la réponse du système de santé aux Situations Sanitaires Exceptionnelles qui doit être décliné en région.

Les risques susceptibles d'impacter le système de santé

Les risques susceptibles d'affecter le système de santé et sur lesquels l'ARS a intérêt à agir peuvent être spécifiques ou non spécifiques à la région Bourgogne-Franche-Comté.

Les risques spécifiques à la région :

- Le risque lié à des installations industrielles fixes : 28 sites « SEVESO seuil haut » et 34 sites « SEVESO seuil bas » avec des activités mobilisant des produits pétroliers, des produits chimiques, des produits phytosanitaires, des explosifs, sont implantés sur le territoire régional.
- Le risque nucléaire : la région est sous influence en cas d'accident des Centrales Nucléaires de Production d'Electricité de Dampierre-en-Burly (45), Nogent-sur-Seine (10), de Belleville-sur-Loire (18), de Saint-Vulbas/Bugey (01), Creys-Meypieu (38).
- Le risque de rupture de barrages situés dans les départements du Doubs, Nièvre, Jura, en cas d'évènements météorologiques extrêmes.
- Le risque d'accidents sur les infrastructures de transports autoroutes, voies ferrées, tunnels, fluvial, aérodrome, entraînant de nombreuses victimes ou impliquant des matières dangereuses.
- Le risque de catastrophes naturelles spécifiques au territoire : inondations, coulées de boues, séisme (risque modéré/moyen) pour les 4 départements de l'ex-Franche-Comté.

Ces risques spécifiques sont couverts en majorité par des Plans Particuliers d'Intervention (PPI) ou des dispositions spécifiques ORSEC (ORganisation de la réponse de SEcurité Civile) sous l'égide des préfets de département. La réponse sanitaire et l'organisation des parcours de soins de victimes relèvent du dispositif ORSAN.

Les risques non spécifiques :

- Les grandes manifestations culturelles, sportives ou religieuses.
- Les risques sanitaires liés à des épidémies, agents infectieux, maladies émergentes ou liées à l'évolution du climat (arboviroses).
- Les évènements climatiques ou environnementaux majeurs : tempête, pollution de l'air, vagues de chaleur, grand froid.
- Les risques liés à des ruptures énergétiques.
- Les risques sociétaux : grèves, mouvements de foule.
- Les explosions d'engins de guerre.
- La menace d'attentat, actes malveillants « cyberattaques ».

Un cadre régional d'organisation de la réponse sanitaire : « ORSAN »

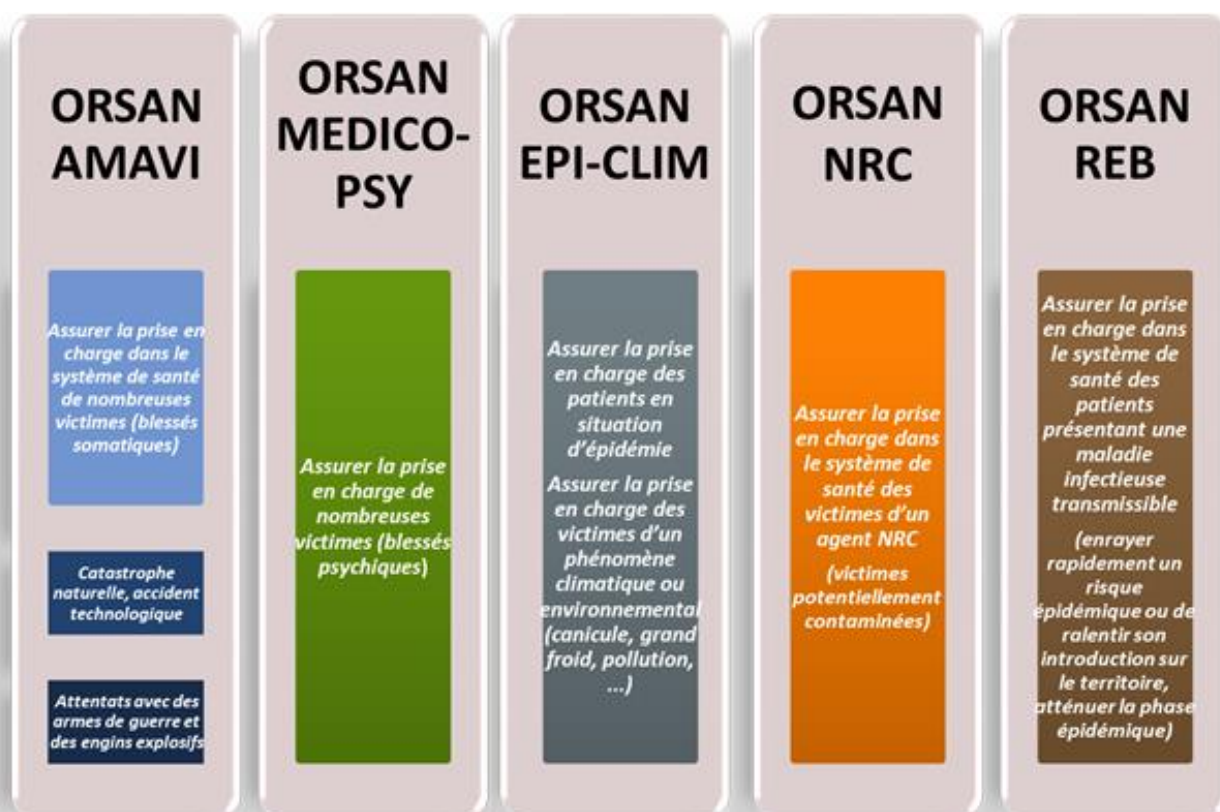
L'ARS est en charge de l'élaboration du dispositif ORSAN qui a pour objectif d'organiser à l'échelle de la région, en tenant compte des spécificités territoriales, la montée en puissance progressive et coordonnée du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.

Ce dispositif organise la mobilisation des structures de soins et des professionnels de santé des secteurs ambulatoire en ville, préhospitalier, hospitalier et médico-social, mais aussi des moyens et matériels nécessaires pour assurer les soins appropriés aux victimes directement concernées, tout en assurant la continuité et la qualité des soins courants des blessés, parturientes et malades non directement impliqués dans l'évènement.

La gestion efficace d'une situation sanitaire exceptionnelle impose dans la majorité des situations une interaction efficace entre ces différents acteurs du système de santé, voire d'autres acteurs concourant au secours et à la sécurité dans le cadre des dispositions ORSEC.

Le dispositif ORSAN constitue le cadre de cette coordination sous l'égide de l'ARS. Il est construit autour de 5 plans opérationnels qui organisent en fonction des conséquences d'une situation sanitaire exceptionnelle et de la typologie des patients (blessés ou malades) les parcours de soins et les filières de prise en charge des patients victimes de l'évènement. Ces plans répondent, de facto, aux enjeux sanitaires des plans de défense et de sécurité des préfets dans le département concerné.

Les plans opérationnels de réponse ORSAN sont complétés par des dispositions spécifiques transversales (DST) pouvant être activées par le Directeur Général de l'ARS, le cas échéant, en complément des plans, pour répondre à un besoin spécifique. Des établissements de santé nationaux sont désignés pour répondre aux risques et menaces Nucléaire Radiologique Biologique Chimique (NRBC) dont le niveau de gravité est très élevé.



(Document extrait du guide ORSAN national)

Ainsi, en fonction des conséquences de la situation exceptionnelle envisagée, la réponse du système de santé repose sur :

- le déclenchement par le Directeur Général de l'ARS du ou des plans opérationnels de réponse ORSAN adaptés, pour organiser la montée en puissance coordonnée du système de santé et renforcer les capacités de prise en charge des patients,
- le déclenchement en conséquence par les directeurs ou responsables des structures de soins, des plans adaptés des opérateurs concernés (établissements de santé ou établissements médico-sociaux) ou des dispositions de mobilisation propres au secteur ambulatoire de ville.

2) OBJECTIFS GENERAUX

Objectif général n° 1 : Organiser à l'échelle régionale la préparation et la réponse opérationnelle aux situations sanitaires exceptionnelles

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- ☞ *1-A- Elaborer les 5 plans opérationnels du dispositif ORSAN pour assurer la prise en charge des patients :*

Ces plans opérationnels avec des spécificités selon le risque couvert :

- précisent dans des « fiches acteurs » les missions et les objectifs opérationnels confiés aux différents acteurs (SAMU-CRRA 15, SMUR, établissements de santé, services et établissements médico-sociaux, professionnels exerçant dans le champ ambulatoire, transporteurs sanitaires) selon le déroulement de l'évènement (phase d'alerte, de gestion et post crise),
- définissent la typologie des patients ou blessés à prendre en charge,
- recensent les capacités, moyens et ressources disponibles pour les prises en charge (bilan capacitaire, vecteurs transports, moyens spécifiques type équipements ou produits médicaux),
- établissent une gradation des établissements de santé en les classifiant selon un cahier des charges national : « établissements de 1ère ligne incluant des établissements « experts » disposant de services hautement spécialisés », « deuxième ligne » ou « autres établissements » selon des critères de plateau technique et d'activité (urgences, réanimation, chirurgie, services spécialisés : neurochirurgie, chirurgie cardiothoracique, traumatologie pédiatrique, brûlés graves),
- établissent le parcours de soins des personnes prises en charge et évaluent les possibilités à augmenter les capacités de prise en charge.

En fonction des ressources sanitaires régionales et des situations susceptibles d'être rencontrées, les plans opérationnels de réponse identifient les points de rupture régionaux et les éléments de renfort susceptibles d'être demandés à l'échelon zonal et/ou national (équipes médicales, stocks de produits de santé, logistique). Les enjeux portent plus spécifiquement sur les filières, premier recours et urgences, traumatologique adulte et pédiatrique, réanimation adultes et enfants, infectiologie, gériatrique et médico-psychologique.

👉 *1-B- Décliner les objectifs opérationnels de prise en charge dans les plans des opérateurs de soins :*

Chaque plan opérationnel de réponse est décliné au niveau des opérateurs de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux, soins de ville, aide médicale urgente). **Il s'agit pour chaque opérateur de tenir compte du rôle et des objectifs de prise en charge de patients qui lui ont été donnés** dans les plans opérationnels de réponse du dispositif ORSAN et d'intégrer dans leur plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles, plan blanc, plan bleu ou contrat des structures d'exercice coordonné (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, Centres de Santé, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) les dispositions permettant leur mise en œuvre opérationnelle.

Le rôle attribué à l'établissement de santé dans les plans opérationnels de réponse ORSAN fait également l'objet d'une mention dans la fiche interface HAS/ARS établie dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé.

EXEMPLES D' ACTIONS :

- 🕒 Identifier les points de rupture.
- 🕒 Définir les actions à mener pour maintenir et développer les capacités nécessaires à la prise en charge des patients (analyse des capacités de l'offre vs effets à obtenir).

Objectif général n° 2 : Mettre en place et animer un réseau régional autour des situations sanitaires exceptionnelles

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

👉 *2-A- Installer les Etablissements de Santé Régionaux de Référence de la région Bourgogne-Franche-Comté :*

- Un décret relatif à la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) précise les objectifs du dispositif ORSAN, définit les missions de référence et précise le rôle et les modalités de désignation des établissements de santé de référence.
- Un arrêté précise les capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic requis pour l'exercice de ces missions en fonction de chacun des risques et menaces ainsi que leurs modalités d'exercice.

Les missions de référence (article R3131-6 du code de la santé publique) exercées par un ou plusieurs établissements de santé désigné(s) consistent à :

- assurer des missions d'expertise, de diagnostic et de prise en charge thérapeutique des patients pour répondre aux risques et menaces nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ainsi qu'aux urgences traumatiques graves et médico-psychologiques (nombreux blessés somatiques et/psychiques),
- fournir un conseil en matière d'organisation de prise en charge des urgences collectives et des situations sanitaires exceptionnelles auprès de l'ARS (élaboration du dispositif ORSAN) et des établissements de santé de la région,

- organiser une activité de formation sur ces missions pour les formateurs et les référents pour les SSE via le CESU et avec l'appui du CESU zonal,
- développer et animer un réseau régional constitué des établissements de santé et professionnels de santé libéraux qui contribuent à la prise en charge des patients dans le cadre des parcours de soins et des filières.

En région Bourgogne-Franche-Comté, les deux Etablissements de Santé Régionaux de Référence désignés sont :

- le CHU de Dijon pour les urgences traumatiques graves et médico-psychologiques et le risque nucléaire et radiologique,
- le CHU de Besançon pour les risques épidémique, biologique et chimique.

EXEMPLES D' ACTIONS :

- ⊙ Constituer une équipe référente sur chaque mission au sein des 2 CHU.
- ⊙ Adapter les structures et moyens en fonction des risques et menaces conformément au cahier des charges de l'arrêté relatif aux missions de référence si besoin.

🔗 2-B- Promouvoir l'intégration opérationnelle des professionnels de santé du secteur ambulatoire et des établissements de santé privé :

- Les retours d'expérience de la pandémie à SARS-Cov-2 a mis en évidence les difficultés d'intégration des professionnels de santé hors établissements publics tant en termes d'information que de mobilisation ;
- L'évolution conventionnelle de l'exercice coordonné a introduit l'inscription d'un volet « réponse aux crises et situations sanitaires exceptionnelles » dans les projets des maisons de santé pluriprofessionnelles et communautés professionnelles territoriales de santé.

Un dispositif innovant de Renfort Sanitaire territorial, à l'initiative de l'URPS médecins, sera expérimenté en Saône-et-Loire, il comprend :

- une formation théorique et pratique, graduée, contextualisée, territorialisée, s'adressant et impliquant l'ensemble des acteurs du territoire ;
- la mise en place d'une application dédiée à la communication et information des professionnels de santé en cas de survenue d'un évènement critique ;
- le recensement des professionnels volontaires selon leur localisation géographique, profession, spécialisation éventuelle, formation SSE afin de permettre un renforcement et une consolidation de la gestion des ressources humaines pour la gestion de crise ;
- l'identification des référents SSE en MSP, CPTS, établissement privé et l'accompagnement de ces derniers.

Cette expérimentation sera entre autres évaluée par la Société Française de Médecine de Catastrophe.

RESULTATS ATTENDUS

- 🔗 Déploiement effectif du Renfort Sanitaire Territorial sur le territoire d'expérimentation
- 🔗 Evaluation du dispositif et élargissement territorial

- ☞ *2-C- Favoriser la connaissance mutuelle des acteurs (rôle, compétences, moyens d'actions) et le travail en commun :*

EXEMPLES D' ACTIONS :

- ⊙ Elaborer un annuaire des référents SSE des établissements de santé puis des établissements médico-sociaux et autres structures.
- ⊙ Organiser une journée régionale des acteurs des trois secteurs.
- ⊙ Organiser une journée annuelle des référents SSE des établissements de santé.

Objectif général n° 3 : Assurer l'opérationnalité et évaluer l'efficacité du dispositif de gestion des SSE en région

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- ☞ *3-A- Définir un plan régional de formation aux SSE pour les acteurs de soins :*

A partir des orientations nationales, des priorités de formation régionales pluriannuelles (thématiques ou géographiques) devront être définies par l'ARS en lien avec le CESU zonal, les établissements de santé de référence, les CESU et les unités médicales de formation. Ce programme prend en compte les besoins des trois secteurs.

EXEMPLES D' ACTIONS :

- ⊙ Organisation de formations au « damage control » préhospitalier et chirurgical.
- ⊙ Formations à l'utilisation des systèmes d'information pour identifier les victimes et suivre leur parcours de prise en charge.
- ⊙ Programme de formations des formateurs chargés de dispenser l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU) spécialisée proposé par les CESU.
- ⊙ Programme de formations pour les référents SSE des établissements de santé organisé par les ESRR.

- ☞ *3-B- Elaborer un programme régional d'exercices et d'entraînements et organiser des retex des évènements fictifs ou réels :*

Les exercices permettent de tester l'efficacité et l'opérationnalité du dispositif ORSAN et doivent s'inscrire dans une politique d'efficience et d'amélioration continue de la réponse aux SSE.

EXEMPLES D' ACTIONS :

- ⊙ Participer aux exercices organisés par les préfetures pour tester l'articulation ORSEC/ORSAN, la zone ou l'échelon national.
- ⊙ Organiser des exercices propres aux acteurs « santé » pour tester certains dispositifs (cellules de crises hospitalières, circuits d'alerte des ESMS, cellule de crise ARS) ou systèmes d'information (SIVIC) ou outils (Postes Sanitaires Mobiles).
- ⊙ Organiser des réunions pour diffuser les retex à l'issue des exercices.

3) PARTENARIATS

- Etablissements de Santé Régionaux de Référence
- SAMU/Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence CESU
- Etablissements de santé et médico-sociaux
- Unions Régionales des Professionnels de Santé
- Préfecture
- Fédérations
- ARS de Zone
- SDIS
- Association de Transports Sanitaires Urgents
- Associations Agréées de Sécurité Civile

4) TRANSVERSALITE

- Ce livret
- Livret Offre de santé



Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

LIVRET 6 – OFFRE DE SANTE

OFFRE DE SANTE

SOMMAIRE

6.1	LE SECTEUR AMBULATOIRE	10
6.1.1	DEVELOPPER ET RENFORCER LES DISPOSITIFS D'EXERCICE COORDONNE.....	10
6.1.4	OPTIMISER LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ET LES SOINS NON PROGRAMMES.....	13
6.4.2	TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS.....	17
6.2	LE SECTEUR HOSPITALIER	21
6.2.1	BIOLOGIE MEDICALE.....	21
6.2.2	HOPITAUX DE PROXIMITE.....	30
6.2.3	PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDES)	36
6.2.4	SOINS PALLIATIFS.....	51
6.3	LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL	55
6.3.1	PERSONNES AGEES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	55
6.3.2	PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES.....	72
6.4	AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE.....	77
6.4.1	EFFICIENCE ET PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE.....	77
6.5	COOPERATIONS ET CONTRACTUALISATIONS.....	80
6.5.1	COOPERATION PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE (CPTS)	80
6.5.2	COOPERATIONS HOSPITALIERES.....	83

L'offre de soins est l'ensemble des ressources humaines, matérielles, logistiques et financières mises à la disposition des populations par l'Etat en vue de satisfaire la demande de santé. Autrement dit, c'est l'ensemble des services de santé auxquels il est possible de faire appel.

Les **soins ambulatoires** sont les soins effectués en cabinets de ville, maisons de santé, centres de santé, lors de consultations externes d'hôpitaux ou privés et les laboratoires. Ils sont dispensés par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les auxiliaires médicaux (infirmiers diplômés d'Etat, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes...) dans le cadre de leur activité libérale.

Les offreurs de soins et de services en santé regroupent :

- Les professions médicales, pharmaceutiques, paramédicales
- Les cabinets de ville, les maisons de santé pluri professionnelles, les centres de santé

La mission de service public de permanence des soins ambulatoire (PDSA) permet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture des cabinets médicaux et des centres de santé. Elle est assurée par des médecins libéraux ou salariés, exerçant dans les cabinets, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé.

Les **soins spécialisés** sont également dispensés dans les établissements de santé sous forme de consultations externes (sans hospitalisation).

Les **laboratoires de biologie médicale** et les **transports sanitaires** sont des services de santé se situant entre l'ambulatoire et l'hospitalier. Ils sont intégrés, ici, à l'offre hospitalière.

Les **soins hospitaliers** se composent des soins généraux (médecine, chirurgie, obstétrique) et/ou plus spécialisés (psychiatrie et santé mentale) en assurant le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients, des blessés et des femmes enceintes. Les établissements hospitaliers, regroupés en plusieurs catégories, publics, privés d'intérêt collectif conventionnés et privés à but lucratifs :

- concourent à la médecine d'urgence¹ avec, répartis dans le territoire, des services d'urgence, des services d'aide médicale urgente (SAMU) pour la régulation et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pour les interventions. *(Cf. Livret activités de soins)*
- délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.
- participent à la coordination des soins en relation avec les professionnels de santé exerçant en ville et les établissements et services médico-sociaux.
- participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
- mènent une réflexion éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale
- développent des alternatives à l'hospitalisation qui ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée

La permanence des soins en établissement de santé (PDES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des urgences la nuit, le week-end et les jours fériés. La PDES est à différencier de la continuité des soins, qui est l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge, sur les mêmes

¹ Cf. Livret activités de soins – médecine d'urgence

périodes, des patients déjà hospitalisés ou au cours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci, ou déjà intégrés dans une filière de soins.

Le **secteur médico-social** est étroitement lié aux dispositifs de l'aide sociale, en tant que droit à des besoins souvent vitaux, et de l'action sociale. Il implique de nombreux acteurs : Etat, agence régionale de santé, assurance maladie, collectivités locales. L'ensemble des établissements et services, relevant de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, est soumis à une réglementation spécifique en termes d'ouverture, de transformation, d'extension, d'habilitations financières, de contrôle, de coopération et d'évaluation.

Aussi, le secteur médico-social recouvre :

- ⇒ Les établissements et services relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE)
- ⇒ Les établissements et services d'enseignement spécialisé pour mineurs ou jeunes en situation de handicap ou présentant des difficultés spécifiques
- ⇒ Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- ⇒ Les établissements et services intervenant dans le domaine de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
- ⇒ Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
- ⇒ Les établissements et services pour personnes âgées
- ⇒ Les établissements et services pour personnes adultes en situation de handicap
- ⇒ Les établissements et services pour les personnes en difficulté
- ⇒ Les établissements et services pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques
- ⇒ Les foyers de jeunes travailleurs

Dans le cadre du schéma régional de santé, l'**accompagnement médico-social** est constitué des structures, d'hébergement ou de service, pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les personnes avec des difficultés spécifiques, notamment pour la prise en charge des addictions.

L'accompagnement des personnes avec des difficultés spécifiques liées à une situation de précarité est intégré au programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS). Au-delà de l'offre, l'accompagnement médico-social suppose une ouverture sur des enjeux tels que la scolarisation, les transports, l'insertion professionnelle et l'emploi, l'environnement de la personne accompagné et le logement. (*Cf. Livret parcours de santé*)

Des formes de coopération sont mises en place sur la base d'un projet partagé. Il s'agit des groupements hospitaliers de territoire (GHT), obligatoire depuis 2016 entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé. D'autre part, et plus récemment, les communautés professionnelles territoriales de santé sont constituées de l'ensemble des acteurs de santé qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'il ont identifiées : professionnels de santé, acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...). Le projet de santé est un prérequis de la contractualisation.

A noter que les activités de soins des établissements de santé soumises à autorisation administrative font l'objet d'un livret spécifique (*cf. livret activités de soins*).

CONTEXTE – LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Evolutions constatées sur les dernières années – professions médicales

Au 1^{er} janvier 2021, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) dénombre, au niveau national, une quasi-stabilité du nombre de médecins en exercice depuis 2018 (tout exercice confondu).

Ils étaient 198 547 **médecins** en 2018, et sont désormais 199 899 médecins en activité en France métropolitaine soit une progression de 0,7 %. Le nombre de médecins généralistes diminue (-1805) lorsque celui des spécialistes augmente (+3157).

La région Bourgogne-Franche-Comté représente 4 % de ces effectifs totaux (soit 7930 médecins) ; 3483 sont médecins généralistes et 4447 sont médecins spécialistes.

Dans le détail, la tendance reste la même : le nombre de médecins généralistes exerçant en région BFC en janvier 2021 a diminué (-92), alors que le nombre de spécialistes a, lui, augmenté (+185).

A noter que la densité nationale des médecins généralistes pour 100 000 habitants est de 86,5 France métropolitaine, contre 82,8 en région, avec des disparités territoriales encore très marquées. La densité des médecins généralistes est de 101 en Côte-d'Or et 96 dans le Doubs, quand d'autres départements en sont très éloignés comme l'Yonne (66), la Nièvre (70) et la Saône-et-Loire (72), et, par là même, creusent leur écart par rapport à 2018.

Chez les **spécialistes** tous modes d'exercice et toutes spécialités confondus, la densité nationale est de 159,3 pour 100 000 habitants en région contre 179,5 France métropolitaine ; quatre départements sont particulièrement touchés avec des densités très inférieures aux densités régionales, pour la majorité des spécialités : la Haute-Saône (100,2), la Nièvre (108,4), le Jura (114,4) et l'Yonne (121,4). La question de leur répartition inégale dans le territoire et de la faible attractivité de certains d'entre eux reste donc toujours d'actualité.

Un focus de la densité par spécialité met en évidence un déficit régional par rapport à l'échelle nationale, hormis en gériatrie. Ce déficit est particulièrement marqué pour 3 spécialités : l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie et la psychiatrie.

Si on s'intéresse de plus près au secteur public hospitalier, on peut noter que la démographie médicale lui est particulièrement défavorable. Les établissements de santé rencontrent des difficultés pour attirer et recruter de jeunes praticiens et les outils réglementaires déployés ces dernières années en vue de les accompagner s'avèrent insuffisants. De plus en plus de spécialités sont en tension en région Bourgogne-Franche-Comté, au premier rang desquelles la médecine d'urgence, la médecine générale, la psychiatrie, l'anesthésie-réanimation ou encore la gériatrie, dont les effectifs de postes de praticiens hospitaliers (PH) vacants sont les plus conséquents.

Au lancement du précédent schéma régional en santé, la région comptait près de 30 % de postes temps plein de praticien hospitalier statutairement vacants², toutes spécialités confondues. Depuis, ce chiffre s'est aggravé, avec un taux de vacance statutaire de 37,4 % en 2021, plaçant la région en onzième position sur treize. La moyenne en France métropolitaine s'établit quant à elle à 31,2 %³.

² Source Sigmed, premier tour de publication des postes en 2017

³ Source étude statistique du centre national de gestion sur les praticiens hospitaliers statutaires au 1^{er} janvier 2021

Pour autant, le volume des personnels médicaux salariés n'a pas faibli ces dernières années. Au plan national, on observe une progression de 0,39 % de ces personnels dans le secteur public, entre 2018 et 2021. L'augmentation des effectifs est plus significative en région (+8 %), liée à une évolution positive du nombre de médecins et surtout d'internes⁴. Ces évolutions sont nécessairement multifactorielles. Cependant, le rôle des internes en médecine, qui réalisent une majorité de leurs stages en secteur hospitalier, et des praticiens à diplôme étranger, contribuent à les expliquer.

En effet, à l'échelle de la région, on dénombre un peu moins de 2000 internes en médecine et en pharmacie ; leur nombre a largement augmenté en quelques années (environ 1440 en 2016/2017). Cette augmentation peut s'expliquer : d'une part, par l'augmentation du *numerus clausus* pour les années concernées et d'autre part, par la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, en 2017, qui a introduit une année de formation supplémentaire pour tous les diplômes d'études spécialisées (D.E.S) de chirurgie et certains de médecine. Les maquettes des D.E.S ont également été modifiées et découpées en 3 phases de formation (*hormis pour la médecine générale qui n'en comprend que 2*). La 3^{ème} phase dite de consolidation permet aux internes, appelés Docteurs junior, d'acquérir une plus grande autonomie dans leur activité, et donc plus de responsabilités. Ils peuvent, s'ils le souhaitent, prendre des gardes de médecins séniors.

S'agissant des **praticiens avec un diplôme étranger**, en particulier ceux dont le doctorat de médecine a été obtenu hors de l'union européenne, ils apportent grandement leur concours dans le bon fonctionnement des services hospitaliers et dans la continuité des soins. La Loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a introduit une réforme de la procédure d'autorisation d'exercice de ces praticiens, destinée à leur faciliter l'accès au plein exercice de la médecine en France :

- d'une part, en régularisant la situation dans laquelle se trouvait un grand nombre de ces praticiens, exerçant depuis plusieurs années en France, disposant d'une grande expérience et d'un bon niveau d'autonomie ;
- d'autre part, en maintenant une procédure d'autorisation pour valider leur niveau de compétences et de connaissances, *via* les épreuves annuelles de vérification des connaissances. A l'issue de ces épreuves, un parcours de consolidation des compétences est systématisé pour conforter leur pratique professionnelle.

Un nouveau statut de praticien associé, créé en mars 2021, vient sécuriser leur exercice professionnel⁵. L'ARS accompagne, quant à elle, les établissements de santé employeurs et les praticiens eux-mêmes dans leur démarche d'autorisation d'exercice.

En avril 2023, la région compte 928 **officines de pharmacie** ouvertes au public, se répartissant comme suit, avec une densité pour 100 000 habitants relativement homogène autour de la moyenne régionale. La bonne répartition des officines dans le territoire est assurée par les règles de maillage officinal définies dans le code de la santé publique permettant actuellement de disposer d'une officine dans une commune d'au moins 2500 habitants et d'une pharmacie supplémentaire par tranche de 4500 habitants s'y ajoutant. A noter que plus de 90 % d'entre elles déclarent pratiquer une activité de vaccination.

⁴ Sources STATISS BFC

⁵ Décret n° 2021-365 du 29 mars 2021 portant création du statut des praticiens associés

Département	Nombre d'officines	Nombre d'habitants par pharmacie	Densité pour 100 000 habitants
21 - Côte-d'Or	164	3 251	30,8
25 - Doubs	179	3 025	33,1
39 - Jura	90	2 886	34,6
58 - Nièvre	80	2 573	38,9
70 - Haute-Saône	82	2 878	34,7
71 - Saône-et-Loire	186	2 969	33,7
89 - Yonne	99	3 409	29,3
90 - Territoire de Belfort	48	2 955	33,8
Région BFC	928	3 026	33,1

Malgré cette règle de maillage homogène au niveau national, nous observons, depuis 2017, une accélération très sensible des fermetures d'officines dans la région, à raison de plus d'une dizaine par an. Si ce phénomène de concentration du réseau officinal pouvait être considéré comme salutaire en rationalisant le circuit de distribution dans des centre villes manifestement surdotés, il entraîne désormais, de façon plus récente, la fermeture de la seule pharmacie de village, faute de reprenneur au départ en retraite du pharmacien titulaire. Cette situation nouvelle met à mal une population pour partie peu mobile, en l'éloignant alors de son point de santé le plus accessible, ce qui est une source d'inquiétude pour la population, ses élus et l'ARS.

En ce qui concerne **les chirurgiens-dentistes** libéraux ou mixtes, soit environ 90 % de la profession, ont une densité régionale (43,5) inférieure à la densité nationale (54,6). La région se heurte toujours à la difficulté d'attractivité des jeunes chirurgiens-dentistes. Pour autant, ce constat devrait s'améliorer dans les prochaines années eu égard à la création d'une filière de formation en odontologie en région et du maillage par des lieux de stages dans l'ensemble du territoire. Cette nouvelle filière devrait favoriser l'installation de chirurgiens-dentistes à l'issue de leur formation.

Evolutions constatées sur les dernières années – autres professions de santé

Quelle que soit la discipline, la région présente systématiquement des densités inférieures aux densités nationales.

Sur la même période d'observation, à savoir 2018-2021 :

Les **sages-femmes** sont au nombre de 950 en région Bourgogne-Franche-Comté : parmi celles-ci, 567 exercent en établissements de santé publics et 54 en établissements privés. Le salariat demeure donc le principal mode d'exercice (65%), ce qui est conforme à la moyenne nationale.

Les effectifs en personnels soignants (sages-femmes, personnel d'encadrement des soignants, infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier, personnel de rééducation, psychologues) exerçant en établissements de soins publics et privés restent à peu près stables sur la période d'observation en représentant environ 5 % des effectifs de la France métropolitaine.

Avec 32 405 professionnels en exercice dans la région, les **infirmiers** représentent la première profession en termes d'effectifs et en augmentation de 7,8 %. Près de 14 % d'entre eux exercent en secteur libéral ou mixte, leur densité régionale de 161,5 pour 100 000 habitants, restant largement en-deça de la densité nationale, qui est de 195,3. Les disparités départementales sont également importantes : 143 dans le Doubs, contre 200 en Saône-et-Loire.

Les **aides-soignants**, très nombreux en région et deuxième profession en terme d'effectifs, connaissent des effectifs en décline de 2 % (9420 ETP moyens annuels rémunérés au 1^{er} janvier 2021) dans les établissements sanitaires publics et privés de la région.

Dans le champ sanitaire, le domaine de la rééducation couvre 7 métiers très différents : masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et diététicien.

Au 1^{er} janvier 2021, 5900 professionnels de la rééducation (*données sur les diététiciens non disponibles*) étaient en activité au niveau régional. Les **masseurs-kinésithérapeutes** sont les plus nombreux et représentent plus de la moitié de ces professionnels (3239). On dénombre également 800 **orthophonistes** (+6,5 %), 510 **pédicures-podologues** (+5,6 %), 501 **psychomotriciens** (+24 %) et 540 **ergothérapeutes** (+10,4%). Les **orthoptistes** sont les moins nombreux (134), mais leurs effectifs ont bien augmenté (+18,6%). Depuis la fin des années 1990, les effectifs de ces professionnels sont en constante augmentation ce qui correspond aux tendances observées au niveau national.

Cette progression est, en grande partie, une conséquence de la hausse continue du nombre d'étudiants formés, des écoles ouvertes en France.

Néanmoins, au niveau régional, la hausse des effectifs reste insuffisante pour répondre à la demande en soins émanant aussi bien du secteur libéral, qu'hospitalier ou encore médico-social. Les densités constatées sont encore bien en-dessous des moyennes nationales, et notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes (94,8 contre 112,2 pour 100 000 habitants) ou pour les orthophonistes libéraux ou mixtes (21,1 contre 33 pour 100 000 habitants). Ces professions restent, par ailleurs, majoritairement exercées en libérales.

Les **manipulateurs en électroradiologie médicale** affichent un effectif de 1460 professionnels, en progression de 10% depuis 2018. Cette évolution apparaît plus marquée dans la région qu'au niveau national (+8,6%).

En dépit d'évolutions très disparates selon les professions, force est de constater, de façon plus globale, une sous-représentation régionale de nos professionnels de santé. L'actuelle fragile attractivité ne permet pas d'inverser la tendance et ceci malgré l'ensemble des actions réglementaires ou des initiatives déployées, en région.

Globalement, la situation de la démographie des professionnels de santé s'est maintenue durant ces 5 dernières années. On observe toutefois une accentuation des disparités et inégalités entre les territoires : une stabilité dans certains territoires, une accentuation dans d'autres comme l'Yonne, la Nièvre, la Saône-et-Loire et le nord Franche-Comté.

Cadre national : Stratégie Nationale de Santé, Plan d'Egal Accès aux Soins, Ma Santé 2022

Cadre régional : Projet régional de santé et déclinaison des plans nationaux, feuille de route régionale attractivité des métiers de la santé.

En Bourgogne-Franche-Comté, de nombreuses initiatives illustrent très concrètement le plan national « Ma santé 2022 », engagement collectif pour répondre aux difficultés d'accès aux soins dans les territoires. Ces transformations témoignent notamment de nouvelles synergies entre les professionnels de ville, du médico-social et de l'hôpital. Les équipes de l'Agence Régionale de Santé sont pleinement mobilisées pour soutenir et accompagner ces acteurs. Temps médical, exercice coordonné, hôpitaux de proximité, télémédecine... lorsque les efforts se conjuguent, le succès est au rendez-vous. Seul compte l'intérêt des patients. C'est pour eux que cette stratégie ambitieuse a été construite. Elle s'appuie sur une « science du terrain » que les acteurs ont en partage et qui inspire d'ores et déjà des solutions innovantes et efficaces.

Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalités de répartition géographique de l'offre de soins notamment en médecine de ville, l'implantation pérenne des professionnels de santé constitue un enjeu majeur de la régulation de la démographie médicale. C'est également le cas pour le secteur hospitalier qui souffre des effets décalés dans le temps du *numerus clausus* et d'un déficit chronique d'attractivité.

Au-delà des organisations d'exercice coordonné évoqués supra, d'autres modes d'exercice ont émergé ces dernières années. Le développement de la télémédecine, des protocoles de coopération ou la perspective des pratiques avancées sont autant de dispositifs innovants qui cherchent à garantir une présence médicale dans les territoires et ainsi un accès de tous à des soins de qualité.

6.1 LE SECTEUR AMBULATOIRE

6.1.1 DEVELOPPER ET RENFORCER LES DISPOSITIFS D'EXERCICE COORDONNE

6.1.1.1 LES DISPOSITIFS D'EXERCICE COORDONNE

Centre de santé, maison de santé pluri-professionnelle, équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé : quelles que soient les modalités, l'exercice coordonné rend les nouvelles installations plus attractives (échanges de bonnes pratiques, approche collégiale des cas complexes, mutualisation des coûts) et facilite la coordination au service d'un parcours plus fluide pour le patient. L'ARS s'appuie sur son réseau d'animation territoriale, pour susciter et encourager les projets portés par les professionnels et soutenus par les élus, les institutions et les acteurs locaux.

Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins en médecine de ville, l'exercice coordonné est un moyen de maintenir une offre de santé dans les territoires. Cette coordination vise non seulement la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques mais aussi des populations complexes dont les besoins de santé ne peuvent se résumer au seul domaine médical et exigent une pluridisciplinarité des soins.

On distingue trois types de coordination :

La coordination clinique de proximité⁶ constituée à travers les équipes de soins primaires (Maisons de santé pluri-professionnelle, Centres de santé et les autres formes d'équipes de soins primaires fédérées autour d'un médecin généraliste) autour d'une patientèle et permet une meilleure coordination du chemin clinique.

La coordination des professionnels autour d'une population pour améliorer la prise en charge des patients et participer à la structuration des parcours de santé : la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

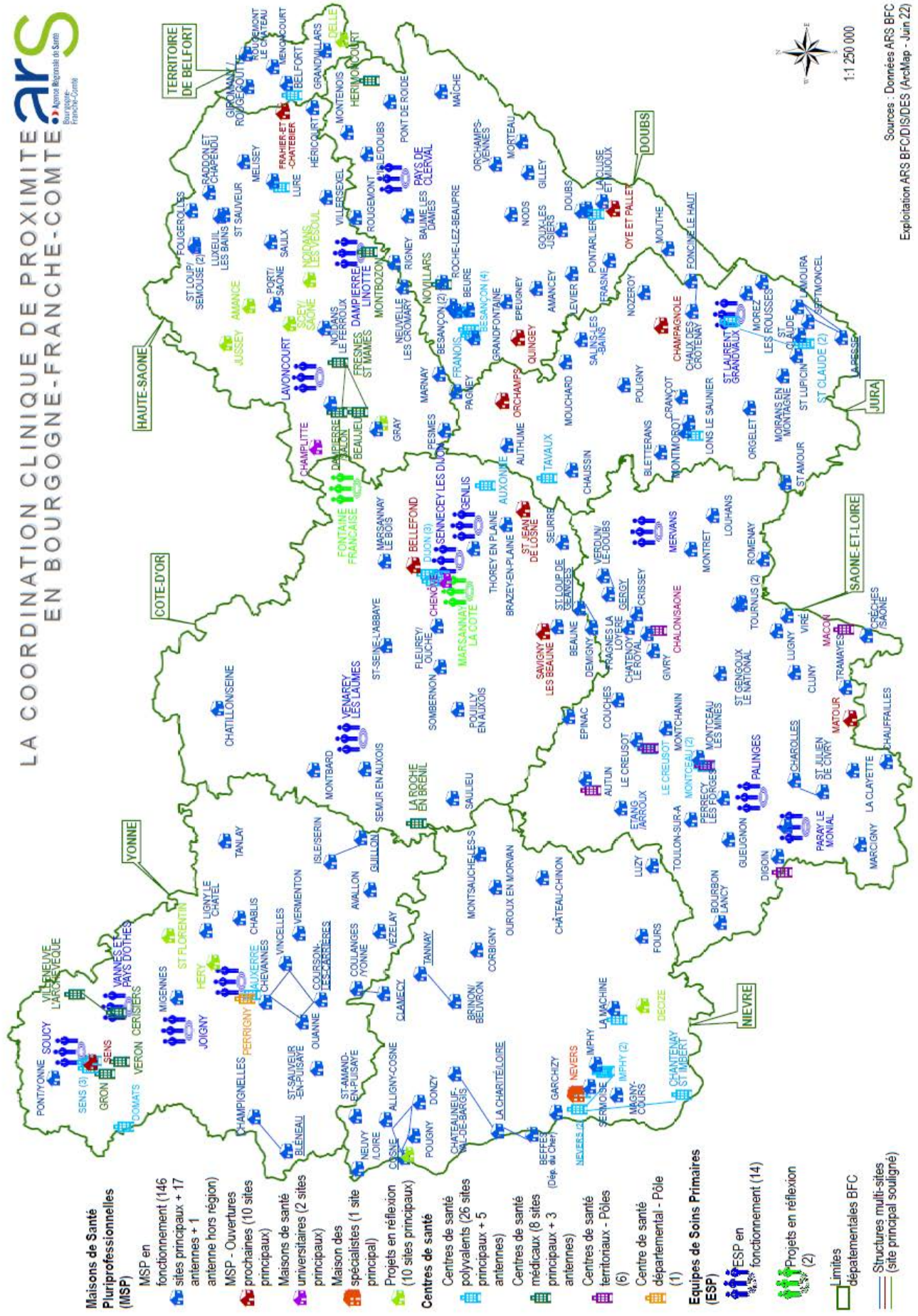
La coordination d'appui polyvalente à travers les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) constituées de groupements de professionnels de santé et de réseaux de santé de proximité (monothématiques et polyvalents) qui permet un appui aux professionnels de santé dans la prise en charge globale et à l'organisation des parcours complexes. *(Cf. livret Parcours)*

Ces modes d'exercice coordonné ont pour but :

- d'intégrer le patient dans un parcours ;
- de rompre l'isolement des professionnels de santé et de limiter le poids de leurs contraintes professionnelles (gardes, congés, cohérence du parcours de soins...) ;
- d'améliorer la continuité et l'efficacité des soins par une prise en charge coordonnée des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé.

⁶ Cf. cartographie page suivante

LA COORDINATION CLINIQUE DE PROXIMITE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



- Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)**
 - MSP en fonctionnement (146)
 - sites principaux + 17
 - antennes + 1
 - antenne hors région
- MSP - Ouvertures prochaines (10 sites principaux)**
- Maisons de santé universitaires (2 sites principaux)**
- Maison des spécialistes (1 site principal)**
- Projets en réflexion (10 sites principaux)**
- Centres de santé**
 - polyvalents (26 sites principaux + 5 antennes)
 - Centres de santé médicaux (8 sites principaux + 3 antennes) (Dép. du Cher)
 - Centres de santé territoriaux - Pôles (6)
 - Centre de santé départemental - Pôle (1)
- Equipes de Soins Primaires (ESP)**
 - ESP en fonctionnement (14)
 - Projets en réflexion (2)
- limites départementales BFC**
- Structures multi-sites (site principal souligné)**



1:1 250 000

Sources : Données ARS BFC
Exploitation ARS BFC/ISISIDES (AcMap - Juin 22)

6.1.1.2 OBJECTIFS

Objectif 1 : Maintenir et développer les équipes de soins primaires (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires)

- 1- Garantir l'implantation et la viabilité des projets d'exercice coordonné au regard des besoins des territoires
- 2- Augmenter le nombre d'équipes de soins primaires dans la région

Objectif 2 : Consolider les organisations existantes

- 1- Mener une étude et une expertise des projets de santé du territoire
- 2- S'appuyer sur la fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné (FEMASCO)
- 3- Promouvoir les nouveaux modes d'exercice (cf. Livret Attractivité) : infirmier de pratique avancée et assistants médicaux

Objectif 3 : Accompagner les équipes de soins primaires vers une démarche qualité

- 1- Favoriser une meilleure qualité de l'exercice coordonné dans les structures dédiées par la promotion et le développement du rôle de coordinateur
- 2- Fluidifier le parcours de soins coordonné de la patientèle

Exemples d'actions :

- ⊙ Programme PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe

6.1.1.3 PARTENARIATS

- Assurance maladie
- Unions régionales des professionnelles de santé
- Communautés territoriales professionnelles de santé

6.1.2 OPTIMISER LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ET LES SOINS NON PROGRAMMES

6.1.2.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les soins non programmés sont entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences (*Cf. livret activités de soins – médecine d'urgence*)

Le projet régional de santé doit organiser l'accès aux soins urgents et non programmés pour tous sur l'ensemble du territoire régional. Pour atteindre cet objectif, l'organisation de la prise en charge doit être effective, 24h/24 toute l'année, coordonnée et articulée avec la réponse pré et post hospitalière, ainsi qu'avec la médecine de ville. Se distinguent les soins non programmés sur les horaires de soins dispensés entre 8h et 20h en semaine et le samedi matin, et ceux en période de permanence de soins ambulatoires pour la réalisation de soins par des médecins libéraux de premier recours de garde en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets (le soir, la nuit et le week-end).

Autrement dit, la **permanence des soins** est un dispositif de prise en charge, des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés).

Le dispositif de permanence des soins⁷ est organisé par l'ARS avec l'aide des CODAMUPS-TS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires). Un cahier des charges régional de la permanence des soins, arrêté par le directeur général de l'ARS, porte les principes d'organisation et de rémunération de cette permanence en région.

Le territoire est divisé en secteurs de permanence des soins, pour chacun desquels est élaboré un tableau nominatif de garde médicale. La régulation libérale des appels de permanence des soins est le plus souvent intégrée au centre de réception et de régulation des appels du SAMU-Centre 15. Elle peut également être autonome, mais reste alors interconnectée avec le SAMU-Centre 15 de façon à pouvoir transférer les appels.

Différentes initiatives de structuration de la prise en charge des soins non programmés ont été prises, encouragées par les pouvoirs publics, notamment :

- Les maisons de santé pluri-professionnelles adhérentes à l'accord cadre interprofessionnel proposé par l'assurance maladie qui prévoit la subordination d'une partie de la rémunération forfaitaire de ces structures à la fixation de plages horaires dédiées aux soins non programmés.
- Les plages d'accueil des soins non programmés des centres de santé
- Les structures libérales dédiées à l'accueil de soins non programmés
- Les centres de soins non programmés dans les établissements de santé
- SOS Médecins

⁷ Décret n°2020-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins

L'organisation des soins non programmés dans le territoire a une influence directe sur les transports sanitaires et l'activité des services de médecine d'urgence. La présente fiche couvre le champ de l'offre de soins, ambulatoire et hospitalière, hors activité de médecine d'urgence qui répond au cadre réglementaire des autorisations administratives, traitée dans le livret activités de soins.

Le réseau des urgences

Le GCS Réseau des Urgences de Bourgogne-Franche-Comté a été créé le 1er mai 2019. Il est notamment régi par l'article L.6133 du Code de la Santé Publique.

Le Réseau des Urgences est constitué des établissements de santé de la Région BFC autorisés à exercer l'activité de soins de médecine d'urgence et a pour missions :

- L'organisation des ressources de proximité et la fluidité des parcours, notamment en définissant un cadre commun et partagé de bonnes pratiques de prise en charge et d'orientation ;
- L'organisation en filières au niveau régional des recours aux plateaux techniques spécialisés dans le cadre de la gradation des soins par chacun des établissements ;
- L'organisation d'un système d'observation et d'évaluation de la prise en charge des urgences (flux de patients, volume, orientation...) ;
- La supervision de la transmission par chaque établissement membre fondateur d'un Répertoire Opérationnel de ses Ressources disponibles et mobilisables ;
- La coordination des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) de la région ;
- La coordination des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgences (CESU) de la région.

Les centres de soins non programmés

Il existe trois **Centres de Soins Non Programmés (CSNP)** en activité, gérés par des médecins urgentistes et rattachés à des services d'urgence de centres hospitaliers ayant une autorisation d'activité d'urgence. Ils peuvent accueillir des consultations non programmées et sont capables de prendre en charge des urgences polyvalentes de faible gravité (CCMU 1 ou 2), essentiellement de la traumatologie et de la médecine générale.

- Le **CSNP de Lure** est rattaché au service des urgences de Vesoul (GH70) et fonctionne de 08h à 00h (avec un SMUR H24). Le CSNP de Luxeuil ainsi que son SMUR ne sont plus en activité depuis mars 2020.
- Les **CSNP de Champagnole et de Morez** sont rattachés au service des urgences de Lons-le-Saunier. Le CSNP de Champagnole a une activité d'urgences de 08h à 20h alors que le CSNP de Morez est actif H24 (SMUR y compris).

6.1.2.2 OBJECTIFS

Objectif 1 : Optimiser l'accès aux soins en période de permanence des soins ambulatoires en tenant compte de l'offre et des ressources médicales

- 1- Développer et accroître les réponses adaptées en médecine ambulatoire aux demandes de soins non programmés et avoir le bon niveau de recours aux urgences
- 2- Renforcer les réponses aux soins non programmés en s'appuyant sur l'ensemble des intervenants, en améliorant la continuité des soins en médecine de ville, notamment au sein des maisons de santé, et en la reliant efficacement aux urgences

Exemples d'actions :

- ⊙ Mise en place d'équipes territoriales et/ou de médecine de spécialité apportant une offre de soins non programmés
- ⊙ Organisation de l'accès direct aux structures assurant les soins non programmés et aux transports, *via* les CRRA 15 et le service d'accès aux soins
- ⊙ Révision du cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires
- ⊙ Appui au montage de maisons médicales de garde afin de permettre une meilleure orientation des patients vers des consultations non programmées
- ⊙ Optimisation du découpage des secteurs de permanence des soins ambulatoires

Objectif 2 : Généraliser le dispositif Service d'Accès aux Soins

- 1- Déployer et renforcer le SAS dans chaque territoire porteur d'un CRRA sur les volets régulation et effecton
- 2- Soutenir son ancrage territorial par le biais des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Exemples d'actions :

- ⊙ Déploiement des SAS de l'Yonne et de Nord Franche-Comté d'ici fin 2023
- ⊙ Accompagnement des effecteurs de chaque territoire à l'utilisation de la plateforme

Objectif 3 : Promouvoir de nouvelles organisations pour assurer une offre de soins urgents et non programmés sur l'ensemble de la région

- 1- Mailler le territoire avec l'ensemble des dispositifs existants pour favoriser le maintien à des soins urgents et non programmés, infirmier en pratique avancée notamment
- 2- Soutenir les projets d'innovation organisationnelle tel que le forfait de réorientation des urgences par exemple

Exemples d'actions :

- ⊙ Déploiement de dispositifs comme les médecins correspondants SAMU pour faciliter la réponse aux soins non programmés
- ⊙ Accompagner les professionnels de santé dans les nouvelles organisations

Résultats attendus :

- Accès pour tout patient à des soins urgents et non programmés sur l'ensemble du territoire régional

Objectif 4 : Développer les régulations déportées au sein des établissements de santé et déployer les régulations spécialisées

Cf. Livret activités de soins – Médecine d'urgence

Exemples d'actions :

- ⊙ Installation de postes de régulation de médecine générale dans les établissements de santé hors CRRA afin de renforcer le pool de médecins régulateurs libéraux
- ⊙ Accompagnement au déploiement de filières spécialisées : expérimentation de la régulation dentaire au sein des CRRA 21-58 et 71

Résultats attendus :

- Optimisation de l'articulation des soins urgents et des soins non programmés aux niveaux territorial et régional

6.1.2.3 PARTENARIATS

- Le réseau des urgences: RUBFC
- Les établissements hospitaliers (SU/SAMU/SMUR/FMIH/GHT/CHT)
- Les conseils départementaux d'ordre médical (CDOM)
- Les unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS)
- Les associations de médecine libérale participant à l'AMU (ex SOS, associations de régulation libérale)
- Les fédérations hospitalières : fédération hospitalière de France (FHF), fédération hospitalière privée (FHP), fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)
- Les associations de transporteurs sanitaires urgents (ATSU)
- Les préfetures
- Les représentants des usagers
- Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN)

6.1.2.4 Transversalité

- Livret Activités de soins : Médecine d'urgence
- Livret Qualité, sécurité et pertinence des soins
- Livret Offre de santé, partie Offre hospitalière

6.1.3 TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS

6.1.3.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Selon le code de santé publique, constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

Dans chaque département, la mise en service par les personnes mentionnées à [l'article L. 6312-2](#) de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres, hors véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente, est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

Afin d'apporter une réponse aux demandes de transport sanitaire urgent du service d'aide médicale urgente⁸, une garde des transports sanitaires est assurée dans chaque territoire départemental ou interdépartemental au sein de la même région, à tout moment de la journée ou de la nuit. Le territoire départemental fait l'objet d'une division en secteurs de garde en fonction notamment du nombre d'habitants, des contraintes géographiques et de la localisation des établissements de santé. Un secteur de garde peut être délimité sur plusieurs départements au sein d'une même région. La durée de la garde peut être adaptée selon les secteurs de garde en fonction du niveau d'activité attendu.

L'articulation entre service d'aide médicale urgente et transporteur doit se rendre plus efficace grâce à la mise en place de coordonnateur ambulancier au sein des centres 15 de Bourgogne-Franche-Comté, rendue efficace depuis la parution de la nouvelle réforme de la garde ambulancière avec le décret n°2022-631 du 22 avril 2022 fixant les conditions d'intervention des ambulanciers privés à la demande du service médical d'urgence pour réaliser les transports sanitaires urgents et de l'instruction interministérielle du 13 mai 2022 décrivant les modalités opérationnelles de sollicitation des entreprises pour les transports sanitaires urgents. Selon le décret du 22 avril 2022, le service d'aide médicale urgente peut solliciter les entreprises titulaires de l'agrément de transport sanitaire pour toute demande de transport sanitaire urgent, nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient. L'entreprise qui répond à cette sollicitation, notamment dans le cadre de sa garde :

- Fait intervenir un équipage auprès du patient dans le respect du délai fixé par le service d'aide médicale urgente ;
- Réalise un bilan clinique du patient qu'elle communique immédiatement au service d'aide médicale urgente ;
- Le cas échéant, effectue les premiers soins relevant de l'urgence adaptés à l'état du patient, dans la limite des compétences de l'équipage et sur prescription du médecin régulateur du service d'aide médicale urgente ;
- Achemine le patient, le cas échéant, vers le lieu de soins déterminé par le service d'aide médicale urgente et figurant sur la liste arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- Informe le service d'aide médicale urgente de toute modification de l'état du patient pendant la durée de la mission ;
- Transmet des informations administratives et cliniques relatives au patient à son arrivée au lieu de soins ;

⁸ Cf. Livret Activités de soins – médecine d'urgence

- Le cas échéant, participe à la réalisation d'actes de télémedecine, dans le cadre de ses compétences et sous la surveillance du médecin régulateur.

Les cahiers des charges des gardes ambulancières de chaque département sont publiés aux recueils des actes administratifs. Chaque cahier des charges est arrêté par le directeur général de l'ARS, après avis du sous-comité des transports sanitaires du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS).

L'instruction ministérielle du 19 avril 2023 vient compléter celle du 13 mai 2022 en précisant deux dispositifs : l'organisation tripartite des acteurs locaux et les modalités de versement de l'indemnité de substitution.

6.1.3.2 OBJECTIFS

(cf également la fiche Médecine d'urgence – Livret Activités de soins)

Objectif 1 : Optimiser le recours aux transporteurs sanitaires urgents dans le cadre de l'aide médicale urgente

- 1- Harmoniser les pratiques des quatre CRRA 15 autour d'un diagnostic commun de leur activité et d'une doctrine régionale d'engagement des moyens
- 2- Assurer le suivi de la mise en place de la réforme des transports sanitaires urgents

Exemples d'actions :

- ⊙ Fédération des CRRA 15 autour d'un diagnostic commun de leur activité et d'une doctrine régionale d'engagement des moyens
- ⊙ Mise en place de coordonnateurs ambulanciers pour référencer les appels et missions à caractère urgent
- ⊙ Veiller à la conformité des cahiers des charges départementaux concernant la mise en place de la nouvelle garde ambulancière
- ⊙ Réaliser des réunions biennuelles d'évaluation de la réforme

Résultats attendus :

- Respect des référentiels et recommandations en cours
- Conformité avec les instructions nationales de référence

Objectif 2 : Faciliter l'orientation des patients ne relevant pas de l'urgence vers des structures de soins non programmés

- 1- Développer les coopérations territoriales au sein des zones de planification sanitaire
- 2- Optimiser et faciliter l'orientation des patients vers les structures adaptées à leur besoin de soins non programmés

Exemples d'actions :

- ⊙ Mettre en place un maillage des cabinets médicaux pouvant réceptionner en première intention des patients sans passage aux urgences en s'appuyant sur les ambulanciers et le service d'accès aux soins (SAS)

Résultats attendus :

- Amélioration de la réponse territoriale de l'offre de transports aux soins urgents et non programmés
- Désengorgement des services des urgences par la mobilisation des transports sanitaires vers les médecins de ville

- Diminution des délais de prise en charge médicale par une meilleure répartition des patients entre les structures de soins, adaptée à leur besoin de soins urgents ou non programmés

Objectif 3 : Faciliter l'accessibilité des patients en situation d'obésité aux structures de soins, notamment les services d'urgence

- 1- Améliorer l'accès aux soins et la qualité du parcours de soins des usagers en situation d'obésité

Exemples d'actions :

- ⊙ Promouvoir des transports adaptés aux personnes en situation d'obésité et dans les meilleures conditions, en situation d'urgence ou non

Résultats attendus :

- Améliorer l'adéquation entre l'offre de transports et le besoin spécifique de soins des usagers
- Eviter le renoncement aux soins des personnes en situation d'obésité qui serait consécutif au manque de solutions de transports adaptées.

Objectif 4 : Soutenir la coopération entre les différents acteurs de l'aide médicale urgente (SAMU centre 15 – ATSU – SIS)

- 1- Soutenir la coordination et garantir la bonne articulation entre tous les acteurs intervenant dans le secours à la personne et généraliser les bonnes pratiques opérationnelles

Exemples d'actions :

- ⊙ Mettre en place des conventions tripartites dans chaque département entre les acteurs SAMU C15 – ATSU – SIS afin de fixer les obligations et modalités de coopération entre ces acteurs en matière de transports sanitaires urgents
- ⊙ Instaurer une commission de conciliation paritaire pour favoriser le dialogue entre les acteurs

Résultats attendus :

- Conformité avec les instructions nationales de référence

6.1.3.3 PARTENARIATS

- Le réseau des urgences: RUBFC
- Les établissements hospitaliers (SU/SAMU/SMUR/FMIH/GHT/CHT)
- Les conseils départementaux d'ordre médical (CDOM)
- Les unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS)
- Les associations de médecine libérale participant à l'AMU (ex SOS, associations de régulation libérale)
- Les fédérations hospitalières : fédération hospitalière de France (FHF), fédération hospitalière privée (FHP), fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)
- Les associations de transporteurs sanitaires urgents (ATSU)
- Les préfetures
- Les représentants des usagers
- Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN)

6.1.3.4 TRANSVERSALITE

- Livret Parcours, Parcours nutrition santé
- Livret Qualité, sécurité et pertinence
- Ce livret, partie Offre hospitalière
- Livret Activités de soins, fiche Médecine d'urgence et Chirurgie

6.2 LE SECTEUR HOSPITALIER

6.2.1 BIOLOGIE MEDICALE

La biologie médicale, profondément réformée par l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010, est soumise aux dispositions législatives et réglementaires du livre 2^{ème} de la sixième partie du code de la santé publique.

Suite à la réforme territoriale de 2016, la région Bourgogne-Franche-Comté a hérité au 1^{er} janvier 2016 de situations très différentes en termes de territoires de santé ce qui se traduisait par une différence de taille des laboratoires de biologie médicale (LBM) bourguignons (4,7 sites/LBM) et francs-comtois (8,3 sites/LBM).

L'introduction en 2016 de la notion de zonage propre à la biologie (article L.1434-9 du code de la santé publique) a été l'occasion de réduire l'hétérogénéité entre les deux ex-régions, avec la nécessité de veiller à ce que chaque laboratoire (secteur public et libéral) puisse rendre les résultats d'examen dans des délais compatibles avec l'état de l'art. Le nouveau zonage propre à la biologie, composé de 4 zones, mis en œuvre lors du SRS 2018-2023 a abouti à une réelle harmonisation de la taille des laboratoires de biologie médicale dans la région :

- 8,3 sites par laboratoire libéral dans le territoire de la Bourgogne,
- 8,8 sites par laboratoire libéral dans le territoire de la Franche-Comté.

L'atteinte de cet objectif d'harmonisation conduit au maintien des 4 zones de biologie médicale en l'état (cf. carte ci-dessous). En effet, un agrandissement permettrait des concentrations et situations monopolistiques plus importantes, ce qui n'est pas souhaité.

Le maillage actuel des sites de laboratoires en BFC reste satisfaisant (temps d'accès > 30 mn pour 0,7 % de la population) et doit être préservé, voire amélioré si possible.

La diversité et la préservation de l'offre, par l'application des règles prudentielles instaurées par l'ordonnance du 13 janvier 2010, permettant de limiter les positions dominantes et de conserver des alternatives, notamment en cas de défaillance, doivent être *a minima* maintenues, voire améliorées.

Lors de l'élaboration du précédent SRS, le facteur de fragilité observé, il y a 5 ans, pour le remplacement des départs (en retraite ou hors région) des biologistes, s'accroît et génère des difficultés de maintien en fonctionnement de certains sites libéraux. Ce problème se concrétise plus particulièrement en secteur rural.

Par ailleurs, la constitution des GHT a permis la réorganisation de la biologie hospitalière comme prévu par l'un des objectifs du SRS 2018-2023. L'objectif d'organisation en commun de la biologie hospitalière n'est donc pas repris en tant qu'objectif du présent SRS.

L'accréditation des laboratoires sur l'ensemble de leur activité est en phase de finalisation sur l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté. Les laboratoires ainsi effectivement accrédités peuvent alors ouvrir de nouveaux sites dès lors qu'ils en ont fait la déclaration préalable à l'ARS, du fait de la suppression du régime d'autorisation administrative pour ces laboratoires. La généralisation de cette possibilité à l'aube du SRS 2023-2028 conduit à envisager la définition de critères de régulation.

6.2.1.1 OBJECTIFS

L'organisation de l'offre en biologie médicale doit répondre aux besoins de la population autant en termes d'accessibilité qu'en délai de rendu des résultats, dans des conditions permettant de garantir la qualité des examens. Les 3 objectifs généraux ci-après n'ont pas vocation à être priorisés entre eux eu égard à leur nature intrinsèque.

Objectif 1 : Limiter l'hétérogénéité territoriale de la taille des laboratoires en région BFC

- 1- Maintien en l'état du zonage de biologie en 4 zones.
Cf. carte du découpage régional en 4 zones (arrêté ARS BFC du 02/04/2018) ci-après.

Selon le code de la santé publique, un laboratoire ne peut pas implanter ses sites sur plus de 3 zones, lesquelles sont définies dans le SRS.

La délimitation de la région en 4 zones avait pour objectif de permettre aux laboratoires d'atteindre une taille suffisante pour assurer leur viabilité. Le maintien de ces 4 zones a pour objectif d'éviter la constitution de positions dominantes de laboratoire de biologie médicale dans des territoires trop importants.

Ces zones d'une taille intermédiaire sont également destinées à maintenir des plateaux techniques de LBM à une distance raisonnable de leurs sites de prélèvement pour garantir un délai de rendu des résultats satisfaisant.

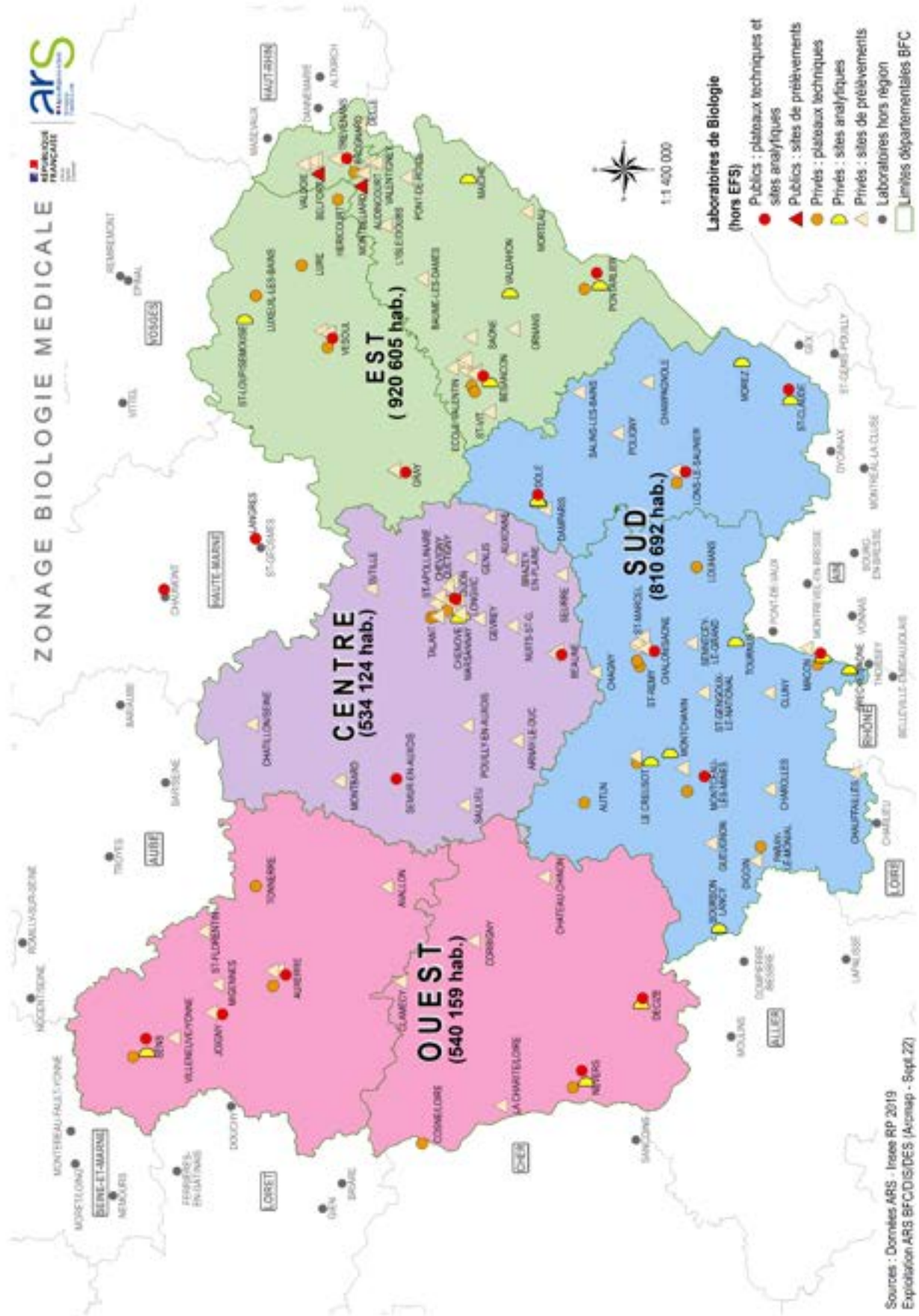
Pour les établissements de santé sans laboratoire la proximité des plateaux techniques permet d'assurer l'ensemble des examens et de répondre à l'urgence et donc aux dispositions de l'article D6124-24 du code de la santé publique qui exige pour les services d'urgence un accès en permanence et sans délai « aux analyses de biologie médicale ainsi qu'aux professionnels compétents de la biologie médicale ».

Objectif 2 : Accessibilité géographique satisfaisante aux sites de LBM

L'évolution du nombre de sites de laboratoire et leur répartition au cours du SRS précédent (moins 2 sites de LBM privés et moins 3 sites de LBM publics au sein de villes comportant d'autre(s) site(s) de LBM) n'a pas détérioré l'accessibilité, ni l'offre de biologie médicale.

En outre, l'accréditation progressive de tous les laboratoires sur l'ensemble de leur activité leur ouvre la possibilité de créer de nouveaux sites dès lors qu'ils en ont fait la déclaration préalable à l'ARS. La généralisation de cette possibilité au cours du SRS 2023-2028 conduit à définir des critères de régulation opposables, lisibles et prévisibles, pour que l'ARS puisse limiter l'installation de sites dans des secteurs surdotés lors de transferts et ouvertures de sites de LBM.

L'accessibilité géographique aux sites de laboratoire est un objectif qui se décline en 2 objectifs opérationnels :



- 1- Définir les besoins de la population pour appliquer la règle prudentielle établie à l'article L6222-2 du CSP :

Article L6222-2 : « Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur la zone déterminée en application du b du 2° de l'article L. 1434-9 considérée, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. »

Les besoins de la population par zone de biologie sont définis en nombre d'examens par habitant et par an. Ces besoins sont identiques à ceux définis dans le précédent SRS à l'exception de ceux de la zone Est, surestimés, qui ont dû être ajustés pour prendre en compte de façon plus précise l'importance de l'activité hospitalière sur la zone Est.

ZONES	Besoins population (SRS)	Seuil d'intervention de l'ARS (besoin +25 %)
Ouest (58-89)	15	18,75
Centre (21)	18	22,5
Sud (39-71)	15	18,75
Est (25-70-90)	15,4	19,25

La déclaration annuelle obligatoire de l'activité des laboratoires permet de connaître le nombre d'examens par habitant standardisé pour chacune des 4 zones de biologie de la région. En effet, afin de tenir compte de la structure par âge de la population dans chacune des zones de biologie, le nombre d'examens de biologie médicale prélevé dans chacune des zones est divisé, non pas par le nombre d'habitant mais par le nombre d'habitants standardisés en consommation d'examens de biologie médicale. Ce niveau d'activité permet de savoir, zone par zone, si l'ARS peut exercer son pouvoir d'opposition à une demande de nouvelle implantation.

Une synthèse régionale annuelle de l'évolution de la situation des laboratoires de la région, publiée sur le site Internet de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, permettra aux biologistes de connaître leurs possibilités de restructuration dans le cadre des règles prudentielles définies dans le code de la santé publique, notamment celle précitée, relative au pouvoir d'opposition de l'ARS à l'ouverture d'un nouveau site.

- 2- Réguler les implantations pour limiter l'installation de sites dans des secteurs surdotés et favoriser des installations dans les secteurs en déficit d'accessibilité à un site de laboratoire.

Le maillage actuel des sites de laboratoires en BFC est globalement satisfaisant (temps d'accès > 30 mn pour seulement 0,7 % de la population) et doit être préservé (cf. carte des temps d'accès ci-après), voire si possible amélioré.

Le découpage en bassin de vie défini par l'Insee est l'échelle la mieux adaptée au suivi de l'implantation des sites de laboratoire et pour apprécier l'offre de biologie dont dispose la population.

Le bassin de vie est défini comme le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants, dont ceux du domaine de la santé au rang desquels figurent les laboratoires de biologie médicale.

La carte ci-après présente le nombre de sites de laboratoire par bassin de vie et la densité de sites de laboratoire pour 100 000 habitants (population standardisée en consommation d'examens de biologie médicale). Elle permet de connaître le niveau de l'offre au 1^{er} janvier 2023. Elle sera actualisée selon l'évolution du nombre et de la répartition des sites de laboratoire.

Résultats attendus :

- Eviter l'implantation de nouveaux sites de laboratoire dans des bassins de vie dans lesquels l'accès à la biologie est déjà satisfaisant.
- Eviter la fermeture du dernier site de laboratoire d'un bassin de vie.
- Favoriser l'implantation de nouveaux sites dans des bassins de vie sous-dotés.
- Préserver un accès à un site de laboratoire en moins de 30 mn à plus de 99 % de la population.

Pour définir la sur- ou sous-dotation des bassins de vie en sites de laboratoire, il est nécessaire de définir une densité régionale de référence.

Au 1^{er} janvier 2023, sur les 171 sites de laboratoires de la région (EFS et CEA inclus [n=9]), 159 sites publics et privés sont ouverts au public en région Bourgogne-Franche-Comté pour une population de 2,8 millions d'habitants⁹. La densité régionale moyenne est donc de 5,7 sites de laboratoire pour 100 000 habitants. Cette valeur sert de référence pour la durée du SRS.

A cette même date, la densité moyenne nationale est de 7,2 sites pour 100 000 habitants¹⁰.

Pour obtenir les résultats précités, le SRS définit les 6 critères opposables, lisibles et prévisibles d'application de la règle prudentielle précitée (L6222-2 du code de la santé publique) sur lesquels l'ARS se basera pour exercer son pouvoir d'opposition et donc de régulation :

1/ Maintien de la possibilité d'implantation d'un site de laboratoire dans les bassins de vie d'au moins 20 000 habitants dépourvu de site ;

2/ Maintien de la possibilité d'implantation d'un site de laboratoire dans les bassins de vie dans lesquels le dernier site de laboratoire a fermé depuis moins de 5 ans ;

3/ Opposition à l'implantation d'un site de laboratoire dans les bassins de vie déjà dotés d'au moins 2 sites et dont la densité est supérieure ou égale à la densité régionale de référence + 40 % (soit 7,98 sites pour 100 000 habitants) ;

4/ Opposition à l'implantation d'un site de laboratoire dans les bassins de vie déjà dotés d'au moins 2 sites, dont la densité est supérieure à la densité régionale de référence - 40 % (soit 3,42 sites pour 100 000 habitants), si l'implantation n'est pas conforme au critère 6/ ;

⁹ Décret n° 2022-1702 du 29 décembre 2022 authentifiant les chiffres des populations au 01/01/2023

¹⁰ Source Bio2 : nombres de sites ouverts au public

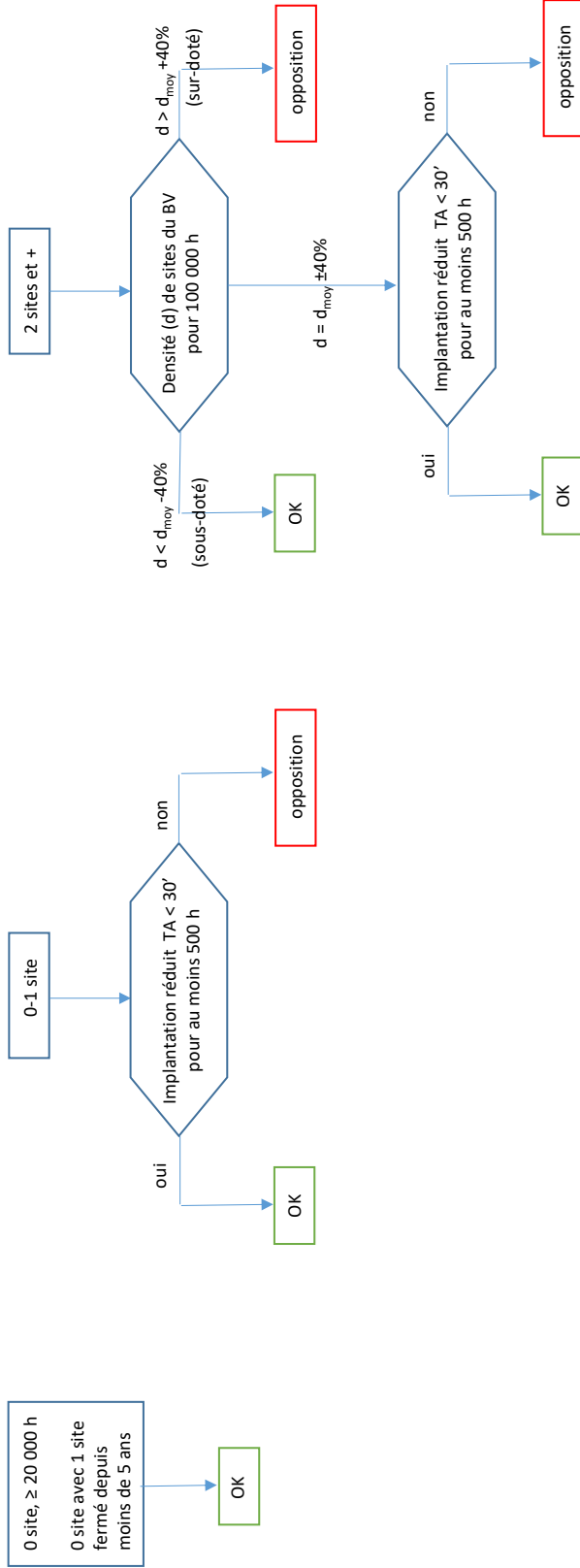
5/ Opposition à l'implantation d'un site de laboratoire dans les bassins de vie disposant de moins de 2 sites si l'implantation n'est pas conforme au critère 6/ ;

6/ Critère lié au temps d'accès (employé uniquement en complément des critères 4/ et 5/) : l'implantation d'un site de laboratoire permet, pour au moins 500 habitants, de réduire leur temps d'accès à un site de laboratoire à moins de 30 mn (référence : carte des temps d'accès ci-après).

Le logigramme ci-dessous illustre les modalités d'application des critères ainsi définis.

La carte ci-après présente les temps d'accès de la population au site du laboratoire le plus proche. Elle pourra évoluer au cours du SRS en fonction de l'évolution du nombre et de la répartition des sites de laboratoire.

BV



BV : bassin de vie

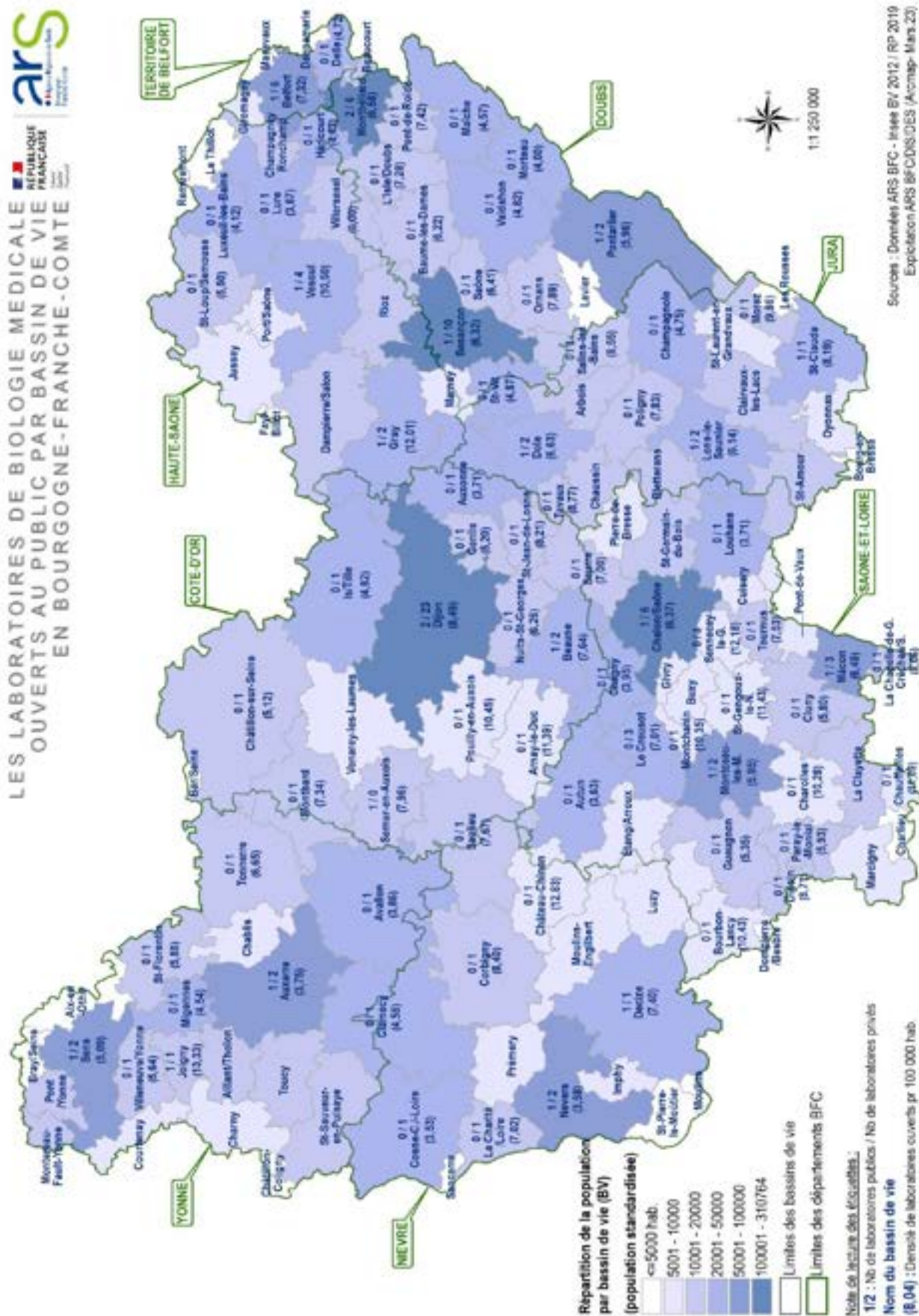
TA : temps d'accès à un site de LBM, selon carte TA 2022

d_{moy} : densité moyenne de référence en sites de LBM/100 000 h (5,7 sites/100 000 h pour BFC). NB : cette densité n'a pas de sens pour les bassins de vie ayant moins de 2 sites

LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE
OUVERTS AU PUBLIC PAR BASSIN DE VIE
EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



REPUBLIQUE FRANÇAISE
EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



Objectif 3 : Renouvellement des effectifs de biologistes

Il est constaté l'aggravation de la difficulté de remplacement des biologistes entraînant une menace de fermeture de certains sites les plus ruraux et un risque de désert biologique dans les zones rurales ou moins attractives.

Les derniers éléments de la démographie des biologistes, médecins et pharmaciens, montrent que 40 % des biologistes en activité dans la région ont plus de 55 ans et 5 % ont plus de 65 ans. L'estimation du rythme des départs en retraite est passé de 14 par an à 16 par an en 5 ans.

Seize postes d'internes en biologie médicale (médecins et pharmaciens) sont ouverts en région Bourgogne-Franche-Comté. Cependant, le nombre d'internes en biologie effectivement en cours de formation permet d'estimer le nombre de biologistes arrivant en exercice à environ 14 par an dans la région, du fait de postes d'internes non pourvus ou d'abandons en cours de cursus. Cela ne permet donc pas de compenser les départs en retraite et une augmentation du nombre de poste d'internes ouverts en biologie ne permet plus d'accroître le nombre d'étudiants formés, faute d'attractivité de cette spécialité.

- 1- Limiter les créations de sites de laboratoires de biologie médicale pour éviter de « dépouiller » les LBM existants de leurs biologistes

L'objectif n°2 précité contribue à cet objectif n°3.

Les actions à conduire dépassent largement l'échelle régionale, le renouvellement des biologistes étant un sujet d'inquiétude de la profession au niveau national suite à la profonde réforme de la discipline débutée en 2010.

Exemples d'actions :

- ⊙ Remontée à l'échelle nationale des besoins régionaux en nombre de postes d'internes pour assurer le renouvellement des biologistes

Résultats attendus :

- Nombre de postes d'internes en biologie médicale offert dans la région couvrant les besoins de renouvellement (estimés à 16 par an)
- La capacité **d'accueil** des internes en biologie en LBM hospitaliers ne doit pas être un facteur limitant le nombre de postes en internat.

6.2.2 HOPITAUX DE PROXIMITE

Définies par la loi d'organisation et de transformation du système de santé, les missions des hôpitaux de proximité, publics comme privés, constituent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers. Ainsi, ces établissements exercent des missions communes avec d'autres acteurs de leurs territoires : appui aux professionnels du premier recours (médecins, infirmiers, kinés...), maintien à domicile en lien avec les médecins traitants, prévention et continuité des soins.

Le cadre de labellisation, rénové en 2021, s'attache à prendre en compte la réalité concrète des enjeux territoriaux de l'accès aux soins. Si quelques prérequis sont imposés, la labellisation laisse avant tout la place à la qualité des projets territoriaux mis en place par l'établissement dans une logique de synergie avec les initiatives et partenaires locaux.

6.2.2.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Cadre juridique

- L'ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité modifiant l'article L 6111-3-1 du Code de santé publique.
- Le décret d'application n°2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité.
- Un arrêté du 2 juin 2021 fixant le dossier de labellisation à renseigner par l'établissement sur la déclinaison concrète des missions et qui doit être instruit par l'ARS.
- Le décret n° 2022-168 du 11 février 2022 relatif au financement des hôpitaux de proximité
- Un arrêté du 3 mars 2022 modifiant l'arrêté du 2 juin 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité par les directeurs généraux des agences régionales de santé.

Les hôpitaux de proximité ont un périmètre en propre avec :

- **des activités obligatoires** : médecine, consultations de spécialités complémentaires à l'offre libérale disponible, accès à des plateaux techniques
- **des activités optionnelles** : médecine d'urgence, centres périnataux de proximité, soins de suite et de réadaptation (SSR), soins palliatifs...

Un hôpital de proximité peut exercer toute activité ou service qui n'en est pas exclu (chirurgie et obstétrique), dès que cela répond à un besoin du territoire.

De même pour leur financement, le modèle de financement correspond aux activités obligatoires et aux missions de proximité. Les activités sanitaires autres sont régis par leur financement de droit commun.

Conditions d'éligibilité :

- a) L'établissement, ou le site, coopère avec les acteurs de santé de son territoire assurant des soins de premier recours
- b) L'établissement, ou le site, exerce une activité de médecine autorisée par l'agence régionale de santé en application des dispositions de l'article L. 6122-1, et n'est pas autorisé à exercer une activité en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique
- c) L'établissement, ou le site, propose, dans le cadre de l'exercice de son activité de médecine, une offre de soins qui n'est pas uniquement destinée à la prise en charge d'une pathologie spécifique ou d'une catégorie de population particulière;

d) L'établissement, ou le site géographique, propose des consultations de plusieurs spécialités, réalisées par des médecins exerçant soit à titre libéral, soit en qualité de salarié ou d'agent public. Il dispose en son sein ou a accès par voie de convention, compte tenu des ressources disponibles dans le territoire, à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie médicale et à des équipements de télésanté.

e) L'établissement, ou le site, exerce, en complémentarité avec l'offre de soins disponible dans le territoire.

Bilan de l'existant

Au 1^{er} avril 2023, la région compte 31 établissements labellisés hôpitaux de proximité. (Cf. carte ci-dessous)

Activité¹¹

Évolution du nombre de séjours/séances en médecine valorisés sur la période 2018 à 2022 pour les hôpitaux de proximité¹²

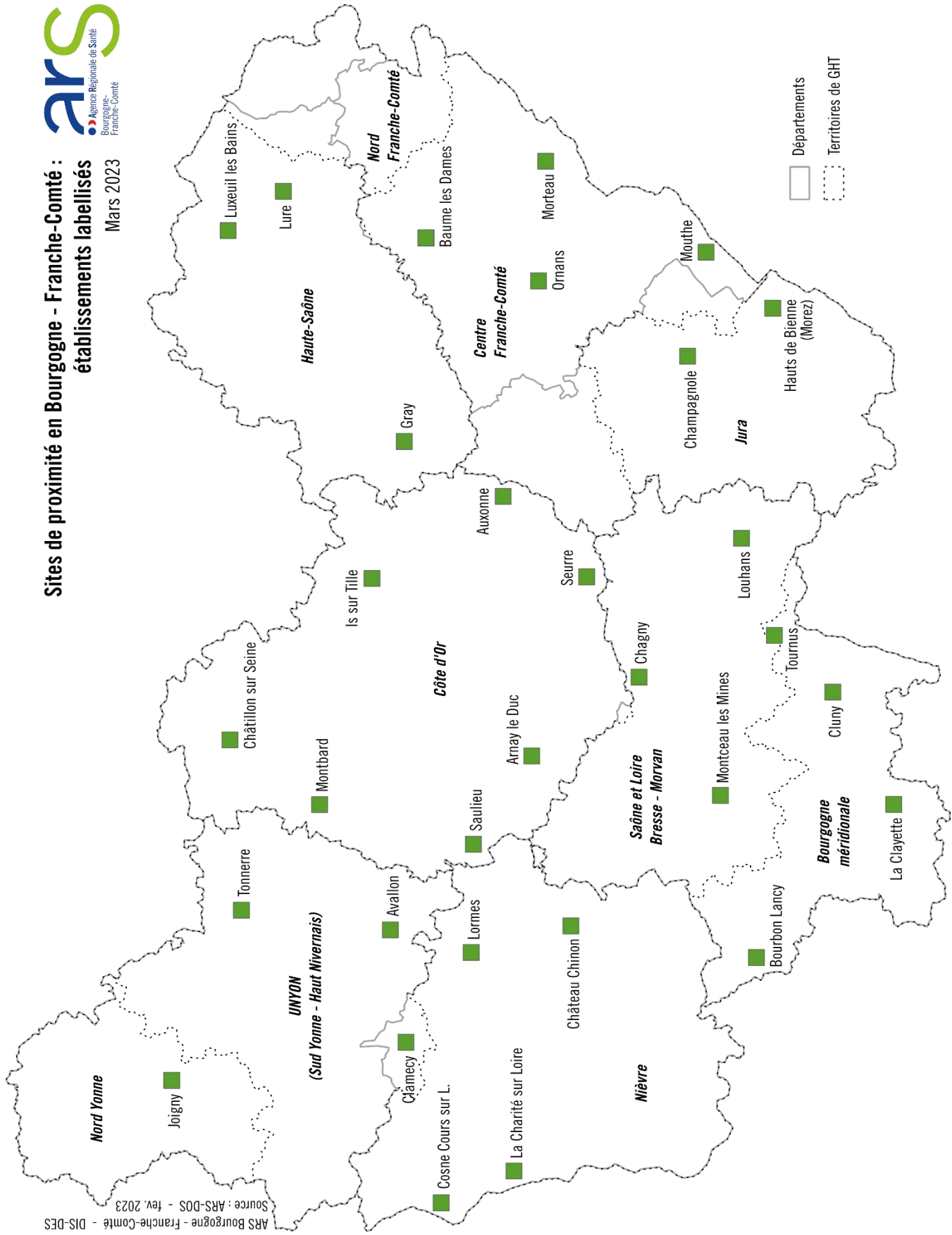
Nb de séjours Établissements	Période					2022 de janv à Nov 2022
	2018	2019	2020	2021	2022	
210987616 - CH SEURRE	134	126	106	86		
210987640 - CENTRE HOSPITALIER D'AUXONNE						47
210987665 - CH HCO SITE DE CHATILLON SUR SEINE	2 708	2 489	1 929	1 858		1 900
210987673 - CH HCO SITE DE MONTBARD	2 086	1 408	892	867		587
210987681 - CH HCO SITE DE SAULIEU	560	646	475	600		584
250000627 - CH PAUL NAPPEZ MORTEAU	423	480	504	478		361
250000635 - CH SAINTE CROIX BAUME LES DAMES	274	279	246	186		193
250000726 - CH SAINT LOUIS ORNANS	117	132	124	57		78
250000734 - CHI HAUTE COMTE SITE R SALINS MOUTHE	174	183	155	131		88
390000057 - CH LEON BERARD MOREZ	253	283	192	201		90
580972610 - HOPITAL LOCAL LES CYGNES LORMES	135	167	134	144		154
580972644 - CH HENRI DUNANT LA CHARITE-SUR-LOIRE	420	496	380	338		19
580972651 - CH CHATEAU-CHINON	330	308	256	160		69
580972669 - CH CLAMECY	1 853	1 790	1 647	1 574		1 470
580972677 - CH COSNE COURS SUR LOIRE	2 031	2 154	1 861	1 910		1 734
700000011 - GH HAUTE SAONE SITE GRAY	2 280	1 977	2 054	2 011		1 864
700780059 - GH HAUTE SAONE SITE LUXEUIL	806	749	607	658		572
700780208 - GH HAUTE SAONE SITE LURE	4 047	7 033	5 336	5 283		4 935
710978123 - CH PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS LA CLAYETT	342	356	297	319		307
710978131 - CENTRE HOSPITALIER DU CLUNISOIS	219	210	200	253		246
710978156 - CENTRE HOSPITALIER BRESSE LOUHANNAISE	321	333	309	269		237
710978180 - CENTRE HOSPITALIER BELNAY	382	414	340	274		205
710978255 - CH ALIGRE BOURBON LANCY	512	523	389	301		278
890975535 - CH AVALLON	2 383	2 247	1 978	1 659		1 574
890975543 - CH JOIGNY	3 330	3 278	2 908	2 657		2 302
890975568 - CENTRE HOSPITALIER DU TONNERROIS	2 002	1 991	1 776	1 691		1 589
Total général	21 820	24 492	20 819	19 833		17 733

¹¹ Source : PMSI

¹² Seuls les hôpitaux de proximité nouvellement labellisés en 2021 et 2022 sont intégrés

ARS Bourgogne - Franche-Comté - DIS-DES
 Source : ARS-DOS - fev. 2023

**Sites de proximité en Bourgogne - Franche-Comté :
 établissements labellisés**
 Mars 2023



Axes de développement

1) Construire le projet médical de territoire : vers la mise en œuvre des missions de proximité

Les hôpitaux de proximité, une fois labellisés doivent, travailler et s'engager dans un projet médical de territoire partagé et co-construit avec les acteurs du territoire, sanitaires et médico-sociaux, de ville, du domicile ou des établissements.

Les territoires dans lesquelles s'insèrent les hôpitaux sont pour la plupart engagés dans la transition énergétique au travers de leur « plan climat air énergie territorial » (PCAET). Les hôpitaux de proximité s'attachent à suivre cette démarche en s'appuyant sur le « réseau des établissements de santé en transition » (RESET) mis à leur disposition par l'ARS, l'Agence De l'Environnement et de la Maitrise de l'Energie (ADEME) et la Banque des territoires¹³.

La notion de projet commun et la capacité à s'engager sur des missions de proximité s'inscrivent dans une logique de responsabilité territoriale.

Ce projet médical doit se décliner en une feuille de route contenant les actions permettant de répondre aux missions de proximité.

2) Mettre en place une gouvernance adaptée

Le terme de gouvernance partagée renvoie à une organisation de travail qui favorise les interactions entre les acteurs du territoire. Avec un objectif : aller vers davantage d'initiatives locales et de coopérations entre les acteurs.

3) Généraliser et renforcer des filières de soins structurées et graduées : les « parcours de soins territoriaux ».

L'inscription de l'établissement ou site support du territoire de proximité, au sein d'un territoire élargi, est le troisième aspect majeur à considérer pour une labellisation. Ce troisième volet nécessite de penser les améliorations à apporter aux différentes filières de soins dans une logique de gradation. Cela s'élabore avec les professionnels du territoire et les établissements de recours, une fois la phase de diagnostic réalisée (analyse territoriale et besoins des partenaires).

6.2.2.2 OBJECTIFS

Objectif 1 : Construire le projet médical territorial en lien avec les partenaires et dans le cadre du projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

- 1- Définir et connaître les besoins de santé du territoire
- 2- Mettre en place les consultations de spécialités adaptés au diagnostic de territoire
- 3- Développer la télésanté
- 4- Mettre en place un accès aux plateaux techniques (imagerie, biologie médicale) : mutualiser le cas échéant dans le cadre d'une coopération territoriale
- 5- Prévention et promotion de la santé : développer des actions avec les partenaires
- 6- S'impliquer dans le soutien au maintien à domicile

¹³ <https://www.pole-energie-bfc.fr/thematiques/sante-confort/etablissements-de-sante-reset>

Exemples d'actions :

- Définir son territoire de proximité et les caractéristiques de la population
- Décrire l'offre de soins et les modes de coopération existants
- Analyser les taux de recours aux soins dans le territoire
- Mettre en place les consultations de spécialistes adaptées au diagnostic et en cohérence avec l'offre existante en ville
- S'appuyer sur les projets de télésanté du territoire déployés par l'ARS (*Cf. Livret Innovation*)
- Mettre en place ou participer à des actions de prévention ciblées et de dépistage
- Nouer les liens et les partenariats territoriaux des dispositifs existants : CPTS, DAC...
- Proposer des expertises pour des personnes en situation de vulnérabilité

Résultats attendus :

- Diagnostic territorial partagé intégrant un bilan de l'offre de soins du territoire de proximité
- Développement et diversité des consultations de spécialités proposées
- Mise en place de téléconsultations adaptées aux besoins du territoire
- Offre de programmes d'éducation thérapeutique accessibles aux professionnels de ville
- Réalisations de bilans en hôpital de jour notamment
- Participation aux actions initiées par la CPTS, le CLS, les collectivités territoriales...
- Appui et participation à des actions en lien avec des associations de patients partenaires
- Accès facilité aux plateaux techniques pour la réalisation des dépistages afin d'optimiser les délais avec la médecine de ville

Objectif 2 : Mise en place d'une gouvernance adaptée

- 1- Elaborer le cadre de la gouvernance à mettre en place
- 2- Favoriser les interactions avec les partenaires

Exemples d'actions :

- Formaliser une convention avec les acteurs du territoire : CPTS, structures d'exercice coordonné, acteurs du domicile et du secteur médico-social. Celle-ci doit décrire les modalités d'organisation des partenaires
- Contractualiser avec le groupement hospitalier de territoire de manière à définir les modalités d'organisation et les engagements réciproques pour renforcer l'exercice des missions conduites par l'hôpital de proximité
- Proposer des modalités de gouvernance d'établissement alternatives et innovantes
- Soutenir l'offre de soins non programmés dans le territoire
- Développer des organisations permettant l'admission directe des patients
- Mutualiser les moyens et les services supports
- Favoriser l'exercice partagé de médecins afin de renforcer l'attractivité du territoire

Résultats attendus :

- Signature d'engagements réciproques avec le GHT
- Projets conjoints ville-hôpital
- Organisation de réunions thématiques ou séminaires intégrant des professionnels de ville et des usagers. Pour cela, l'hôpital de proximité pourra se mettre en lien avec le conseil territorial de santé.

Objectif 3 : Généraliser et renforcer les filières structurées et graduées : les « parcours de santé territoriaux »

- 1- Consolider les filières de soins en médecine polyvalente, gériatrie et cardiologie
- 2- Consolider les liens avec les filières d'aval des séjours aigus : soins médicaux et réadaptation (SMR), maison d'accueil spécialisé (MAS), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Exemples d'actions :

- ⊙ Organiser et/ou participer au suivi des patients cardiaques après le retour à domicile *via* la mise en place d'un système de suivi de ces patients. La même démarche peut être mise en place pour les patients diabétiques et les personnes âgées
- ⊙ Collaborer avec le dispositif d'appui à la coordination pour une bonne organisation des retours à domicile des patients hospitalisés.
- ⊙ Prendre en charge des actes techniques spécifiques dans l'objectif de répondre aux besoins des libéraux et de proposer une offre de bilan diagnostic (bilans gériatriques, consultations mémoires notamment)
- ⊙ Mettre à disposition des établissements médico-sociaux des professionnels de santé de l'hôpital de proximité
- ⊙ Collaborer avec le centre médico-psychologique

Résultats attendus :

- Diminution des réhospitalisations
- Une offre active de consultations bilans
- Réunions régulières avec les structures d'appui et/ou de coordination, en premier lieu le dispositif d'appui à la coordination.
- Des protocoles de sorties des services de soins médicaux et réadaptation (ex SSR) et de médecine formalisés
- Mise en place d'une cellule de sortie qui assure le lien entre l'hôpital et le domicile.
- Appui sur la plateforme régionale eTICSS pour la formalisation des modalités de communication et de coordination entre professionnels de santé pour les patients fragilisés.

6.2.2.3 EVOLUTIONS (CREATIONS, TRANSFORMATIONS)

Le schéma cible vise à faire évoluer les labellisations pour intégrer la totalité des établissements sanitaires de la région éligible.

Ces labellisations sont également conditionnées à une autorisation en vigueur et notamment celle de médecine. La volumétrie des hôpitaux de proximité ne devrait que peu évoluer. Les évolutions possibles concerneraient les structures qui perdraient cette labellisation par :

- La caducité de l'autorisation de médecine d'un établissement labellisé
- Le non-respect des conditions minimales de qualité et de sécurité des soins notamment sur la continuité des soins
- Un choix volontaire et propre à l'établissement de sortir de la labellisation

A l'avenir, la labellisation s'ouvrirait *de facto* aux autres établissements de santé de la région qui perdraient leurs autorisations en obstétrique et chirurgie.

6.2.3 PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE (PDSSES)

6.2.3.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Cadre juridique

Aux termes de l'article L.6113-1-3 du code santé publique dans sa rédaction issue de loi de modernisation de notre système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016, la permanence des soins est assurée, en tout ou partie, par les établissements de santé appelés à la mettre en œuvre par le directeur général de l'ARS. Cette disposition concerne tout type d'établissement désigné à l'article L.6111-1 du CSP : publics, privés à but non lucratifs, privés lucratifs.

En outre, la PDSSES fait partie des obligations de service public hospitalier pour les établissements publics de santé, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les établissements de santé privé habilités, par le directeur général de l'ARS, à assurer le service public hospitalier dont la liste des obligations figurent aux I et II de l'article L.6112-2 du CSP.

Elle s'impose également à tout établissement privé associé au service public hospitalier par le fait qu'il exerce une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins.

Les modalités de la PDSSES et de sa mise en œuvre sont définies aux articles R.6111-41 à 49 du code de la santé publique.

Périmètre

Bien que le code de la santé publique n'en donne pas une définition, la PDSSES recouvre l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents en dehors des heures d'ouverture des établissements de santé : la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

Elle doit être distinguée de la continuité des soins qui s'impose à tout établissement de santé dans les suites d'une prise en charge. Elle ne doit pas non plus être confondue avec la permanence des soins ambulatoire et la gestion des urgences en journée.

La PDSSES concerne les activités de court séjour en lien avec un service d'accueil des urgences et également les activités médico-techniques nécessaires à la prise en charge de ces urgences : radiologie, pharmacie et biologie.

Elle est organisée par zone de planification sanitaire et s'articule avec la répartition des autorisations d'activités de soins :

- Les activités de soins pour lesquelles les textes définissent les modalités de permanence médicale, de qualification et de niveau d'organisation, compte tenu de la nature de l'activité et de l'urgence à répondre au besoin de soins du patient : soins critiques (réanimation et soins intensifs), gynécologie-obstétrique-néonatalogie-réanimation néonatale, radiologie interventionnelle, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, plateaux techniques spécialisés, greffes, brûlés ;
- Les autres activités de soins pour lesquelles une permanence des soins doit être déclinée par spécialité dans le cadre d'une organisation territoriale graduée: médecine, chirurgie, imagerie diagnostique.

- Les équipements matériels lourds utilisés à des fins de radiologie diagnostique, la biologie médicale et la pharmacie qui doivent pouvoir être mobilisés en soutien des activités de soins.

Modalités de mise en œuvre

Elle est réalisée sous forme de garde (présence sur site) ou d'astreinte opérationnelle par des praticiens qualifiés. L'arrêté du 15 janvier 2020¹⁴ permet aux étudiants en 3^{ème} cycle dit « docteur junior » de participer sur leur demande au dispositif de gardes et astreintes médicales sur un certain nombre de spécialités qu'il liste.

La participation des établissements à la PDES relève du financement du fonds d'intervention régional¹⁵ de l'ARS. En 2022, l'enveloppe consacrée en BFC à cette mission a représenté 33,5M€.

L'arrêté du 30 avril 2003 modifié¹⁶ à plusieurs reprises prévoit l'indemnisation de la permanence des soins et notamment des modalités de financement particulières qui découlent de l'adoption d'un **schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné au niveau d'un groupement hospitalier de territoire**. Les schémas territoriaux doivent être la déclinaison des principes du SRS.

A ce jour aucun GHT de la région n'a élaboré un schéma territorial de la permanence et de la continuité de soins.

6.2.3.2 LES ENJEUX GENERAUX DE LA PDES

Organiser territorialement l'accès aux soins en dehors des périodes d'ouverture des établissements de santé

- Assurer l'accès aux activités de soins autorisées à l'échelon le plus adapté, la nuit, le weekend et les jours fériés afin de permettre au patient d'être pris en charge au bon endroit en sécurisant les parcours de soins non programmés ;

Favoriser l'efficacité du dispositif, compte tenu des contraintes sur la démographie médicale et des contraintes de financement

- Limiter le nombre de sites assurant la PDES H24 pour une même activité au sein d'un territoire ou la mutualisation de gardes et/ou astreintes ;
- Prendre en compte les modalités d'organisation innovantes favorisées par le développement de la télémédecine ;
- Permettre de réduire les délais de prise en charge en rendant plus lisibles pour les professionnels et les usagers l'organisation existante avec l'appui de la régulation par le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) 15
- Faciliter la participation des praticiens libéraux au dispositif, y compris s'ils exercent en établissements privés.
- Evaluer ce dispositif afin de permettre des adaptations progressives.

¹⁴ Arrêté du 15 janvier 2020 relatif à la liste des spécialités pour lesquelles le docteur junior peut être autorisé à participer, à sa demande, au service des gardes et astreintes médicales pris en application de l'article R. 6153-1-5 du code de la santé publique – JORF du 19 janvier 2020

rrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique

¹⁶ Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

6.2.3.3 RAPPEL DES PRINCIPES DU SCHEMA CIBLE DE LA PDESES

Spécialités réglementées : le schéma retient les lignes de gardes ou astreintes requises pour les sites autorisés.

Soins critiques :

- Adultes (5 Mentions)
- Enfants (4 Mentions)

Gynécologie-obstétrique : les lignes reconnues sont conditionnées par le niveau d'activité :

- 1 astreinte pour moins de 1500 naissances,
- 1 garde entre 1500 et 3000 naissances,
- 1 garde et 1 astreinte senior au-delà de 3000 naissances.
- Au-delà de 3500, 2 gardes sénior ou 1 garde + 1 astreinte et 1 garde d'interne.

Anesthésie : selon le niveau d'activité cumulée chirurgie + maternité,

- 1 garde ou 1 astreinte sur les sites concernés
- S'agissant de l'anesthésie spécifique à la maternité, 1 garde au-delà de 2000 naissances

Néonatalogie :

- 1 astreinte de pédiatre sur les sites de maternité ou 1 garde à partir du niveau 2B

Cardiologie interventionnelles (3 modalités : rythmologie, congénital et ischémique)

Chirurgie cardiaque : 1 astreinte

Neurochirurgie : 1 astreinte

Neuro-radio-interventionnelle (2 mentions)

Neurologie :

- 1 astreinte par unité neuro-vasculaire (UNV)

Spécialités non réglementées ou relevant de la continuité des soins :

Médecine polyvalente : les astreintes relèvent de la continuité des soins et non de la permanence des soins, les services d'accueil des urgences prenant en charge les patients la nuit lorsqu'ils ne sont pas orientés vers une spécialité– Il est possible de reconnaître des demi-astreintes le week-end.

- Une demi-astreinte de WE sur les sites avec SAU
- Une ligne d'astreinte de médecine pour les établissements dont le service d'urgences sera fermé la nuit.

Autres spécialités médicales :

Pneumologie : une ligne d'astreinte dans les établissements ayant une unité de soins intensifs (les 2 CHU et l'HNFC)

Gastro-entérologie : une ligne d'astreinte par territoire d'implantation d'activité de soins, ou commune à 2 territoires

Cardiologie : recours à l'avis du cardiologue de garde en USIC pendant les périodes de PDS, donc pas d'astreinte supplémentaire en dehors de la garde USIC et de l'astreinte de cardiologie interventionnelle

Néphrologie : la PDS, sous forme d'une astreinte, ne concerne que la prise en charge en unité de soins intensifs (USI). Sur les autres sites les astreintes ou présences médicales pendant les séances de dialyse relèvent des obligations réglementaires de continuité des soins propres à cette spécialité.

- 1 ligne d'astreinte par unité de soins intensifs de néphrologie

Gériatrie : expérimenter sur les territoires volontaires une ligne d'astreinte, permettant un recours à un gériatre par téléphone, accessible aux acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers.

Psychiatrie : Il appartient aux centres hospitaliers concernés de passer convention, si besoin, avec les établissements ayant une activité de psychiatrie, pour définir les modalités d'intervention des psychiatres et de financement des astreintes. Selon les recommandations du volet psychiatrie santé mentale du PRS :

- 1 ligne d'astreinte urgences psychiatriques adultes et 1 ligne d'astreinte urgences de pédo-psychiatrie dans les CHU
- 1 ligne d'astreinte par territoire d'implantation sur les sites d'accueil des urgences (SAU) hors CHU ayant des capacités à hospitaliser les patients présentant une pathologie psychiatrique.

Chirurgie orthopédique :

- 1 ligne d'astreinte par site d'accueil des urgences (SAU) dans les établissements publics et privés autorisés pour l'activité de chirurgie, pouvant être mutualisée sur deux sites en nuit profonde (de minuit à 8 h).
- Possibilité d'une garde dans les CHU

Chirurgie viscérale :

- L'astreinte de chirurgie viscérale s'impose sur les sites de maternité si les obstétriciens n'ont pas la compétence chirurgicale.
- 1 ligne d'astreinte par site d'accueil des urgences (SAU) dans les établissements publics et privés autorisés pour l'activité de chirurgie, pouvant être mutualisée sur deux sites (de minuit à 8 h).
- possibilité d'une garde dans les CHU

Chirurgie urologique :

- 1 ligne d'astreinte par territoire d'implantation d'activité de soins ou commune à 2 territoires

Chirurgie vasculaire :

- 1 ligne d'astreinte par territoire d'implantation d'activité de soins ou commune à 2 territoires

Chirurgie ophtalmologique:

- 1 ligne d'astreinte pour chacune de ces spécialités, par territoire d'implantation d'activité de soins ou commune à 2 territoires

Chirurgie ORL :

- 1 ligne d'astreinte pour chacune de ces spécialités, par territoire d'implantation d'activité de soins ou commune à 2 territoires

Imagerie : L'objectif est de mettre en place une permanence régionale de médecins radiologues pour l'interprétation par téléradiologie des examens urgents dans les établissements de santé accueillant des

urgences. Le nombre sera calibré en fonction de l'activité. Ces gardes seront assurées par l'ensemble des radiologues de la région, hospitaliers et libéraux, selon une organisation à définir (cf : fiche SRS imagerie).

Dans la période intermédiaire, maintenir sur les centres hospitaliers avec SAU, une astreinte **ou une** garde, selon l'organisation actuelle.

Toute nouvelle autorisation d'équipement lourd sera conditionnée par l'obligation de participer à la PDSSES.

Biologie :

- 1 astreinte par territoire d'implantation d'activité de soins avec biologie délocalisée pour tous les examens ou pour certains d'entre eux, dans le cadre des GHT.
- 2 astreintes sur les territoires de Côte d'Or et du Doubs, en sus de certaines astreintes spécialisées propres aux CHU
- dans la période intermédiaire maintenir une astreinte sur les centres hospitaliers avec SAU

Pharmacie :

- au minimum une astreinte en pharmacie par territoire d'implantation d'activité de soins, en fonction des possibilités juridiques de mutualisation.
- dans la période intermédiaire maintenir une astreinte sur les centres hospitaliers avec SAU

Définir les modalités d'intégration des lignes de gardes d'internes au schéma de la PDSSES :

Reconnaître les lignes de gardes d'internes participant à la PDSSES en appui d'une astreinte de sénior, dans les deux CHU et à l'Hôpital Nord Franche-Comté, compte tenu de son niveau d'activité comparable à celui d'un CHU.

6.2.3.4 OBJECTIFS

Objectif 1 : adapter ces principes au contexte de chaque zone d'implantation, en prenant en compte l'organisation existante, la situation de la démographie de spécialistes, et les évolutions potentielles de l'ensemble des établissements de santé publics et privés assurant l'offre de soins hospitaliers, en respectant l'objectif de réduction du nombre de lignes de PDSSES, les situations temporaires de tension

- 1- Réviser le schéma territorial de la PDSSES déterminant par zone d'implantation le nombre de lignes de PDSSES par spécialité et les modalités d'organisation : garde ou astreinte, astreinte mutualisée ou demi-astreinte, en tenant compte de la démographie médicale et de la soutenabilité financière.
- 2- Déterminer par territoire le nombre de lignes de PDSSES par spécialité et les modalités d'organisation : garde ou astreinte, ou demi-astreinte, en tenant compte de la démographie médicale et de la soutenabilité financière.
- 3- Utiliser le répertoire opérationnel des ressources (ROR) pour faciliter la lisibilité du dispositif

Objectif 2 : principes généraux de financement de la PDSSES

L'organisation de la PDSSES est sous la responsabilité des établissements porteurs des activités autorisées (structures d'urgence) et réglementées (maternité, réanimation, unités de soins intensifs et surveillance continue). Le financement sera versé à l'établissement porteur, qu'il soit public ou privé.

Il appartient au centre hospitalier concerné de passer convention avec d'autres établissements pour définir les modalités d'intervention de spécialistes extérieurs à l'établissement porteur et les modalités de

financement des astreintes. Lorsque l'établissement extérieur requis est privé, cette convention conditionnera la convention tripartite conclue avec l'ARS pour le financement des astreintes.

Résultats attendus :

- Adoption d'un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins dans chaque GHT sur la base des principes du schéma régional
- Mise en place des lignes de permanence des soins dans chaque territoire selon les objectifs fixés, dans le délai du SRS

Objectif 3 : évaluer les impacts de la mise en œuvre du schéma régional de la permanence des soins

- 1- Co-construire les indicateurs avec le comité régional de la PDSES pour suivre l'activité, les transferts et les impacts sur les transports médicalisés ou non, le recours au CRR15.

Annexe PDES

G = garde AS = astreinte	ZONE COTE D'OR	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022	PREPA SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2023- 2028
Cardiologie interventionnelle * / rythme / angioplastie	2 AS sur Dijon	2 AS sur Dijon : HPDB et CHU
Cardiologie interventionnelle - rythmologie interventionnelle		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies congénitales (non concerné en BFC)		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		
USIC * - Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1G par USIC : CHU Dijon, CH Semur, HPDB	1G par USIC : CHU Dijon, CH Semur, HPDB
Gynécologie-obstétrique *	1 AS si <1500 accouchements (Semur, Beaune) 1 G si > 1500 accouchements (HPDB) 1G + 1AS si > 2500 accouchements (CHU Dijon)	1 AS si <1500 accouchements (Semur, Beaune) 1 G si > 1500 accouchements (HPDB) -> 1AS 1G + 1AS si > 2500 accouchements (CHU Dijon)
Neurochirurgie *	1 AS sur CHU Dijon + 1 garde d'interne	1 AS sur CHU Dijon + 1 garde d'interne
Neuroradiologie interventionnelle *	1 AS sur CHU Dijon + 1 garde d'interne	1 AS sur CHU Dijon + 1 garde d'interne
Réanimation médicale adulte *	1 G sur CHU Dijon	1 G sur CHU Dijon
Réanimation chirurgicale et polyvalente dont réa cardiaque post chir*	2 G sur CHU Dijon	2 G sur CHU Dijon
Pédiatrie-Néonatalogie - réanimation pédiatrique *	1G + 1AS sur CHU Dijon 1 G HPDB 1 AS Semur 1AS Beaune	1G + 1AS sur CHU Dijon 1 G HPDB 1 AS Semur 1AS Beaune
Anesthésie dont anesthésie maternité	3 G sur CHU Dijon + 2 AS 1 G sur Beaune, 1 G sur Semur HPDB : 1 G + 1 AS sur l'ensemble des activités dont maternité	3 G sur CHU Dijon + 2 AS 1 G sur Beaune, 1 G sur Semur HPDB : 1 G + 1 AS sur l'ensemble des activités dont maternité
Médecine polyvalente	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS + 1 G interne au CHU Dijon	1 AS + 1 G interne au CHU Dijon
Hématologie	1 AS + 1 G interne au CHU Dijon	1 AS + 1 G interne au CHU Dijon
Néphrologie	1 AS + 1 G interne USI au CHU Dijon	1 AS + 1 G interne USI au CHU Dijon
Neurologie - UNV *	1 G USINV + 1G d'interne CHU Dijon	1 G USINV + 1G d'interne CHU Dijon
Pneumologie et endoscopie pneumo	1 AS + 1 G internes au CHU Dijon	1 AS + 1 G internes au CHU Dijon
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS et 1 garde d'internes au CHU Dijon 0,5 AS par site SAU autorisé en chirurgie (1ère partie de nuit et WE) 1 AS sur HPDB	1 AS et 1 garde d'internes au CHU Dijon 0,5 AS par site SAU autorisé en chirurgie (1ère partie de nuit et WE) 1 AS sur HPDB
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS et 1 garde d'internes au CHU Dijon + 1 AS par site maternité	1 AS et 1 garde d'internes au CHU Dijon + 1 AS par site maternité
Chirurgie de la main	1AS HPDB	1AS HPDB
Chirurgie urologique	1 AS sur Dijon + 1 garde d'interne	1 AS sur Dijon + 1 garde d'interne
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	1 AS chirurgie cardiaque CHU Dijon 1 AS chirurgie vasculaire sur Dijon 1 AS chirurgie thoracique sur Dijon	1 AS chirurgie cardiaque CHU Dijon 1 AS chirurgie vasculaire sur Dijon 1 AS chirurgie thoracique sur Dijon
Chirurgie pédiatrique	2 AS sur Dijon (1 AS chirurgie viscérale et 1 AS chirurgie traumatologique) + 1 garde d'interne	2 AS sur Dijon (1 AS chirurgie viscérale et 1 AS chirurgie traumatologique) + 1 garde d'interne
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	3 AS sur CHU Dijon : 1 AS ORL, 1 AS odontologie (régionale), 1 AS chirurgie maxillo-faciale	3 AS sur CHU Dijon : 1 AS ORL, 1 AS odontologie (régionale), 1 AS chirurgie maxillo-faciale
Ophtalmologie	1 AS sur CHU Dijon	1 AS sur CHU Dijon
Psychiatrie d'urgence	1AS psychiatrie adulte CHU Dijon 1AS psychiatrie adulte CH Semur 1 AS pédopsychiatrie CHU Dijon	1AS psychiatrie adulte CHU Dijon 1AS psychiatrie adulte CH Semur 1 AS pédopsychiatrie CHU Dijon
Biologie médicale	3 AS + 1 G internes au CHU Dijon 1 AS Nord Côte d'Or (mutualisation de lignes spécialisées avec CHU Besançon). Dans l'attente du schéma territorial : 1 AS par site SAU	3 AS + 1 G internes au CHU Dijon (mutualisation de lignes spécialisées avec CHU Besançon). Dans l'attente du schéma territorial : 1 AS par site SAU
Radiodiagnostic et imagerie médicale / imagerie et interventionnelle	1 G infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS maintenue sur les sites SAU + 1 garde d'interne au CHU.	1 G infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS maintenue sur les sites SAU + 1 garde d'interne au CHU.
Pharmacie	2 AS : CHU Dijon et CH Semur 1 garde d'internes	2 AS : CHU Dijon et CH Semur 1 garde d'internes
Autres spécialités médicales	1 AS d'infectiologue au CHU Dijon mutualisée avec le CHU Besançon 1G gériatrie pour le territoire à expérimenter 1 an et évaluer	1 AS d'infectiologue au CHU Dijon mutualisée avec le CHU Besançon 1G gériatrie pour le territoire à expérimenter 1 an et évaluer

G = garde AS = astreinte	ZONE NIEVRE	
	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022	PREPA SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2023- 2028
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)		
Cardiologie interventionnelle * / rythme / angioplastie	1 AS CHA Nevers	1 AS CHA Nevers
Cardiologie interventionnelle - rythmologie interventionnelle		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies congénitales (non concerné en BFC)		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		
USIC * - Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G USIC CHA Nevers	1 G USIC CHA Nevers
Gynécologie-obstétrique *	2 AS sur sites maternités si < 1500 accts CHA Nevers et clinique Cosne/Loire	1 AS sur site maternité si < 1500 accts CHA Nevers
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente dont réa cardiaque post chir*	1 G sur CHA Nevers	1 G sur CHA Nevers
Pédiatrie-Néonatalogie - réanimation pédiatrique *	1 G Nevers + 1 AS sur maternité de Cosne assurée par le CHAN	1 G Nevers
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 G sur CHA Nevers 1 AS sur clinique Cosne 0,5 AS sur CH Decize (1ère partie de nuit et week-end)	1 G sur CHA Nevers 0,5 AS sur CH Decize (1ère partie de nuit et week-end)
Médecine polyvalente	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS sur Nevers	1 AS sur Nevers
Hématologie		
Néphrologie	1 AS USI néphrologie CHA Nevers	1 AS USI néphrologie CHA Nevers
Neurologie - UNV *	1 AS sur CHA Nevers si mise en place d'une UNV (en conformité avec SRS)	1 AS sur CHA Nevers si mise en place d'une UNV (en conformité avec SRS)
Pneumologie et endoscopie pneumo		
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS CHA Nevers 0,5 AS par site autorisé en chirurgie avec SAU (première partie de nuit et week-end)	1 AS CHA Nevers 0,5 AS par site autorisé en chirurgie avec SAU (première partie de nuit et week-end)
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS CHA Nevers 0,5 AS par site autorisé en chirurgie avec SAU (première partie de nuit et week-end)	1 AS CHA Nevers 0,5 AS par site autorisé en chirurgie avec SAU (première partie de nuit et week-end)
Chirurgie de la main		
Chirurgie urologique	1 AS sur Nevers	1 AS sur Nevers
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	1 AS chirurgie vasculaire CHA Nevers	1 AS chirurgie vasculaire CHA Nevers
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS ORL CHA Nevers	1 AS ORL CHA Nevers
Ophtalmologie	1 AS ophtalmologie CHA Nevers	1 AS ophtalmologie CHA Nevers
Psychiatrie d'urgence	1 AS sur Nevers	1 AS sur Nevers
Biologie médicale	1 AS CHA Nevers organisée pour le territoire	1 AS CHA Nevers organisée pour le territoire
Radiodiagnostic et imagerie médicale / imagerie et interventionnelle	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS par site SAU	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS par site SAU
Pharmacie	1 AS sur CHA Nevers pour le territoire	1 AS sur CHA Nevers pour le territoire
Autres spécialités médicales		

G = garde AS = astreinte	ZONE NORD SAONE ET LOIRE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDSes (dont activités réglementées *)	SCHEMA CIBLE DE LA PDSes 2017- 2022	PREPA SCHEMA CIBLE DE LA PDSes 2023- 2028
Cardiologie interventionnelle * / rythme / angioplastie	1 à 2 AS pour le département selon les sites autorisés	2 AS pour le département
Cardiologie interventionnelle - rythmologie interventionnelle		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies congénitales (non concerné en BFC)		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		
USIC * - Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G sur USIC CH Chalons	1 G sur USIC CH Chalons
Gynécologie-obstétrique *	1 G sur maternité CH Chalons 1 AS par sites avec maternités < 1500 actes	1 G sur maternité CH Chalons 1 AS par sites avec maternités < 1500 actes (Le Creusot)
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente dont réa cardiaque post chir*	1 G sur CH Chalons	1 G sur CH Chalons
Pédiatrie-Néonatalogie - réanimation pédiatrique *	1 G sur CH Chalons 3 AS sur clinique Autun, HD Le Creusot, CH Montceau	1 G sur CH Chalons 1 AS sur clinique HD Le Creusot
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 G sur CH Chalons 2 AS sur sites maternités niveau 1	1 G sur CH Chalons 2 AS sur sites maternités niveau 1
Médecine polyvalente	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS commune aux 2 territoires du département dans le cadre d'une collaboration public-privé	1 AS commune aux 2 territoires du département dans le cadre d'une collaboration public-privé
Hématologie		
Néphrologie		
Neurologie - UNV *	1 G USINV CH Chalons	1 G USINV CH Chalons
Pneumologie et endoscopie pneumo		
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS sur CH Chalons 0,5 AS par site autorisé en chirurgie avec SAU (première partie de nuit et week-end)	1 AS sur CH Chalons 0,5 AS par site autorisé en chirurgie avec SAU (première partie de nuit et week-end)
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS sur Chalons + 2 AS sur autres sites de maternité : Autun, Le Creusot	1 AS sur Chalons + Autun AS sur autre site de maternité : Le Creusot
Chirurgie de la main		
Chirurgie urologique	1 AS dans le cadre d'une coopération public-privé	1 AS dans le cadre d'une coopération public-privé
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	1 AS chirurgie vasculaire sur Chalons	1 AS chirurgie vasculaire sur Chalons
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS ORL sur le territoire	1 AS ORL sur le territoire
Ophthalmologie	1 AS ophtalmologie sur Chalons	1 AS ophtalmologie sur Chalons
Psychiatrie d'urgence	1 AS sur CH Chalons assurée par le CHS Sevreys	1 AS sur CH Chalons assurée par le CHS Sevreys
Biologie médicale	1 AS sur Chalons pour le territoire Dans l'attente du schéma territorial : maintien 1 AS sur Montceau	1 AS sur Chalons pour le territoire Dans l'attente du schéma territorial : maintien 1 AS sur Montceau
Radiodiagnostic et imagerie médicale / imagerie et interventionnelle	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS sur site pivot du territoire	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS sur site pivot du territoire
Pharmacie	2 AS sur le territoire	2 AS sur le territoire
Autres spécialités médicales	1 AS gériatrie sur Chalons pour le territoire	1 AS gériatrie sur Chalons pour le territoire

G = garde AS = astreinte	ZONE SUD SAONE ET LOIRE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022	PREPA SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2023- 2028
Cardiologie interventionnelle * / rythmo / angioplastie	1 à 2 AS pour le département selon les sites autorisés	2 AS pour le département
Cardiologie interventionnelle - rythmologie interventionnelle		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies congénitales (non concerné en BFC)		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		
USIC * - Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G sur USIC CH Mâcon	1 G sur USIC CH Mâcon
Gynécologie-obstétrique *	1 G sur maternité CH Mâcon 1 AS sur maternité CH Paray si < 1500 accts	1 G sur maternité CH Mâcon 1 AS sur maternité CH Paray si < 1500 accts
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente dont réa cardiaque post chir*	1 G sur CH Mâcon	1 G sur CH Mâcon
Pédiatrie-Néonatalogie - réanimation pédiatrique *	1 G sur CH Mâcon 1 AS sur maternité CH Paray	1 G sur CH Mâcon 1 AS sur maternité CH Paray
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 G sur CH Mâcon 1 AS sur CH Paray	1 G sur CH Mâcon 1 AS sur CH Paray
Médecine polyvalente	1demi-AS (week-end) sur site SAU	1demi-AS (week-end) sur site SAU
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS commune aux 2 territoires du département à organiser	1 AS commune aux 2 territoires du département à organiser
Hématologie		
Néphrologie		
Neurologie - UNV *	1 AS UNV CH Mâcon si mise en place d'une UNV en conformité avec le SRS	
Pneumologie et endoscopie pneumo		
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS CH Mâcon 1 AS CH Paray	1 AS CH Mâcon 1 AS CH Paray
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS sur CH Mâcon + 1 AS sur CH Paray (site de maternité)	1 AS sur CH Mâcon + 1 AS sur CH Paray (site de maternité)
Chirurgie de la main		
Chirurgie urologique	1 AS sur Mâcon : polyclinique Val de Saône	1 AS sur Mâcon : polyclinique Val de Saône
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	1 AS chirurgie vasculaire sur CH Mâcon	1 AS chirurgie vasculaire sur CH Mâcon
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS ORL sur CH Mâcon en collaboration public/privé	1 AS ORL sur CH Mâcon en collaboration public/privé
Ophtalmologie	1 AS sur CH Mâcon en collaboration public/privé	1 AS sur CH Mâcon en collaboration public/privé
Psychiatrie d'urgence	1 AS CH Mâcon	1 AS CH Mâcon
Biologie médicale	1 AS pour le territoire	1 AS pour le territoire
Radiodiagnostic et imagerie médicale / imagerie et interventionnelle	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : maintien de 2 AS	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : maintien de 2 AS
Pharmacie	2 AS : CH Mâcon et CH Paray	2 AS : CH Mâcon et CH Paray
Autres spécialités médicales	0	0

G = garde AS = astreinte	ZONE YONNE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDSES (dont activités réglementées *)	SCHEMA CIBLE DE LA PDSES 2017- 2022	PREPA SCHEMA CIBLE DE LA PDSES 2023- 2028
Cardiologie interventionnelle * / rythmo / angioplastie	1 AS Auxerre	1 AS Auxerre
Cardiologie interventionnelle - rythmologie interventionnelle		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies congénitales (non concerné en BFC)		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	2 G sur site USIC : CH Sens et CH Auxerre	2 G sur site USIC : CH Sens et CH Auxerre
Gynécologie-obstétrique *	1 G sur Auxerre 1 AS ou 1 G sur CH Sens selon niveau d'activité	1 G sur Auxerre 1 AS : CH Sens
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente dont réa cardiaque post chir*	2 G CH Sens et CH Auxerre	2 G CH Sens et CH Auxerre
Pédiatrie-Néonatalogie - réanimation pédiatrique *	1 G néonate sur Auxerre 1 AS CH Sens	1 G néonate sur Auxerre 1 AS CH Sens
Anesthésie dont anesthésie maternité	2 G maternité CH Sens	2 G maternité CH Sens et CH Auxerre 1 AS CH Auxerre
Médecine polyvalente	Auxerre : 1 demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit Sens : 1 demi-astreinte (de week-end) par site SAU	Auxerre : 1 demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit Sens : 1 demi-astreinte (de week-end) par site SAU
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS à organiser pour la zone	1 AS à organiser pour la zone
Hématologie		
Néphrologie		
Neurologie - UNV *	1 AS CH Sens si mise en place d'une UNV en conformité avec le SRS	1 AS CH Sens si mise en place d'une UNV en conformité avec le SRS
Pneumologie et endoscopie pneumo		
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS sur Sens 1 AS sur Auxerre	1 AS sur Sens 1 AS sur Auxerre
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS sur Sens 1 AS sur Auxerre	1 AS sur Sens 1 AS sur Auxerre
Chirurgie de la main		
Chirurgie urologique	1 AS sur Sens 1 AS sur Auxerre	1 AS sur Sens 1 AS sur Auxerre
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique		
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS à organiser pour la zone	1 AS à organiser pour la zone
Ophtalmologie	1 AS à organiser pour la zone	1 AS à organiser pour la zone
Psychiatrie d'urgence	1 AS sur le CH Sens et 1 AS sur le CH Auxerre assurées par le CHSY	1 AS sur le CH Sens et 1 AS sur le CH Auxerre assurées par le CHSY
Biologie médicale	2 AS CH Sens et Auxerre pour le territoire Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles	2 AS CH Sens et Auxerre pour le territoire Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles
Radiodiagnostic et imagerie médicale / imagerie et interventionnelle	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles dont 1 sur Auxerre	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles dont 1 sur Auxerre
Pharmacie	2 AS CH Sens et Auxerre pour le territoire Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles	2 AS CH Sens et Auxerre pour le territoire Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles
Autres spécialités médicales		

	ZONE CENTRE FRANCHE-COMTE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDSSES (dont activités réglementées *)	SCHEMA CIBLE DE LA PDSSES 2017- 2022	PREPA SCHEMA CIBLE DE LA PDSSES 2023- 2028
Cardiologie interventionnelle * / rythme / angioplastie	2 AS sur Besançon	2 AS sur Besançon
Cardiologie interventionnelle - rythmologie interventionnelle		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies congénitales (non concerné en BFC)		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies ischémiques et structurales de l'adulte		
USIC * - Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G par USIC : CHU Besançon, CH Dole, clinique St-Vincent	1 G par USIC : CHU Besançon, clinique St-Vincent
Gynécologie-obstétrique *	1 AS si <1500 accouchements : CH Dole et CHIHC 1 G si > 1500 accouchements : Polyclinique FC 1G + 1AS si > 2500 accouchements : CHU Besançon	1 AS si <1500 accouchements : CH Dole, CHIHC, Polyclinique FC 1G + 1AS si > 2500 accouchements : CHU Besançon
Neurochirurgie *	1 AS + 1 G internes CHU Besançon	1 AS + 1 G internes CHU Besançon
Neuroradiologie interventionnelle *	1 AS + 1 G internes CHU Besançon	1 AS + 1 G internes CHU Besançon
Réanimation médicale adulte *	1G CHU Besançon	1G CHU Besançon
Réanimation chirurgicale et polyvalente dont réa cardiaque post chir*	1 G CHU Besançon	1 G CHU Besançon
Pédiatrie-Néonatalogie - réanimation pédiatrique *	1G + 1 AS au CHU Besançon 1 AS PFC Besançon 1 AS CHI Haute Comté 1 AS CH Dole	1G + 1 AS au CHU Besançon 1 AS PFC Besançon 1 AS CHI Haute Comté 1 AS CH Dole
Anesthésie dont anesthésie maternité	3 G au CHU Besançon (Maternité, chirurgie cardiaque, bloc) + 3AS 1 G CH Dole 1 G CHI Haute Comté 1 G polyclinique FC Besançon 1 AS clinique St Vincent Besançon pour la cardiologie interventionnelle	3 G au CHU Besançon (Maternité, chirurgie cardiaque, bloc) + 3AS 1 G CH Dole 1 G CHI Haute Comté 1 G polyclinique FC Besançon 1 AS clinique St Vincent Besançon pour la cardiologie interventionnelle
Médecine polyvalente	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS + 1 G internes CHU Besançon	1 AS + 1 G internes CHU Besançon
Hématologie	2 AS + 1 G internes CHU Besançon	2 AS + 1 G internes CHU Besançon
Néphrologie	1 AS + 1 G internes USI CHU Besançon	1 AS + 1 G internes USI CHU Besançon
Neurologie - UNV *	1 G USINV + 1G d'interne CHU Besançon	1 G USINV + 1G d'interne CHU Besançon
Pneumologie et endoscopie pneumo	1 AS + 1 G internes CHU Besançon	1 AS + 1 G internes CHU Besançon
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1G CHU Besançon 0,5 AS par site SAU autorisé en chirurgie (1ere partie de nuit et WE)	1G CHU Besançon 0,5 AS par site SAU autorisé en chirurgie (1ere partie de nuit et WE)
Chirurgie viscérale et digestive	1G au CHU + 1 AS par site maternité	1G au CHU + 1 AS par site maternité
Chirurgie de la main	1 AS CHU Besançon	1 AS CHU Besançon
Chirurgie urologique	1 AS + 1 G internes CHU Besançon	1 AS + 1 G internes CHU Besançon
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	2 AS chirurgie cardio-thoracique CHU Besançon 1 AS chirurgie vasculaire CHU Besançon	2 AS chirurgie cardio-thoracique CHU Besançon 1 AS chirurgie vasculaire CHU Besançon
Chirurgie pédiatrique	2 AS + 1 G internes CHU Besançon	2 AS + 1 G internes CHU Besançon
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS ORL CHU Besançon 1 AS chirurgie maxillo-faciale CHU Besançon	1 AS ORL CHU Besançon 1 AS chirurgie maxillo-faciale CHU Besançon
Ophthalmologie	1 AS CHU Besançon	1 AS CHU Besançon
Psychiatrie d'urgence	1 Garde interne + 1 AS psychiatrie adulte CHU Besançon partagée avec CHS Novillars 1 AS pédopsychiatrie CHU Besançon selon les besoins 1 AS CHI HC 1 AS CH Dole assurée par CHS St Ylie	1 Garde interne + 1 AS psychiatrie adulte CHU Besançon partagée avec CHS Novillars 1 AS pédopsychiatrie CHU Besançon selon les besoins 1 AS CHI HC 1 AS CH Dole assurée par CHS St Ylie
Biologie médicale	3 AS + 1 G internes CHU Besançon Dans l'attente du schéma territorial : maintien des AS sur les autres sites SAU	3 AS + 1 G internes CHU Besançon Dans l'attente du schéma territorial : maintien des AS sur les autres sites SAU
Radiodiagnostic et imagerie médicale / imagerie et interventionnelle	1 G infra-régionale FC en télé-radiologie, Dans la période intermédiaire : 1 AS + 1 garde d'interne au CHU Besançon et 1 AS sur les autres sites SAU	1 G infra-régionale FC en télé-radiologie, Dans la période intermédiaire : 1 AS + 1 garde d'interne au CHU Besançon et 1 AS sur les autres sites SAU
Pharmacie	3 AS pour le territoire : CHU, CH Dole, CHIHC + 1 garde d'interne CHU Besançon	3 AS pour le territoire : CHU, CH Dole, CHIHC + 1 garde d'interne CHU Besançon
Autres spécialités médicales	1 AS infectiologie mutualisée avec CHU Dijon	1 AS infectiologie mutualisée avec CHU Dijon

G = garde AS = astreinte	ZONE JURA	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDSES (dont activités réglementées *)	SCHEMA CIBLE DE LA PDSES 2017- 2022	PREPA SCHEMA CIBLE DE LA PDSES 2023- 2028
Cardiologie interventionnelle * / rythmo / angioplastie		
Cardiologie interventionnelle - rythmologie interventionnelle		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies congénitales (non concerné en BFC)		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G par USIC : CHI Jura Sud	1 G par USIC : CHI Jura Sud
Gynécologie-obstétrique *	1 AS CHI Jura sud	1 AS CHI Jura sud
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente dont réa cardiaque post chir*	1 G CHI Jura sud	1 G CHI Jura sud
Pédiatrie-Néonatalogie - réanimation pédiatrique *	1 G CHI Jura sud	1 G CHI Jura sud
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 G CHI Jura sud	1 G CHI Jura sud
Médecine polyvalente	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit	1demi-AS (week-end) sur site SAU et 1 AS complète sur site d'urgences fermé la nuit
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS CHI Jura sud	1 AS CHI Jura sud
Hématologie		
Néphrologie	0	0
Neurologie - UNV *	1 AS UNV CHI Jura sud	1 AS UNV CHI Jura sud
Pneumologie et endoscopie pneumo	0	0
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS CHI Jura Sud	1 AS CHI Jura Sud
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS CHI Jura Sud	1 AS CHI Jura Sud
Chirurgie de la main		
Chirurgie urologique	1 AS CHI Jura Sud à mettre en place avec le CHRU	1 AS CHI Jura Sud à mettre en place avec le CHRU
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique		
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale		
Ophtalmologie		
Psychiatrie d'urgence	1 AS CHI Jura Sud assurée par CHS S-Ylie	1 AS CHI Jura Sud assurée par CHS S-Ylie
Biologie médicale	1 AS pour le territoire Dans l'attente du schéma territorial maintien 1 AS sur St-Claude	1 AS pour le territoire Dans l'attente du schéma territorial maintien 1 AS sur St-Claude
Radiodiagnostic et imagerie médicale / imagerie et interventionnelle	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles	1 G régionale ou infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire maintien des AS actuelles
Pharmacie	1 AS pour le territoire	1 AS pour le territoire
Autres spécialités médicales		

G = garde AS = astreinte	ZONE NORD FC	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022	PREPA SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2023- 2028
Cardiologie interventionnelle * / rythmo / angioplastie	1AS HNFC	1AS HNFC
Cardiologie interventionnelle - rythmologie interventionnelle		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies congénitales (non concerné en BFC)		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		
USIC * - Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G HNFC USIC	1 G HNFC USIC
Gynécologie-obstétrique *	HNFC : 2 G si > 3500 accouchements selon l'organisation interne mise en place	HNFC : 1 G + 1 AS
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente dont réa cardiaque post chir*	2 G HNFC	2 G HNFC
Pédiatrie-Néonatalogie - réanimation pédiatrique *	HNFC : 1 G + 1 AS + 1 garde d'interne	HNFC : 1 G + 1 AS + 1 garde d'interne
Anesthésie dont anesthésie maternité	2 G HNFC dont 1 G anesthésie maternité + 1 garde d'interne	2 G HNFC dont 1 G anesthésie maternité + 1 garde d'interne
Médecine polyvalente	0,5 AS (week-end)	0,5 AS (week-end)
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS HNFC	1 AS HNFC
Hématologie		
Néphrologie	1 AS USI HNFC	1 AS USI HNFC
Neurologie - UNV *	1 AS HNFC	1 AS HNFC
Pneumologie et endoscopie pneumo	1 AS HNFC	1 AS HNFC
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS HNFC + 1 garde d'interne	1 AS HNFC + 1 garde d'interne
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS HNFC	1 AS HNFC
Chirurgie de la main		
Chirurgie urologique	1 AS HNFC	1 AS HNFC
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique	1 AS chirurgie vasculaire HNFC	1 AS chirurgie vasculaire HNFC
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS HNFC	1 AS HNFC
Ophthalmologie	1 AS HNFC	1 AS HNFC
Psychiatrie d'urgence	1 AS Psychiatrie HNFC assurée par l'AHBFC	1 AS Psychiatrie HNFC assurée par l'AHBFC
Biologie médicale	1 AS HNFC pour le territoire	1 AS HNFC pour le territoire
Radiodiagnostic et imagerie médicale / imagerie et interventionnelle	1 G infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 demi-garde et une demi-AS HNFC	1 G infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 demi-garde et une demi-AS HNFC
Pharmacie	1 AS pour le territoire	1 AS pour le territoire
Autres spécialités médicales	1 AS de gériatrie à expérimenter	1 AS de gériatrie à expérimenter

G = garde AS = astreinte	ZONE HAUTE SAONE	
Liste des spécialités retenues dans le schéma régional PDES (dont activités réglementées *)	SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2017- 2022	PREPA SCHEMA CIBLE DE LA PDES 2023-2028
Cardiologie interventionnelle * / rythme / angioplastie		
Cardiologie interventionnelle - rythmologie interventionnelle		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies congénitales (non concerné en BFC)		
Cardiologie interventionnelle - cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		
USIC *- Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 G USIC GH Haute-Saône	1 G USIC GH Haute-Saône
Gynécologie-obstétrique *	1 AS GH Haute-Saône	1 AS GH Haute-Saône
Neurochirurgie *		
Neuroradiologie interventionnelle *		
Réanimation médicale adulte *		
Réanimation chirurgicale et polyvalente dont réa cardiaque post chir*	1 G GH Haute-Saône	1 G GH Haute-Saône
Pédiatrie-Néonatalogie - réanimation pédiatrique *	1 AS GH Haute-Saône	1 AS GH Haute-Saône
Anesthésie dont anesthésie maternité	1 G GH Haute-Saône	1 G GH Haute-Saône
Médecine polyvalente	1 demi-astreinte (de week-end) par site SAU et 1 AS commune aux sites de Lure et Luxeuil	1 demi-astreinte (de week-end) par site SAU et 1 AS commune aux sites de Lure et Luxeuil
Gastro-entérologie et hépatologie et endoscopie digestive	1 AS GH Haute-Saône	1 AS GH Haute-Saône
Hématologie		
Néphrologie	0	0
Neurologie - UNV *	1 AS dans le cas de la mise en place d'une UNV selon objectif du SRS	1 AS dans le cas de la mise en place d'une UNV selon objectif du SRS
Pneumologie et endoscopie pneumo	0	0
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AS GH Haute-Saône	1 AS GH Haute-Saône
Chirurgie viscérale et digestive	1 AS GH Haute-Saône	1 AS GH Haute-Saône
Chirurgie de la main		
Chirurgie urologique	1 AS GH Haute-Saône	1 AS GH Haute-Saône
Chirurgie cardiaque *, chir. vasculaire et thoracique		
Chirurgie pédiatrique		
ORL, odontologie, chirurgie maxillo-faciale	1 AS GH Haute-Saône	1 AS GH Haute-Saône
Ophthalmologie	1 AS GH Haute-Saône	1 AS GH Haute-Saône
Psychiatrie d'urgence	1 AS GH Haute-Saône assurée par l'AHBFC	1 AS GH Haute-Saône assurée par l'AHBFC
Biologie médicale	1 AS GH Haute-Saône pour le territoire	1 AS GH Haute-Saône pour le territoire
Radiodiagnostic et imagerie médicale / imagerie et interventionnelle	1 G infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS GH Haute-Saône	1 G infra-régionale en télé-radiologie Dans la période intermédiaire : 1 AS GH Haute-Saône
Pharmacie	1 AS GH Haute-Saône pour le territoire	1 AS GH Haute-Saône pour le territoire
Autres spécialités médicales	1 AS gériatrie pour le territoire à expérimenter	1 AS gériatrie pour le territoire à expérimenter

6.2.4 SOINS PALLIATIFS

6.2.4.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Après quatre plans nationaux dédiés aux soins palliatifs et à la fin de vie (SPFV) depuis 1999, un Nouveau Plan National de Développement des Soins Palliatifs et d'Accompagnement à la Fin de Vie 2021 – 2024 a été présenté par le président de la République en septembre 2021. Ce plan a été élaboré à partir des préconisations de l'IGAS en prenant en compte les enseignements de l'épidémie de COVID-19.

Par ailleurs, la circulaire du 25 mars 2008 qui pose les bases de l'organisation des soins palliatifs est en cours de réécriture et une nouvelle instruction doit être publiée en 2023. Aussi les référentiels des structures de soins palliatifs seront revus.

La fiche « soins palliatifs » 2023–2028 du schéma régional de Santé a pour objectif de répondre aux préconisations du plan national en préservant les organisations territoriales qui fonctionnent, en renforçant l'offre de soins palliatifs dans les territoires les moins bien dotés et en impliquant tous les acteurs du soin palliatif dans une démarche de prise en charge globale, graduée, correspondant aux besoins et aux souhaits du patient et de ses proches.

Les trois axes du nouveau plan national 2021-2024 concernent :

- L'appropriation des droits par les personnes malades ou en fin de vie. Ces missions sont principalement dévolues au Conseil National Soins Palliatifs et fin de Vie (CNSPV),
- Le développement de la formation et le soutien de la recherche en soins palliatifs,
- La mise en place de parcours de soins gradués et de proximité.

Au niveau de la formation universitaire : aucune filière de soins palliatifs n'existe en région Bourgogne-Franche-Comté.

Des formations pratiques sont dispensées aux professionnels de santé intervenant en soins palliatifs dans leur territoire par les équipes mobiles de soins palliatifs et des outils d'aide à la prise en charge ont également été élaborés mais il n'y a pas d'harmonisation concernant l'accès à la formation ou le programme des formations dispensées sur la région. Les outils d'aide à la prise en charge ne sont pas non plus partagés entre les équipes mobiles.

Comme sur le plan national, les prises en charge en soins palliatifs ont trop souvent lieu en urgence, peu de temps avant le décès sans qu'un travail de qualité ait pu être réalisé avec le patient et ses proches. Une des priorités de cette fiche sera, donc, d'organiser de l'anticipation des besoins de prise en charge en intégrant le plus tôt possible les valeurs et demandes du patient dans la prise en charge.

La région Bourgogne-Franche-Comté semble suffisamment dotée en nombre de structures de soins palliatifs (Unité de Soins Palliatifs, Equipe Mobile en Soins Palliatifs, Lit Identifié Soins Palliatifs...), sachant qu'une unité de soins palliatifs supplémentaire va être créée dans le territoire du Nord Saône-et-Loire. En revanche, la médecine de ville et les acteurs de premier recours (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, Etablissements et Services Médico-Sociaux, Hospitalisation A Domicile, Services de Soins Infirmiers A Domicile...) ne sont pas suffisamment acteurs de la prise en charge dans certains territoires.

La structuration de filières pluri-professionnelles permettant une gradation des soins, le recours à une expertise et dotées de système d'information communiquant est indispensable pour gagner en efficacité et faire monter en compétence tous les acteurs de la filière.

Une seule équipe mobile de soins palliatifs pratique la télésanté pour des consultations d'expertise ou de suivi alors que, par exemple, les EHPAD de la région sont équipés du matériel nécessaire pour y recourir. Sachant que le souhait des patients est majoritairement d'être pris en charge à domicile et que les déplacements sont très chronophages, le recours à la télésanté est indispensable tant pour faciliter le recours à l'expertise de l'équipe mobile en soins palliatifs pour les équipes des EHPAD, des établissements et services médico-sociaux ou de l'hospitalisation à domicile que pour maintenir un lien avec des patients souffrant de pathologie chronique qui pourraient bénéficier de téléconsultation à leur demande.

Le dernier axe de notre fiche SRS sera dédié aux aidants parce que l'aide informelle occupe une place essentielle dans la prise en charge du patient en soins palliatifs. L'aidant, qui bien souvent a du mal à s'identifier comme tel, peut très vite se retrouver dans une situation d'épuisement physique et mental qu'il n'a pas su ou pu éviter : c'est une problématique de santé publique majeure et reconnue.

Le SRS 2023–2028 se donne, donc, pour objectif d'organiser des dispositifs de repérage et de soutien des aidants en difficulté et de soutenir un projet de maison de répit dédiée aux soins palliatifs toutes situations confondues qui n'existe pas dans la région.

Au jour où nous rédigeons cette fiche, la convention citoyenne organisée par le Conseil économique, social et environnemental vient de rendre ses conclusions concernant une nouvelle loi sur la fin de vie et l'éventuelle application de l'aide active à mourir. La prise en compte de ces conclusions amènera de nouvelles évolutions dans la prise en charge en soins palliatifs et la publication d'une nouvelle stratégie décennale nationale est déjà annoncée.

6.2.4.2 OBJECTIFS

Objectif 1 : Conforter l'expertise en soins palliatifs en développant la formation initiale et continue, en soutenant la recherche

- 1- Demander le financement de 2 postes d'enseignants hospitalo-universitaire de médecine palliative, dont un en pédiatrie, afin de soutenir la création une filière universitaire de soins palliatifs en Bourgogne-Franche-Comté
- 2- Développer des formations « savoirs et savoir-faire » pour les acteurs des soins palliatifs des territoires par les structures expertes et mettre à disposition des outils d'appropriation des bonnes pratiques professionnelles
- 3- Soutenir les travaux de recherche régionaux contribuant à l'évolution et à l'amélioration des pratiques et à l'acculturation des professionnels de santé et des citoyens aux questions de fin de vie

Résultats attendus :

- 1 poste créé sur chaque université (Bourgogne et Franche-Comté), dont 1 en pédiatrie
- Au moins 4 modules par an et par territoire
- 100 % des travaux commandés par les membres du comité de pilotage ou de la cellule d'animation régionale

Objectif 2 : Organiser le repérage précoce et l'anticipation des besoins de prises en charge en soins palliatifs.

- 1- Identifier le plus précocement possible, dans les parcours de santé des patients, la part des soins qui relèvent de la démarche palliative
- 2- Structurer dans les parcours de soins des patients des étapes formalisées d'anticipation palliative : réunions pluri-professionnelles, création de RCP de situations complexes (ex : cancer, MNE, insuffisances d'organes, etc.)
- 3- Inciter les soignants à intégrer le plus tôt possible les valeurs et demandes du patient dans les décisions prises concernant son parcours de soins

Résultats attendus :

- 100 % des professionnels formés et 100 % des réunions de concertation pluridisciplinaire en 2028
- 100 % des prises en charge ont donné lieu à au moins un échange pluri-professionnel

Objectif 3 : Structurer une filière « soins palliatifs – fin de vie » pluri-professionnelle adaptée aux besoins de chaque territoire

- 1- Créer une cellule d'animation régionale de soins palliatifs telle que prévue par le cadre d'orientation national du 30 novembre 2022
- 2- Désigner une équipe mobile de soins palliatifs référente du domicile et des ESMS, par territoire, pour intervenir en appui des acteurs impliqués dans la filière palliative et formaliser les partenariats.
- 3- Structurer la prise en charge palliative : en repositionnant les lits identifiés soins palliatifs, avec les hôpitaux de jour, les hôpitaux de proximité et une offre suffisante de prise en charge dédiée en soins médicaux et réadaptation (ex-Soins de suite et de réadaptation), notamment pour les patients jeunes
- 4- Travailler sur l'organisation de permanence téléphonique de premier recours et d'astreintes techniques de soins palliatifs sur les territoires qui n'en disposent pas
- 5- Intégrer un volet palliatif dans les projets des dispositifs d'appui à la coordination sur l'appui d'un cahier des charges national à venir

Résultats attendus :

- La cellule régionale en fonctionnement au 1^{er} trimestre 2024
- 100 % de conventions de partenariat passées avec les structures d'hospitalisation à domicile (HAD), les établissements et services médico-sociaux et les établissements titulaires d'autorisation de LISP
- 100 % des projets des dispositifs d'appui à la coordination ont intégré un volet palliatif

Objectif 4 : Intégrer les outils numériques dans les pratiques de prise en charge en soins palliatifs

- 1- Promouvoir les outils de coordination partagés : système d'information et communiquant entre les acteurs
- 2- Développer le recours à la télésanté
- 3- Utiliser un outil permettant l'automatisation et l'harmonisation de la production des données d'activité des équipes mobiles de soins palliatifs à destination de la Cellule Régionale d'Animation des soins palliatifs et de l'ARS

Objectif 5 : Soutenir et accompagner les aidants des patients en soins palliatifs

- 1- Mettre en place des ateliers de formation, d'information et de soutien aux aidants afin de valoriser leur expérience d'aidant et de prévenir les situations d'épuisement
- 2- Organiser des dispositifs de repérage des aidants en difficulté et mobiliser les offres de soutien adaptées (psychologiques, sociales ou autres...)
- 3- Soutenir des solutions innovantes pour la prise en charge ou le répit des personnes en soins palliatifs et leurs aidants, hors du domicile et sans hospitalisation, pendant une période déterminée ou jusqu'à la fin de vie (ex : projet de maison de répit recevant des binômes patient/aidant, maisons ou appartements coordonnés, etc ...)

Résultats attendus

- Au moins un dispositif d'appui aux aidants mis en place par département à échéance 2028
- 100 % des aidants en difficulté se sont vu proposer une aide ponctuelle ou définitive.
- Au moins un projet innovant soutenu et travaillé avec l'ARS à échéance 2028

6.2.4.3 OBJECTIFS QUANTIFIES DE L'OFFRE DE SOINS

L'objectif est le maillage de toute la région et la coordination de toutes les ressources dont on dispose sur la région, en fonction des spécificités et de l'historique de chacun de ses territoires.

Les expérimentations de structures proposant des services diversifiés (ex : Unité de Soins Palliatifs, Equipe Mobile de Soins Palliatifs, Lits Installés Soins Palliatifs et Hôpital de jour) adaptés aux besoins de la population locale et aux ressources disponibles seront encouragées.

6.3 LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

6.3.1 PERSONNES AGEES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

6.3.1.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Contexte

- Une évolution sociétale à l'écoute des publics vulnérables et qui nécessitent la mobilisation de compétences médicales, médico-sociales et sociales ;
- De nouveaux besoins qui émergent avec la progression de l'espérance de vie, le vieillissement de la population ou l'augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies ;
- Un objectif de ne laisser aucune personne sans solution...
...Sont autant de raisons qui nécessitent d'adapter et de recomposer l'offre en établissements et en services médico-sociaux.

Dans un contexte de financements fortement contraints et d'obligations réglementaires en constante évolution, la gestion des moyens disponibles, par ailleurs essentielle, ne doit pourtant pas primer sur la définition des orientations politiques. Il importe de préserver le sens de l'action sociale et médico-sociale et l'esprit des lois ayant créé le droit à compensation et l'accès à des soins de qualité. Le réflexe du « dépenser moins » est à remplacer par la mobilisation collective pour « investir autrement ». Cela induit de travailler collectivement, dans la concertation et la co-construction, à l'évolution des pratiques, au maillage des réponses, à l'adaptation de l'offre, avec toujours en fil rouge l'intérêt de la personne fragilisée par la perte d'autonomie, qu'elle soit âgée ou en situation de handicap.

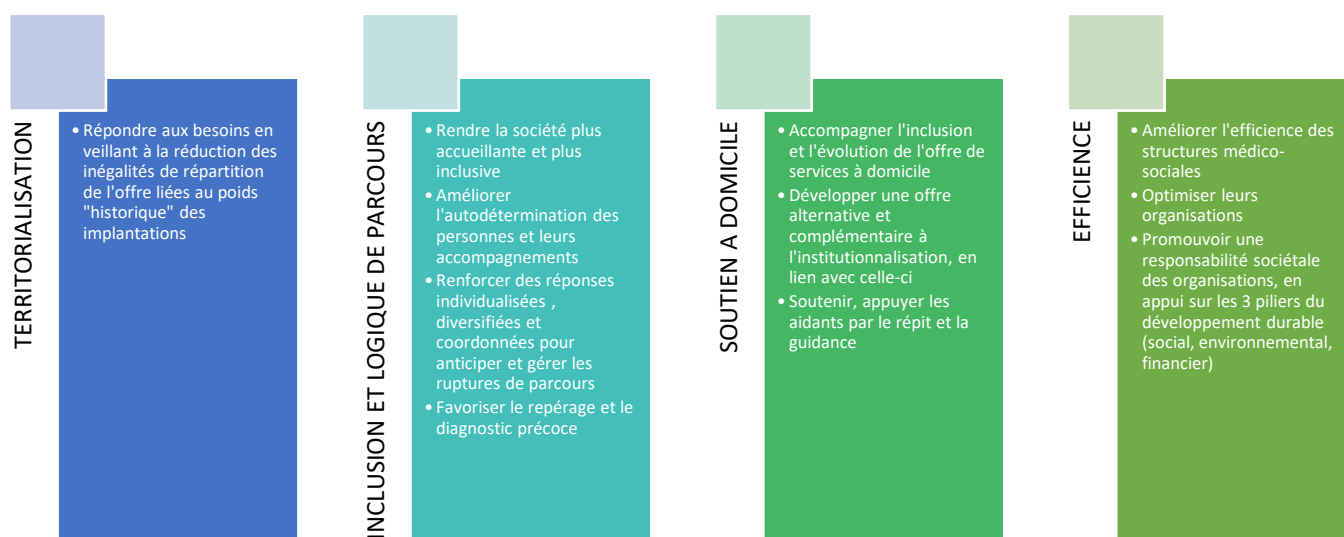
Les attentes d'accompagnement de proximité prenant en compte la situation de chaque personne dans sa globalité, selon une logique de parcours fluide, supposent de conduire dans la durée un rééquilibrage progressif et une recomposition de l'offre, de mobiliser autrement les ressources présentes dans les territoires. La mission « Une réponse accompagnée pour tous », la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021), la loi adaptation de la société au vieillissement (ASV), la stratégie Agir'Aidants, sous-tendent cette dynamique.

La *balkanisation* du secteur, la pénurie de professionnels qualifiés, le contexte réglementaire et technique de plus en plus complexe, la nécessaire expertise de l'accompagnement et de la prise en charge des publics (Alzheimer, maladies neurodégénératives, troubles du spectre autistique, mineurs au profil d'accompagnement complexe, handicaps rares, etc.) nécessitent, sans conteste, une évolution de la gouvernance du secteur.

La transformation de l'offre reste guidée par l'objectif d'une réponse de proximité, inclusive et adaptée aux besoins et attentes des publics visés. Elle s'inscrit nécessairement dans la durée et implique la mobilisation de tous les acteurs autour d'une stratégie partagée qui vise à assurer un traitement équitable de l'ensemble de nos concitoyens dans la région Bourgogne-Franche-Comté.

Cette fiche doit donc donner de la visibilité aux organisations gestionnaires et aux partenaires afin de mieux anticiper les évolutions à 5 ans et les accompagner aux changements à venir.

Principes généraux d'organisation : nos ambitions maintenues à nouveau pour 5 ans



Objectif 1 : répondre aux besoins en veillant à la réduction des inégalités territoriales de répartition de l'offre liées au poids « historique » des implantations

Les politiques de l'autonomie se sont déployées dans un contexte de diversité des dynamiques territoriales et de disparités des réponses dans les territoires. Le rééquilibrage territorial poursuit à nouveau pour 5 ans les principes suivants :

- 1- réduction des inégalités dans le cadre d'une restructuration de l'offre qui mobilise tous les types de structures dans une logique de « paniers de services » et d'articulation des ressources territoriales entre elles ;
- 2- optimisation des temps de transports et développement de l'offre « Hors les murs » et/ou itinérante, une donnée importante dans le champ médico-social pour limiter les déplacements des usagers, faciliter la vie des aidants et des professionnels notamment lorsque la prise en charge s'exerce au domicile.

La généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) (et la possibilité d'en conclure au niveau régional) constitue un levier majeur pour accompagner la recomposition et une adaptation fine de l'offre dans les territoires, dans un objectif de réduction des inégalités, de développement de l'activité et de renforcement de la qualité de l'accompagnement.

Objectif 2 : rendre la société plus accueillante et plus inclusive, améliorer l'autodétermination des personnes et leurs accompagnements et renforcer des réponses individualisées, diversifiées et coordonnées pour anticiper et gérer les ruptures de parcours

L'évolution des attentes des personnes âgées, des personnes en situation de handicap implique aussi de penser dès aujourd'hui et pour demain, d'autres types de réponses, qui articulent ressources du milieu ordinaire et réponses médico-sociales, offre collective et compensation individuelle, dans des approches personnalisées et individualisées.

Il convient d'accompagner les professionnels dans l'évolution de leur pratique professionnelle à travers les formations, la diffusion, l'appropriation et la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques. Le développement de la supervision et de l'analyse des pratiques au sein des structures doit être soutenu. Les partenaires du monde médico-social sont également à accompagner : éducation nationale, milieux professionnel et associatifs, réseau culturel, services sanitaires...

Il s'agit en complément de favoriser l'autodétermination des personnes : on ne se concentre pas sur leurs limites et leurs incapacités, mais sur leur potentiel et leurs aptitudes. Elle vise à favoriser la participation et l'exercice de la citoyenneté de la personne par l'utilisation d'outils de communication. L'autodétermination est un facteur de participation sociale et de qualité de vie.

C'est dans le territoire que se développent et se maillent des réponses plus globales aux personnes âgées ou handicapées et à leurs proches : en termes de logement adapté, de mobilité, de lutte contre l'isolement, de scolarisation et d'accès aux activités périscolaires, d'insertion professionnelle, d'accès aux loisirs et à la culture, etc.

L'enjeu de demain est donc le déploiement d'une réponse territorialisée « 100 % inclusive » pour faire vivre ces initiatives dans les bassins de vie des usagers, auprès du plus grand nombre de leurs interlocuteurs.

Pour ce faire, l'ARS déploie les outils et systèmes d'information utiles : Projet ESMS Numérique, Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), Viatrajectoire Grand Age (pour le secteur Personnes Agées), Viatrajectoire Handicap (pour le secteur Handicap) et Viatrajectoire Sanitaire (pour ce qui concerne l'offre SSIAD-SPASAD).

Objectif 3 : accompagner l'inclusion et l'évolution d'une offre de services à domicile¹⁷ : SSIAD, SPASAD, SESSAD, SAMSAH, SAAD, SAVS, ESA/ES-MND, dispositifs en secteur handicap, PCPE, activité « Hors les murs », habitat inclusif, ... dans un objectif de renforcement du soutien à domicile et une offre alternative à l'institutionnalisation

Les projections INSEE des personnes âgées de plus de 75 ans d'ici à 2030 nous engagent à devoir préparer l'avenir en restructurant notamment l'offre à domicile à l'échelle régionale. Les structures en faveur du maintien à domicile font face à de nouvelles problématiques, s'adaptent à une demande croissante et des caractéristiques de prise en charge des patients en constante évolution (profils polymorphes de patients). Fin 2015, la loi d'adaptation de la société au vieillissement par son article 49 avait donné une impulsion nouvelle aux SSIAD et SPASAD autorisés puisqu'il promeut le développement des expérimentations de SPASAD « intégrés ». A partir de 2023, la réforme relative aux Services Autonomie viendra consolider cette offre et l'inscrire dans un maillage régional complet, dont la professionnalisation sera à accompagner.

¹⁷ Services de Soins Infirmiers A domicile (SSIAD), Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD), Service d'Education et de Soins Spécialisés A Domicile (SESSAD), Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Service d'Aide A Domicile (SAAD), Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) et Equipes Spécialisées en Maladies Neuro-Dégénératives (ES-MND), Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE)

La première pierre posée à la construction des *dispositifs* dans le secteur Handicap avec les DITEP (*Dispositifs Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques*) verra très prochainement d'autres initiatives se développer de la même façon. Dès à présent l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne-Franche-Comté invite l'ensemble des gestionnaires du secteur handicap à lancer une dynamique de transformation de leur offre, sur la base des dispositifs par l'évolution de places d'hébergement permanent vers des accueils temporaires ou de jour.

Face au sujet prioritaire du développement de l'offre inclusive, l'ARS reste ouverte au partenariat avec les conseils Départementaux favorables à une transformation ou création de SAMSAH. En cas de besoin, et en ultime recours, l'Agence finance à 100 % l'offre SAMSAH si le besoin est mis en évidence.

Objectif 4 : se saisir de la réforme du secteur médico-social, améliorer l'efficacité des structures et optimiser les organisations en les responsabilisant socialement

La réforme du secteur médico-social amorcée en 2017 (généralisation des contrats annuels d'objectifs et de moyens, réforme des autorisations, financement à la ressource) entraîne une restructuration inéluctable du secteur, liée au risque financier qu'elle induit pour certains établissements ou services. L'enjeu est d'accompagner ces changements tout en veillant à maintenir une offre diversifiée, dynamique, adaptée économiquement aux personnes concernées dans un pilotage stable, efficient et durable.

La crise sanitaire COVID et la révélation de malversations financières conduisant à des organisations dysfonctionnantes et maltraitantes (affaire « ORPEA » de 2022 notamment) sont venues éprouver des équipes professionnelles. Les tensions en ressources humaines couplées aux attentes des familles et proches des usagers tendent les organisations. Dans ce contexte, et plus que jamais l'Agence Régionale de Santé, accompagnée des Conseils Départementaux, poursuivra son rôle de suivi, contrôle et inspection dans un objectif de régulation de la qualité des prises en charge et d'efficacité de la ressource publique.

La régulation du secteur réside également dans l'encouragement donné et l'accompagnement à la restructuration des établissements et services médico-sociaux (ESMS), par la constitution d'entités gestionnaires à la gouvernance solide et aux ESMS dont les tailles favoriseront la performance de leur organisation en termes de :

- 1- sécurité et qualité de l'accompagnement grâce à l'attractivité et la fidélisation de professionnels compétents, dont la permanence pourra être assurée ;
- 2- optimisation des ressources à travers la mutualisation de professionnels spécialisés (métiers en tension : orthophoniste, psychomotricien, neuropsychologues... Et fonctions supports : comptabilité, ESMS numérique, conseillers en transition énergétique et écologique...), de locaux, de ressources financières, de partenariats... ;
- 3- amélioration du bâti, notamment en appui sur les mesures SEGUR, favorisant la modernisation du secteur et son adaptation aux besoins des usagers de demain, avec l'assurance d'un accompagnement organisationnel par les autorités compétentes en cas de nécessaire délocalisation ;
- 4- suivi qualitatif des ESMS (activité, inspection, évaluation externe, suivi des inspections, Evénements Indésirables Graves (EIG), réclamations d'usagers, climat social, ...) grâce à un pilotage renforcé par les structures ;

- 5- promotion de politiques de Responsabilité Sociale des Organisations (RSO) pour amener toutes les structures médico-sociales à s’inscrire durablement dans le paysage social, sociétal, environnemental et financier par le biais d’évaluations régulières (baromètre) et de la définition de plans d’actions globaux, en appui sur les travaux de l’Agence Nationale de la Performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), du réseau RESET, ...
- 6- capacité à assurer une veille réglementaire et à répondre aux évolutions influençant directement et indirectement le secteur en matière de santé, d’action sociale et médico-sociale, d’éducation, de droit du travail, de fiscalité, d’environnement...

6.3.1.2 ORIENTATIONS SECTEUR PERSONNES AGEES

Ce qui guide l’action de l’ARS

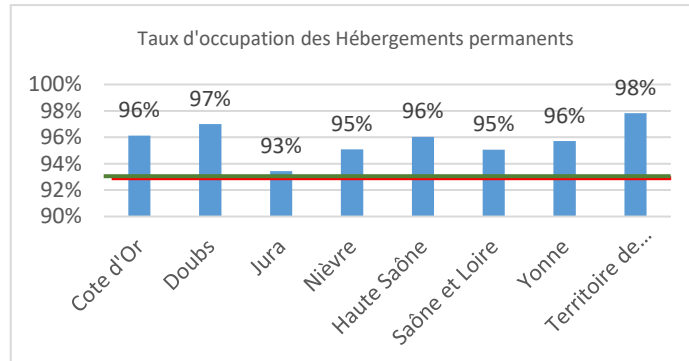
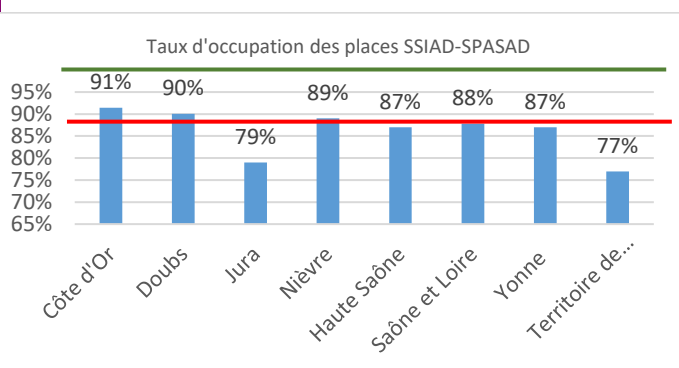
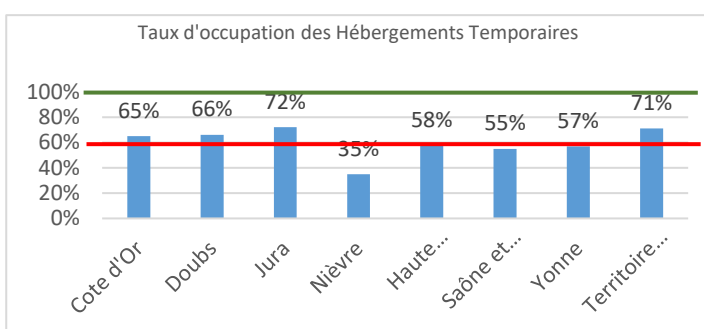
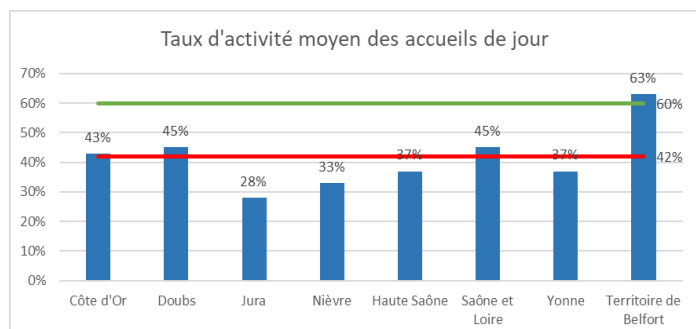
Personnes âgées	France	Bourgogne-Franche-Comté	Côte-d’Or	Doubs	Haute-Saône	Jura	Yonne	Yonne	Territoire de Belfort	Yonne
Démographie										
Personnes âgées de 75 ans et plus en 2015	6 063 000	290 217	51 091	47 607	24 166	28 184	29 661	67 505	12 678	38 225
Projection personnes âgées de 75 ans et plus 2040	10 272 135	501 637	88 349	81 174	42 691	48 683	46 612	107 983	20 332	66 013
% Evolution projetée 2015-2040	76,0%	67,7%	72,9%	70,5%	76,7%	73,4%	57,1%	60,0%	66,1%	69,6%
Taux d’équipement en places installées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus 01-2016										
Hébergement médicalisé en EHPAD	97,5	109,2	121,9	72,0	89,2	103,5	118,1	111,7	97,8	147,4
dont Hébergement en UHR	0,23	0,26	0,27	0,00	1,53	0,00	0,00	0,18	0,00	0,39
USLD	5,2	4,5	3,8	6,1	1,2	5,1	9,0	3,2	9,7	2,4
Hébergement non médicalisé en EHPA	19,3	16,3	7,6	14,6	10,9	26,1	8,5	33,1	6,6	10,9
SSSIAD et SPASAD hors ESA	19,7	20,4	19,1	22,1	23,5	23,5	21,5	18,1	20,9	18,9
ESA (en SSIAD et SPASAD Alzheimer et maladies apparentées)	0,8	0,7	0,8	0,6	0,8	0,7	1,0	0,6	0,8	0,8
Accueil de jour	2,3	2,8	2,5	3,1	1,9	4,3	2,5	2,0	6,5	2,6
Hébergement temporaire	1,9	2,2	2,8	2,4	0,5	2,8	1,1	2,3	1,6	3,1
Total places médicalisées et ESMS PA	127,6	139,4	147,6	103,3	117,4	136,3	151,2	135,2	135,0	171,7
Dépenses AM en € par habitant de 75 ans ou plus 2015										
Enveloppe médico-sociale personnes âgées (établissements et services médico-sociaux)	1 579	1 778	1 975	1 417	1 587	1 696	1 680	1 788	2 029	2 120
Dépenses USLD	168	143	108	169	36	157	265	113	410	83
Dépenses en Actes Infirmiers de Soins effectués en libéral	413	139	128	220	105	111	73	139	161	142
Total Dépenses Assurance Maladie	2 159	2 060	2 211	1 807	1 729	1 963	2 016	2 040	2 600	2 345
Dépense APA 2012 en € / PA de 75 ANS OU +	904	666	790	1 030	754	744	903	949	1 094	837
Nombre de bénéficiaires pour 100 habitants de 75 ans ou plus 12/2013										
Bénéficiaires de l’APA / 100 personnes de 75 ans ou +	20,8	21,4	20,4	22,0	19,5	18,3	22,1	24,0	22,3	20,5
dont % bénéficiaires APA à domicile GRI + GR2	19,1		16,0	17,4	18,6	11,3	14,0	13,0	22,6	16,5
Allocation supplémentaire minimum vieillesse (ASPA, ASVI) : Allocataires / 100 personnes 65 ans +	3,1	2,3	2,0	2,3	2,5	2,4	2,5	2,4	2,5	2,3
Bénéficiaires de pension d’invalidité / 100 personnes de 20 à 59 ans	2,0	2,1	1,7	1,6	2,6	2,2	2,8	2,0	1,5	3,1

Sources : Données CNSA, janvier 2022, documents préparatoires au dialogue de gestion annuel DGCS/CNSA/ARS BFC

Suivi de l'activité 2021 des ESMS PA :

En rouge : la moyenne régionale ; en vert la moyenne attendue (PRS 2018-2022)

Source : Comptes administratifs des EHPAD, 2021 – Rapports d'activité type des AJ, données 2021



Les principaux constats

- une offre institutionnalisée et de soutien à domicile disponible sur l'ensemble des 35 territoires de santé ;
- des taux d'équipement en EHPAD, Hébergements Temporaires (HT), Accueils de Jour (AJ), SSIAD variables selon les départements, une offre régionale supérieure à l'offre nationale en taux d'équipement moyen régional, désormais y compris en SSIAD ;
- une activité soutenue en Hébergement Permanent, mais inférieure à 60% dans plus de la moitié des AJ et HT, phénomène accentué par la Crise sanitaire COVID notamment pour les AJ qui peinent à retrouver une activité régulière ;
- un fonctionnement toujours existant d'hébergement Permanent sur des places d'Hébergements Temporaires (identifié lorsque l'activité est supérieure à 93%) ;
- un renforcement des coûts par place en région BFC :
 - 🔗 de tous les SSIAD (désormais > 15 500€ / place),
 - 🔗 des équipes spécialisées Alzheimer et Maladies Neuro-Evolutives (> 16 400€)
 - 🔗 des AJ dont l'activité était supérieure à 50% en 2019 (avant Covid) (13 000€/place)
- Un appui financier important grâce au SEGUR INVESTISSEMENTS en région : 14 millions d'euros pour 17 structures médico-sociales du secteur Personnes Agées ;
- des CPOM Socles « Transformation de l'offre personnes âgées » orientés sur l'activité des structures les partenariats et conventions, le soutien aux aidants, le développement du répit et de l'expertise gériatrique.

Evolutions (créations, transformation, coopérations)

L'année 2020 a été marquée par la création historique d'une nouvelle branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie, par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, par la suite précisée par la loi de financement de la sécurité sociale 2021.

L'ensemble du secteur Grand Age reste dans l'attente de l'évolution de la 5^{ème} branche de la Sécurité Sociale, qui se met en place au moment de la rédaction du PRS. Le Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a approuvé à l'unanimité le projet d'avenant 2021 à la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) entre l'Etat et la CNSA qui encadre le chemin de la transformation de la CNSA en une caisse de branche.

Ces jalons fixent le cadre de cette évolution majeure pour le secteur et l'Agence Régionale de Santé reste impliquée dans les travaux menés au niveau national.

Le développement de l'offre d'accompagnement à domicile s'accompagnera d'une concentration des EHPAD vers l'accueil de personnes âgées dont les besoins en soins et en accompagnement sont plus élevés.

La transformation du modèle des EHPAD est activée, en appui sur 3 piliers :

- Renforcer les ressources humaines,
- Ouvrir les EHPAD sur l'extérieur pour décloisonner les interventions entre domicile et établissement,
- Prévoir un milieu d'offre adapté aux enjeux démographiques.

Objectif 1 – Territorialisation

- 1- Développement de l'usage l'outil Viatrajectoire Grand Age dans tous les EHPAD et de ViaTrajectoire SANITAIRE dans tous les SSIAD-SPASAD
- 2- Coordination locale avec les dispositifs d'appui à la coordination et mise en place d'un système d'information favorisant la communication des places disponibles dans les territoires afin de fluidifier les sorties d'hospitalisation et les transferts vers le secteur médico-social
- 3- Développement de l'offre itinérante pour les accueils de jour
- 4- Transformation de l'offre Hébergement *Permanent* en Hébergement *Temporaire* en fonction des besoins recensés

Objectif 2 – Inclusion et logique de parcours

- 1- Adéquation des qualifications des professionnels aux profils de bénéficiaires accompagnés (ex : Assistant en Soins Gérontologiques parmi les équipes soignantes auprès des EHPAD accueillant des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer)
- 2- Développement de pôles type PASA dans chaque EHPAD, a minima pour ceux de plus de 80 places dès que la file active et l'architecture le permettent avec un accompagnement à l'adaptation du bâti le cas échéant, notamment grâce au Plan d'investissement SEGUR INVESTISSEMENT
- 3- Développement de la médicalisation et de l'expertise gériatrique en EHPAD (en appui sur les Centres Territoriaux de Ressources) et la montée en charge des filières gériatriques dans les territoires
- 4- Mobilisation des dispositifs d'appui à la coordination, autant que faire se peut, au bénéfice des personnes âgées des territoires et progression de la e-santé dans les EHPAD et les structures à domicile
- 5- Généralisation :

- du numérique dans les ESMS avec un niveau de maturité socle et le déploiement des services et référentiels socles du Ségur du numérique (DMP, MSS, INS, ...)
- de l'outil e-ticss et de ses usages dans les structures médico-sociales

Objectifs quantitatifs	Cible à atteindre
Développement des coopérations par conventionnement avec les SSR disposant d'une UCC	100 % des EHPAD conventionnés avec l'UCC de leur territoire
Développement des coopérations par conventionnement avec les établissements d'HAD, les équipes de soins palliatifs et de psychiatrie, et les infirmiers libéraux et/ou centres de soins infirmiers → intégration au CPOM Socle	100 % des EHPAD et SSIAD/SPASAD conventionnés avec les établissements HAD, équipes et professionnels de leur territoire
Garantie d'effectifs qualifiés en EHPAD, adaptés aux besoins des résidents hébergés (ETP Soins ou totaux / capacité HP autorisée)	<ul style="list-style-type: none"> - Ratio déclaré d'encadrement soins théorique > 0.5 - Ratio déclaré d'encadrement total théorique > 0.7
Mise en œuvre d'une politique de prévention, contrôle et surveillance du risque infectieux en EHPAD et SSIAD-SPASAD/SAD	<p>100 % des EHPAD intègrent le dispositif d'équipe mobile d'hygiène de territoire ou disposent de compétence en hygiène</p> <p>100 % des SSIAD-SPASAD/SAD développent une politique interne Hygiène</p>
Mise en œuvre d'une politique de qualité et gestion des risques en EHPAD et SSIAD-SPASAD/SAD	100 % des EHPAD, SSIAD-SPASAD/SAD s'appuient sur les travaux du ReQua voire adhèrent au ReQua pour mobiliser leurs équipes autour des concepts Qualité et gestion des Risques

Objectif 3 – Soutien à domicile

Les orientations du secteur « Soutien à domicile » 2018-2023 qui s'appuyaient sur les travaux réalisés en 2017 et 2018 concernant la prise en charge en SSIAD – SPASAD (Volet 1 – Diagnostic et volet 2 – Stratégie) restent d'actualité en BFC.

- 1- Mise en place d'une politique d'admission pour les SSIAD/SPASAD et ESA notamment à partir d'une liste d'attente actualisée comprenant les éléments d'évaluation des besoins (grille AGGIR, ...) de manière à anticiper l'adéquation entre besoins et offre disponible
- 2- Renforcement de la coopération entre SSIAD/SPASAD et Conseils Départementaux, notamment dans la transmission des éléments d'évaluation des besoins (GIR...)
- 3- Accompagnement du développement des Services Autonomie à partir de 2023 pour l'ensemble des SSIAD, SPASAD et SAAD du territoire
- 4- Accompagnement des Plateformes de Relais des Aidants dans leur déploiement et leur rayonnement territorial au bénéfice des aidants de personnes âgées, dont le relayage, la halte répit, ...
- 5- Développement des EHPAD Centres de Ressources Territoriaux (CRT) pour un maillage régional.

Objectif 4 – Efficience - RSO

- 1- Fin des créations d’EHPAD dont la capacité serait inférieure à 80 lits sauf à disposer d’un plan de création de places national qui interviendrait dans les 5 ans du PRS, la création de places nouvelles ne peut se faire que :
 - par fongibilité d’enveloppe du secteur sanitaire vers le secteur médico-social ;
 - ou par redéploiement interdépartemental ;
 - et avec l’accord des conseils départementaux concernés
- 2- Mise en place de coopérations voire mutualisation pour tous les ESMS (professionnels, fonctions, locaux, finances, partenariats, ...), en premier lieu pour les EHPAD de moins de 40 places
- 3- Politique d’investissement favorable :
 - aux structures favorisant les rapprochements / mutualisations,
 - dont la plus-value pour les personnes âgées est démontrée,
 - en lien avec les taux d’équipement locaux,
- 4- Limitation de toute politique d’investissement dès lors que l’EPRD/ ERRD montre une structure financière fragilisée (fond de roulement négatif, CAF < remboursement des emprunts, endettement important)
- 5- Engagement annuel des ESMS dans la campagne et l’utilisation des tableaux de bord de la performance dans le cadre de leur pilotage interne
- 6- Accroissement de l’expertise et ingénierie au sein des ESMS, de façon mutualisée, en matière de transition écologique et énergétique (CTEES), ESMS numérique, immobilier, ...

Objectifs quantitatifs	Cible à atteindre
Mesure et suivi de l’activité des ESMS avec accompagnement sur 3 ans avant reprise des crédits au prorata de l’activité réalisée <ul style="list-style-type: none"> - Hébergement permanent - Hébergement temporaire - Accueil de jour - SSIAD et SPASAD - PASA, UHR et plateformes de répit - DAC 	<ul style="list-style-type: none"> - 95 % sur 365 jours - 60 % (mais < 90%) sur 365 jours avec file active supérieure à 3 usagers/place - 60 % sur 260 jours - 95 % sur 365 jours - suivi des files actives, sans ciblage - file active par ETP de gestionnaire de cas comprise entre 30 à 40 situations suivies en gestion de cas « active »
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de projets personnalisés à l’entrée en SSIAD/SPASAD et en réévaluation annuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - 100 % des bénéficiaires de SSIAD/SPASAD
<ul style="list-style-type: none"> - Priorisation des admissions en SSIAD/SPASAD de manière à présenter un GMP moyen annuel cible, permettant une prise en charge quotidienne pour au moins 50% des bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> - GMP moyen annuel cible compris entre 700 et 750

Objectifs quantifiés de l’offre

Cf. PRIAC

6.3.1.3 ORIENTATIONS SECTEUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Ce qui guide l'action de l'Agence Régionale de Santé

Le pilotage des enveloppes médico-sociales s'appuie sur l'historique et les dotations déléguées aux Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) de chaque territoire, couplées aux populations actuelles et leurs projections à 2030, dans l'optique de disposer de clé de répartition des enveloppes nouvelles lorsqu'elles sont attribuées en région et afin de soutenir la transformation à moyens constants des départements qui disposent déjà d'une dotation par habitant supérieure à la dotation par habitant régionale.

En complément, l'action de l'ARS est guidée par les trois indicateurs nationaux attendus dans les Projets Régionaux de Santé (note de Mme CLUZEL, secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées) :

- Nombre de jeunes maintenus en établissement médico-social (EMS) pour enfants/adolescents faute de place en milieu adulte ;
- Part des enfants accueillis en structure médico-sociale et scolarisés dans le milieu ordinaire (quel que soit le temps de scolarisation) ;
- Part des services dans l'offre médico-sociale pour personnes en situation de handicap.

❶ Souhaitant s'appuyer sur l'outil ViaTrajectoire Handicap, l'ARS n'a pas renouvelé d'enquête spécifique auprès des établissements médico-sociaux pour mesurer le nombre de jeunes maintenus en aménagement Creton. La fiabilité des données est donc soumise à la qualité des saisies des maisons départementales pour personnes handicapées (MDPH) et des organismes gestionnaires en 2020 et en 2021. En 2021, la source « Annexes activité » a été privilégiée. Une enquête régionale pourrait être réactivée en 2023 si ViaTrajectoire n'est pas fiabilisé.

	Données 31/12/2018 (source : enquête auprès des ESMS)	Données 31/12/2019 (Source = enquête auprès des ESMS)	Données 31/12/2020 (Source = VT PH)	Données 31/12/2021 (Source = Annexes Activité)
21-Côte d'Or	67	52	5	55
25-Doubs	75	64	64	32
39-Jura	36	29	1	48
58-Nièvre	11	6	NC	9
70-Haute Saône	22	17	NC	53
71-Saône et Loire	33	15	30	39
89-Yonne	10	2	3	2
90-Terr. De Belfort	26	26	36	46
BFC	280	211	139	284

❷ Concernant la part des jeunes scolarisés (moins de 16 ans), l'ARS a coordonné, depuis 3 ans, une enquête avec l'Education Nationale. A partir de 2022, cette étude est pilotée par le CREAI BFC, sous l'égide de l'ARS et de l'Education Nationale.

	Au 01/12/2018	Au 01/02/2021
21-Côte d'Or	20%	53% ↗↗
25-Doubs	46%	53% ↗
39-Jura	17%	27% ↗
58-Nièvre	78%	76% →
70-Haute Saône	42%	51% ↗
71-Saône et Loire	34%	59% ↗↗
89-Yonne	34%	68% ↗↗
90-Terr. De Belfort	56%	61% ↗
BFC	39%	53% ↗

Au-delà de cet aspect purement quantitatif, notons, en région :

- La création de 9 Equipes Mobiles d'Appui Médico-social à la Scolarisation (EMAS) entre septembre 2019 et septembre 2021,
- L'expérimentation de 15 Pôles d'Appui à la Scolarisation (PAS),
- Le développement de l'externalisation d'unités d'enseignement (UE) :
 - passant de 108 en 2018 à 155 en 2021
 - sans compter les créations de 18 unités d'enseignements maternelle Autisme et 9 Unités d'enseignements élémentaires Autisme
 - auxquelles il conviendra d'ajouter la création de 3 unités d'enseignements externalisées pour élèves en situation de polyhandicap à la rentrée 2022,
- Le lancement de 8 réseaux départementaux « PRISME » favorisant l'insertion professionnelles des jeunes en sortie d'IME et SESSAD, ou amont d'une admission en ESAT.

❸ L'indicateur « Part des services dans l'offre médico-sociale » est un indicateur devenu caduque.

En effet, le développement des autorisations en dispositif (100 % des ITEP sont devenus DITEP en Bourgogne Franche-Comté en 2019) et le mouvement enclenché de transformation de l'offre induit nécessairement la diminution du nombre de places en SESSAD.

Les établissements médico-sociaux, et plus particulièrement dans le champ de l'enfance, ont désormais la possibilité de disposer d'un nombre de places défini de Prestations en Milieu Ordinaire (PMO). Conformément au guide pour l'application des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnement des personnes handicapées ou malades chroniques (Direction Générale de la Cohésion Sociale, janvier 2018), l'Agence Régionale de Santé favorise l'objectif général de souplesse accordé et la nécessaire appréciation, au cas par cas, des autorisations accordées.

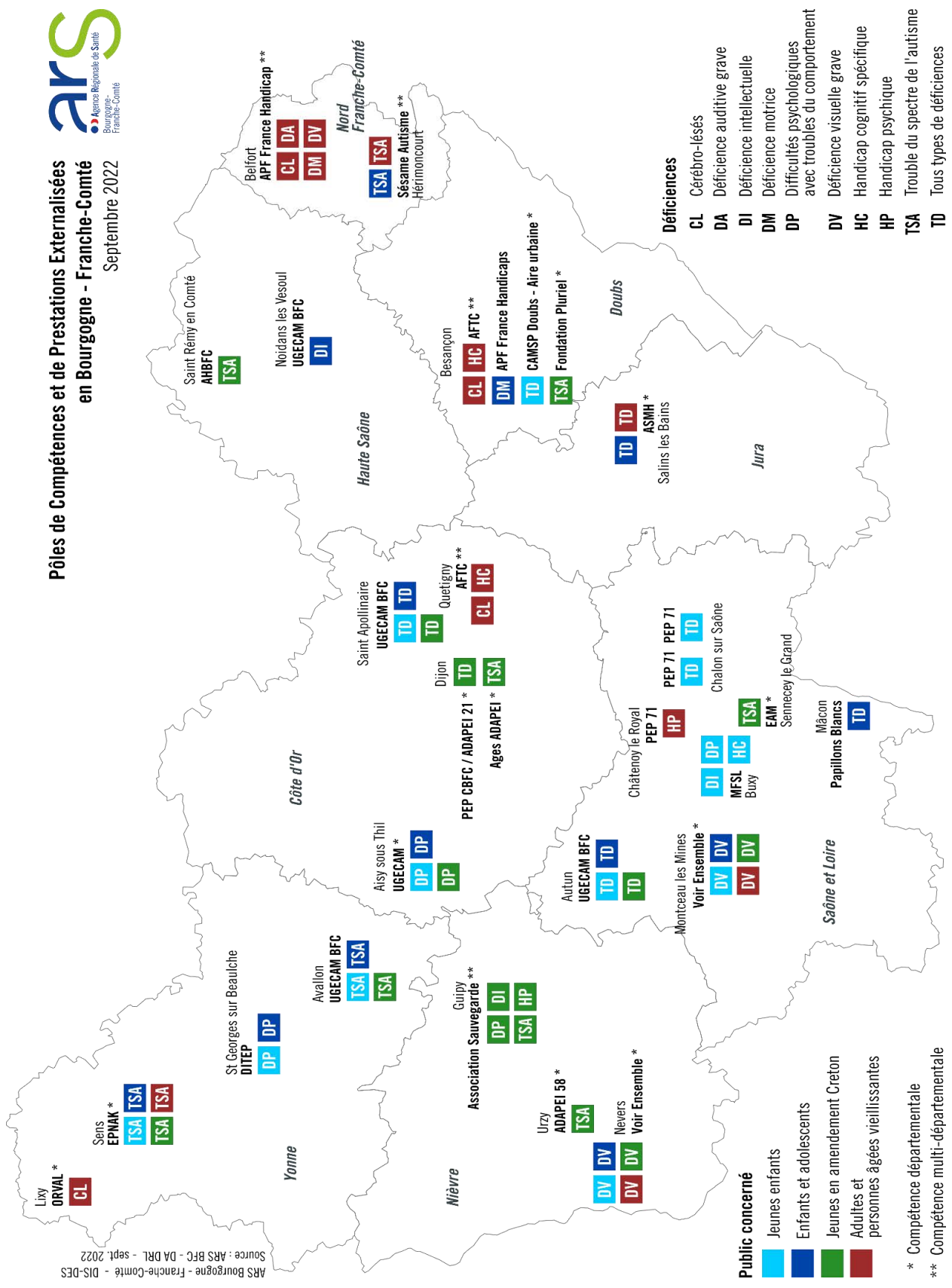
Notons cependant que ces aménagements se heurtent aux systèmes d'informations existants, pour la plupart structurés et paramétrés uniquement en place : FINISS, ROR, ViaTrajectoire Handicap, SI-SDO.

Le suivi d'activité devient désormais l'outil privilégié par l'ARS pour apprécier de mouvement inclusif, dans l'attente du déploiement de l'outil SERAFIN-PH.

Du point de vue qualitatif, le développement des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) s'est poursuivi en région, atteignant désormais 43 GEM (28 GEM Psy, 7 GEM Traumatisés Crâniens, 8 GEM Troubles du Spectre Autistique) et la dynamique de transformation de l'offre a largement bénéficié du déploiement en région des Pôle de Compétences et Prestations Externalisées (PCPE) avec la création entre 2019 et 2022 de 29 PCPE.



Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées en Bourgogne - Franche-Comté
Septembre 2022



Source : ARS BFC - DA DRL - sept. 2022
ARS Bourgogne - Franche-Comté - DIS-DES

Public concerné

- Jeunes enfants
- Enfants et adolescents
- Jeunes en aménagement Creton
- Adultes et personnes âgées vieillissantes

Déficiences

- CL Cérébro-lésés
- DA Déficience auditive grave
- DI Déficience intellectuelle
- DM Déficience motrice
- DP Difficultés psychologiques avec troubles du comportement
- DV Déficience visuelle grave
- HC Handicap cognitif spécifique
- HP Handicap psychique
- TSA Trouble du spectre de l'autisme
- TD Tous types de déficiences

* Compétence départementale
** Compétence multi-départementale

L'inclusion et la prise en charge précoce s'articulent également grâce à l'offre en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et Centre Médico-Psychologique Pédiatrique (CMPP) en région. Par mesure d'équité territoriale, les CAMSP de Franche-Comté ont bénéficié d'importants renforcements en 2018, 2019, 2020 et 2021 pour un total de 1 522 000€. L'activité de ces structures, la définition d'objectifs et indicateurs, leur suivi, fait l'objet d'un travail spécifique en lien avec la mission Neuro-Développement de l'enfant depuis 2022.

L'accompagnement financier de cette transformation régionale de l'offre médico-sociale s'inscrit dans la pluri annualité. Sa traduction est formalisée annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire dans la partie : « Apport en reconduction et taux d'évolution », en référence aux couts place de référence régionaux ou nationaux en cas d'échantillon faible en région.

Principaux constats

87 organismes gestionnaires œuvrent en Bourgogne-Franche-Comté pour l'offre Handicap.

L'offre régionale reste supérieure à l'offre nationale en taux d'équipement moyen. Ainsi, les taux d'équipement ne sont plus l'indicateur utilisé pour la prise de décision régionale : chaque territoire disposant d'une feuille de route, il lui appartient de décliner territorialement les crédits délégués (historiquement ou crédits nouveaux) en fonction et des besoins exprimés dans son territoire :

- L'ARS, ne disposant pas de données chiffrées fiables et sécurisées concernant les listes d'attente ou les jeunes en Amendement Creton, accentue le travail de déploiement des systèmes d'information et leur fiabilisation (ViaTrajectoire, ROR et SI-SDO) ;
- La mise en place des CPOM Socle a conduit à la mise en place de comités territoriaux de transformation pour suivre ces feuilles de routes territoriales à partir de diagnostics départementaux (lancement en 2022) ;
- L'évolution vers les Communautés 360 de nouvelle génération n'en sera que facilitée, au bénéfice des situations complexes et des particularités des territoires.

Des CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) qui accueillent toujours des enfants de plus de 6 ans et une hétérogénéité dans la répartition de leur activité entre diagnostic et soins.

Evolutions (créations, transformation, coopérations)

Depuis 2014 et la démarche « une réponse accompagnée pour tous », la Conférence nationale du handicap (CNH) de mai 2016 renouvelée en 2020 et 2021, sous l'autorité du Président de la République pour l'action publique relative à l'offre du secteur Personnes en situation de Handicap, s'est consacrée à l'évolution de l'offre et des pratiques en faveur de l'inclusion.

Parallèlement l'outillage du secteur se poursuit : réforme des autorisations et de la nomenclature FINESS (2017), généralisation du tableau de bord de la performance (2019), outil SERAFIN-PH (expérimentations en cours), lancement du ROR en région (2021) et du système d'information relatifs aux Suivis de Décisions et Orientations (SI-SDO), en appui sur Viatrajectoire Handicap (VT-PH).

Les orientations du secteur « Personnes Handicapées » s'appuient donc sur une forte volonté gouvernementale en faveur de l'inclusion des enfants et adultes en situation de handicap, pour une société « réellement inclusive » qu'il conviendra de construire avec l'ensemble des intervenants concernés (cf. note complémentaire à l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé). Cette mutation se fera dans le temps, dans un souci d'accompagnement à la transformation de l'offre, tant pour les personnes accompagnées et leurs proches que pour les professionnels médico-sociaux.

Objectif 1 – Territorialisation

- 1- Configuration d'une offre de service médico-sociale de proximité dans tous les territoires s'appuyant sur les collaborations avec :
 - les comités territoriaux de transformation de l'offre ;
 - les Communautés 360 ;
 - le secteur sanitaire institutionnel et libéral en termes d'accès aux soins : les dispositifs Education Nationale en termes de scolarisation ; le Conseil régional.
- 2- Développement de la prise en charge des personnes handicapées à domicile par création de place de SSIAD/SAD et ou SAMSAH, financés au besoin par l'Assurance Maladie à 100 % en l'absence d'engagement par les Conseils Départementaux ;
- 3- Développement des outils ROR, Viatrajectoire et SI-SDO dans tous les ESMS PH ;
- 4- Dynamisation, soutien et promotion de toutes les initiatives en faveur de l'inclusion au sein de la cité (habitat inclusif, consultations dédiées, coordinations de soins, aide aux aidants, réseaux formalisés de professionnels et référent unique pour les familles autour des troubles du neuro-développement de l'enfant...) ;
- 5- Suite à l'identification des acteurs jouant un rôle de fonction ressource dans leur territoire, diffusion et mise à disposition des expertises ciblées dans un objectif de transfert de compétence et étayages des situations complexes (cible : annuaire des fonctions ressources).

Objectif 2 – Inclusion et logique de parcours

- 1- Développement d'une offre inclusive en favorisant des dispositifs ou plateformes d'expertise, souples et modulaires : accueils séquentiels, foyer d'accueil médicalisé (FAM) et/ou Etablissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT) et/ou maison d'accueil spécialisée (MAS) « hors les murs », accueil temporaire, accueil de jour, équipes mobiles, pôles de compétence et de prestations externalisées (PCPE), pôles ressources... : à moyens constants par redéploiement ou transformation ; par mesures nouvelles si crédits nationaux
- 2- Participation active de tous les ESMS-PH :
 - à l'insertion sociale et professionnelle « hors les murs » des personnes en situation de handicap (ex : GEM, Club House)
 - à l'accompagnement à l'insertion et la requalification professionnelle, conformément à aux Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP)
- 3- Les transformations de l'offre « institutionnelle » vers l'offre « de service » seront réalisées en s'assurant que les relais utiles et nécessaires peuvent être faits et ne provoquent ni rupture de parcours, ni déficit de l'offre institutionnelle
- 4- Afin d'éviter les situations de jeunes adultes maintenus en secteur enfant faute de place en secteur adulte, anticipation des parcours et projets de vie, de tous les jeunes dès l'âge de 16 ans avec obligation de Plans d'Accompagnement Global (PAG) dès 21 ans le cas échéant
- 5- Tous les ESMS utilisent des outils d'aide à la communication repris par l'environnement familial formé ;
- 6- Renforcement de la coopération entre SSIAD/SPASAD et Conseils Départementaux, notamment dans le cadre du développement des Services Autonomie à partir de 2023
- 7- Dans le cadre d'une planification et programmation conjointes avec les services de l'Education Nationale : poursuite de l'externalisation des unités d'enseignement ; étayage des scolarisations individuelles et collectives dans les lieux de scolarisation et dans l'ensemble de leurs lieux de vie
- 8- Avec une vigilance particulière à l'évolution du bâti

- 9- Construction et déploiement d'un plan d'action régional en faveur de l'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap (plan régional de formation, diagnostic régional des besoins et ressources, accompagnement à la transformation de l'offre des structures concernées, ...)
- 10- Mobilisation des dispositifs d'appui à la coordination, autant que faire se peut, au bénéfice des personnes en situation de handicap des territoires et progression de la e-santé dans les EHPAD et les structures à domicile
- 11- Généralisation :
 - du numérique dans les ESMS avec un niveau de maturité socle et le déploiement des services et référentiels socles du Ségur du numérique (DMP, MSS, INS, ...)
 - de l'outil e-TICSS et de ses usages dans les structures médico-sociales

Objectifs quantitatifs	Cible à atteindre
Diminution du nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de « l'Amendement Creton »*	Réduction de 20 % par an du nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants
Scolarisation à l'école, c'est-à-dire en dehors d'une unité d'enseignement implantée dans un établissement spécialisé, des enfants accompagnés dans ces structures*	Taux de scolarisation en milieu ordinaire porté à 50 % d'ici 2020 et 80 % au terme du PRS
Mise en place d'un outil de repérage simplifié et de coordination du parcours diagnostique de l'enfant	100 % des enfants pour lesquels un trouble du neurodéveloppement est suspecté (<i>troubles du spectre autistique, déficience intellectuelle, troubles des apprentissages, troubles du déficit attentionnel avec ou sans hyperactivité</i>)
Participation systématique aux sollicitations de la MDPH à participer aux Groupes Opérationnel de Synthèse (GOS)	100% de réponse favorable aux sollicitations pour tous les ESMS concernés (CPOM Socle)
Développement des coopérations par conventionnement avec les équipes HAD, soins palliatifs, psychiatrie	100 % des MAS et EAM
Développement de consultations dédiées aux PH dans les établissements de santé	1 dispositif dédié par département

*Objectifs quantitatifs et cibles apportés par la note complémentaire à l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé – « Fiche annexe « indicateurs de suivi de la recomposition de l'offre médico-sociale ».

Objectif 3 – Soutien à domicile

- 1- Systématisation de la guidance parentale assurée par les ESMS s'appuyant sur le rôle d'expertise des familles et des proches afin de leur permettre de devenir pleinement co-auteurs de l'accompagnement délivré
- 2- Accompagnement des Plateformes de Relais des Aidants dans leur déploiement et leur rayonnement territorial au bénéfice des aidants de personnes en situation de handicap, dont le relayage
- 3- Développement des dispositifs de répit autisme dans l'ensemble des départements
- 4- Mise en place de structures enfance-adolescence proposant une ouverture « de répit » durant les week-end et vacances scolaires

Objectifs quantitatifs	Cible à atteindre
<i>Généralisation du travail en mode dispositif* (=3 modalités d'accompagnement : hébergement, prestations à milieu ordinaire, accueil de jour)</i>	100% des structures Enfance disposent d'une autorisation type Dispositif
<i>Intégration des SSIAD-SPASAD PH dans Viatrajectoire Sanitaire</i>	100% des places SSIAD-SPASAD PH enregistrées et mises à jour dans VT SAN
<i>Diversification de l'offre Adulte au profit de la prise en charge inclusive (accueil de jour ou temporaire)</i>	50% des MAS-EAM proposent au moins un type d'offre différent de l'hébergement permanent

Objectif 4 – Efficience - RSO

- 1- Mesure et suivi de l'activité des ESMS à partir du guide national CNSA « Mesure de l'activité des ESMS » et mise en œuvre du décret relatif à la modulation à l'activité en secteur PH
- 2- Activité des CAMSP, CMPP, SESSAD priorisée sur la prise en charge précoce, avec une part de leur activité équilibrée entre bilans et suivis, avec définition des attendus dans les CPOM socle
- 3- Politique d'investissement durable et favorable : aux structures favorisant les rapprochements/mutualisations ; dont la plus-value pour les personnes en situation de handicap est démontrée dans un objectif d'inclusion dans la cité ; dans le respect de la transition écologique et économique.
- 4- Limitation de toute politique d'investissement dès lors que l'EPRD/ERRD montre une structure financière fragilisée (fond de roulement négatif, CAF < remboursement des emprunts, endettement important) et vigilance des trajectoires financières, notamment liées aux frais de transports et évolution du bâti
- 5- Engagement annuel des ESMS dans la campagne et l'utilisation des tableaux de bord de la performance dans le cadre de leur pilotage interne
- 6- Mise en place d'une équipe de diagnostic précoce autiste conforme aux recommandations nationales de bonnes pratiques professionnelles dans chaque département, opérationnelle avec une collaboration sanitaire/médico-sociale formalisée
- 7- Optimisation de la chaîne de transmission des informations entre l'Education nationale, les PMI, et les ESMS grâce aux outils e-santé pour les enfants atteints de troubles du neuro-développement,
- 8- Croissance de l'expertise et ingénierie au sein des ESMS, de façon mutualisée, en matière de transition écologique et énergétique (CTEES), ESMS numérique, immobilier...

Objectifs quantitatifs	Cible à atteindre
Mesure et suivi de l'activité des ESMS dans le cadre de la contractualisation CPOM Socle, en appui sur le guide national CNSA « mesure de l'activité en ESMS »	- Augmentation des files actives - Diminutions des listes d'attente
Remplissage de l'outil national d'appui à l'évolution de l'offre médico-sociale pour personnes présentant des troubles du spectre autistique (TSA)	- 100 % des ESMS qui accompagnent des personnes avec TSA
Mise en place de coopérations voire mutualisations pour tous les ESMS (professionnels, fonctions, locaux, finances, partenariats, ...)	- 100% des ESMS-PH disposeront d'une mise en coopération voire mutualisation
Mise en œuvre d'une politique de prévention, contrôle et surveillance du risque infectieux en ESMS PH	- 100% des ESMS PH intègrent le dispositif d'équipe mobile d'hygiène de territoire ou disposent de compétence en hygiène
Mise en œuvre d'une politique de qualité et gestion des risques en ESMS PH	100 % des ESMS PH s'appuient sur les travaux du ReQua voire adhèrent au ReQua pour mobiliser leurs équipes autour des concepts Qualité et gestion des Risques

Objectifs quantifiés de l'offre

Cf. PRIAC

6.3.2 PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

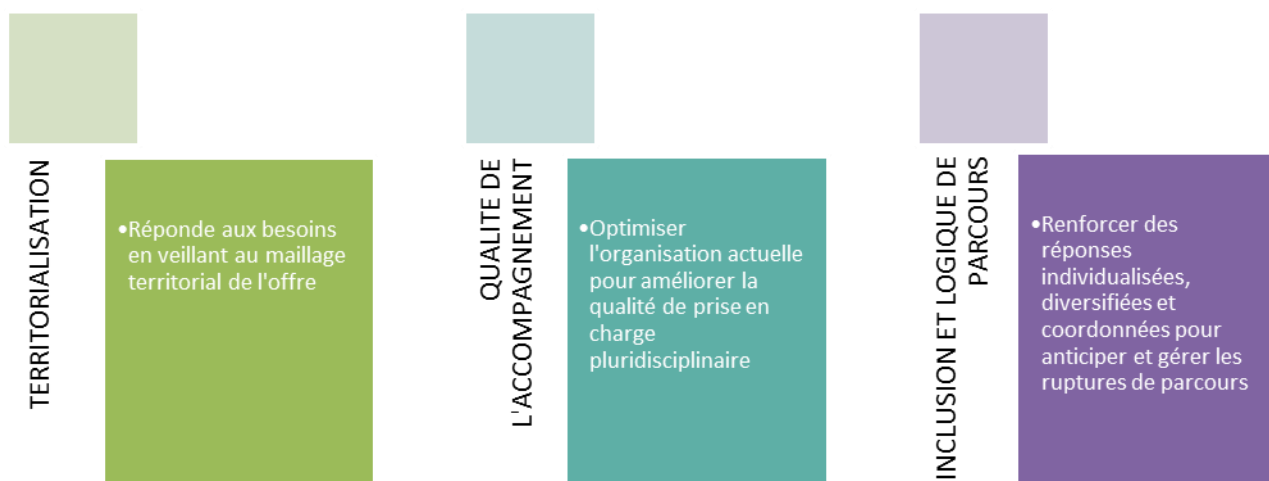
6.3.2.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (Appartements de coordination thérapeutique-ACT, Lits Haltes soins santé-LHSS, Lits accueil médicalisé-LAM, Centres de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie-CSAPA, Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues-CAARUD) sont financés *via* des crédits ONDAM spécifiques, indépendamment des financements pour les établissements accueillant des personnes âgées ou personnes en situation de handicap.

Cette particularité permet de prendre en compte, spécifiquement, les besoins particuliers de prise en charge de ce public. En effet, chaque dispositif répond à des critères d'accompagnement et de prise en charge. Les LHSS, les LAM et les ACT permettent un accompagnement gradué dans la prise en charge de pathologies en lien avec la situation de précarisation de l'utilisateur, chaque dispositif disposant d'un nombre de places déterminé.

Les CSAPA et les CAARUD proposent un accompagnement gradué, en ambulatoire en majorité, afin d'accompagner les personnes souffrants d'addictions dans leur prise en charge globale (santé, psychologique, sociale et éducative). Ces structures ne fonctionnent pas à un nombre de place, mais les équipes mises en place accueillent et accompagnent les usagers demandeurs.

Principes généraux d'organisation : nos ambitions à 5 ans



Ces 3 ambitions combinées ont pour finalité, à terme de proposer une réponse de proximité, favorisant un accompagnement pluridisciplinaire, gradué tout en fluidifiant les parcours de prise en charge.

Les personnes en situation de précarité-vulnérabilité

cf PRAPS

Les personnes souffrant d'addictions

Le parcours Addictions est traité dans le livret relatif aux parcours de santé (parcours Addictions) et dans le livret relatif à la prévention (prévention thématique Addictions)

Les conduites addictives sont un problème majeur de santé publique justifiant une politique de prévention, de soin et de réduction des risques et des dommages

Toutes les catégories de la population sont concernées mais certains publics sont plus vulnérables, notamment les adolescents. Du fait du caractère multifactoriel des addictions, la prise en charge nécessite une approche globale, avec des interventions diversifiées et coordonnées.

Ainsi, la diversité des acteurs et des aides mobilisés, permet de proposer un accompagnement pluridisciplinaire, dans une logique de transversalité et de complémentarité, adapté aux besoins de la personne. L'approche parcours de santé en addictologie est essentielle pour apporter des réponses individuelles adaptées et proportionnées à chaque situation. Elle vise également à permettre la continuité des soins entre les différentes structures et professionnels mobilisés tout au long de la prise en charge des patients.

Les réponses, adaptées en fonction de l'usage (ou mésusage), doivent porter sur toutes les formes d'addictions, qu'elles soient liées à une ou plusieurs substances psychoactives (alcool, drogues illicites, tabac, médicaments) ou à un comportement (addiction aux jeux par exemple). La réduction des risques et des dommages poursuit son développement, tout en étant partie intégrante du processus de soin.

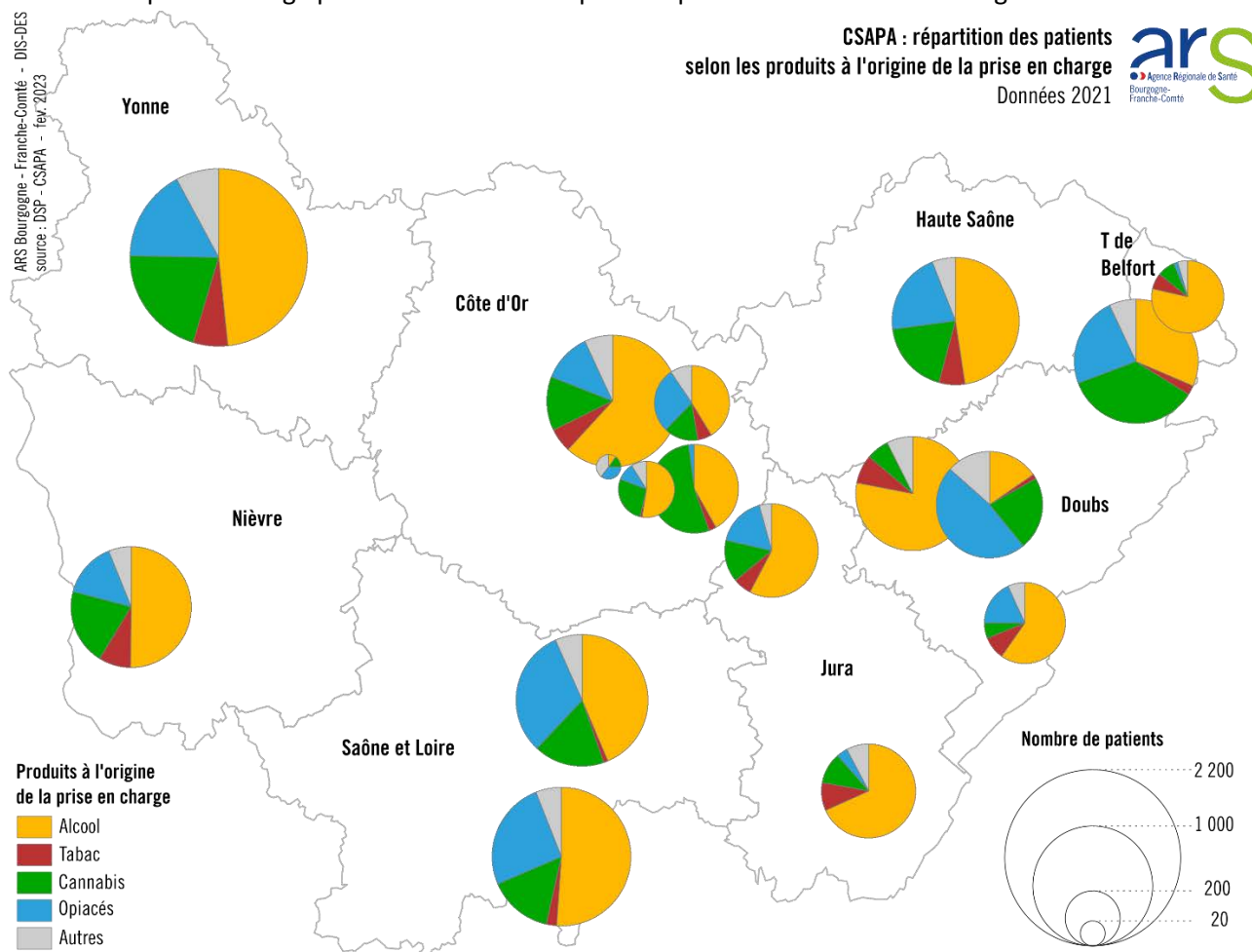
Le champ des addictions, dans cette logique de prise en charge globale, fait donc appel à l'ensemble des secteurs : de la prévention, des soins de ville, du sanitaire et du médico-social.

Ci-dessous, un focus sur les structures médico-sociales de prise en charge des personnes souffrant d'addictions et leurs évolutions souhaitées à 5 ans.

Bilan de l'existant

Les Centres de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) :

Patients pris en charge par les CSAPA selon le premier produit consommé dommageable :



Principaux constats

- 17 CSAPA en région qui déploient chacun des antennes et/ou des consultations avancées : allers-vers en territoire rural, consultations à destination de publics spécifiques
- Plus de 17 000 personnes reçues au moins une fois par les CSAPA en 2021 (16 000 personnes en 2015)
- La totalité des CSAPA prend en charge tous les types d'addictions, dans une proportion cependant très variable d'un CSAPA à l'autre
- 13 unités délivrant de la méthadone au sein des CSAPA
- 1 CSAPA référent pénitentiaire par département

Les renforcements/ nouveaux dispositifs en région depuis 2018-2023

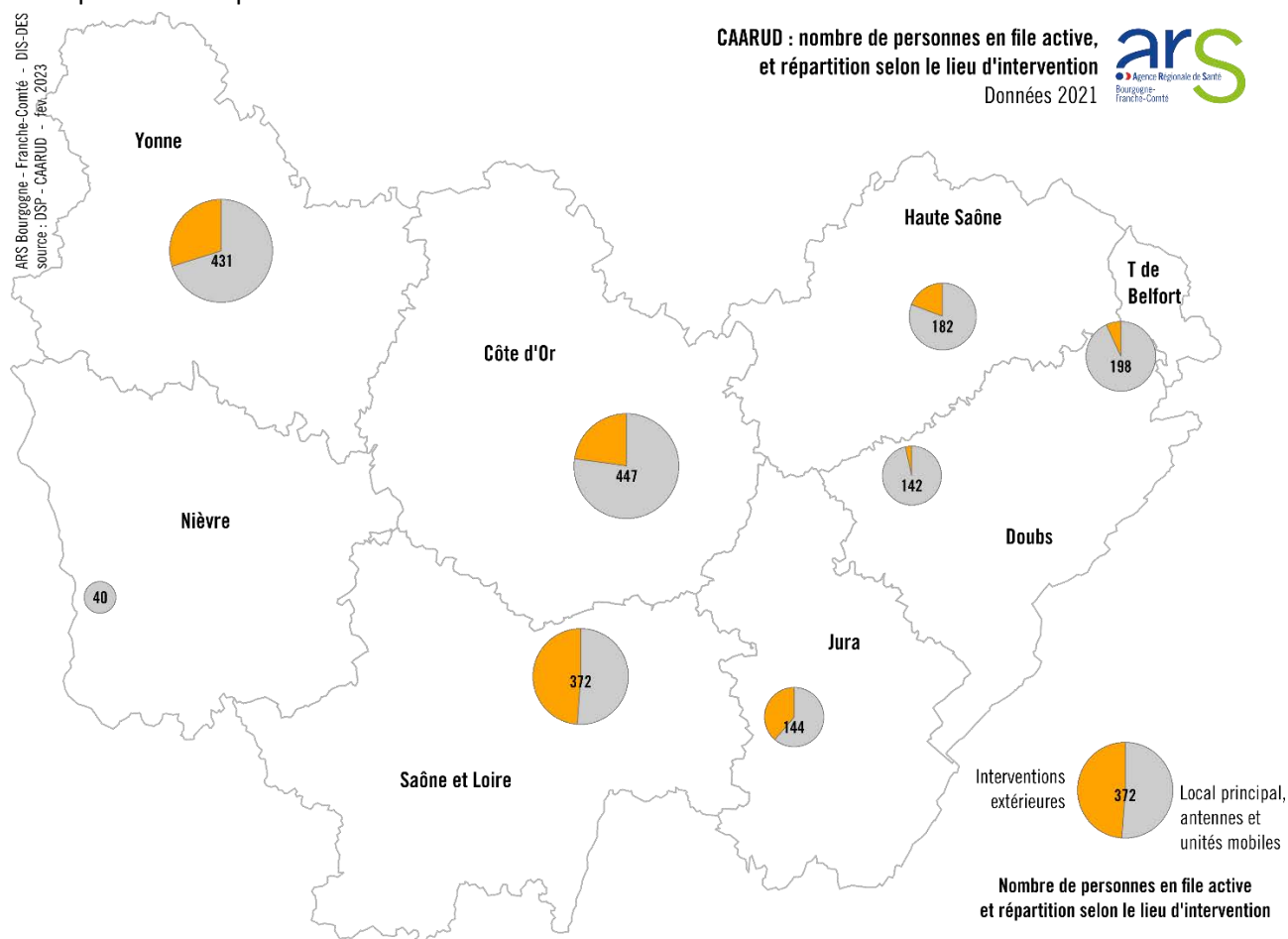
- 2 CSAPA spécialisés se sont rapprochés afin de créer un seul CSAPA généraliste à Montbéliard ;
- Création de 3 antennes CSAPA (Seine et Tille-21 ; Maîche-25 ; St Claude-39) ;
- Création de 16 consultations avancées en CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) ;
- Création de 12 consultations avancées en CPP (centres périnataux de proximité)
- Création de 4 équipes mobiles de CSAPA (dont 3 dites « précarité/grossesse »)

- Des équipes de CSAPA engagées dans les 11 microstructures en addictologie
- 16 CSAPA avec une activité prévention socle (+ ou – 49 ETP de préventeurs en région)
- 1 CSAPA référent EAD (Ethylotest Anti-Démarrage) par département

CSAPA qui disposent d'une offre d'hébergement plus ou moins importante afin d'assurer la continuité des soins (+ 5 appartements dans le dispositif appartements thérapeutiques en addictologie- DATA ; +3 appartements dédiés femmes enceintes /jeunes mères ; +4 appartements dédiés sortants de prison)

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de drogues(CAARUD) :

Répartition des personnes en file active selon le lieu d'intervention des CAARUD



Principaux constats

- CAARUD avec une répartition départementale
- CAARUD dit mobiles
- 1956 usagers accompagnés en 2021 (1100 usagers en 2015)

Les renforcements/ nouveaux dispositifs en région depuis 2018-2023 :

- 1 CAARUD fixe
- 3 CAARUD mobiles
- 1 programme régional de réduction des risques et des dommages à distance (RDRd à distance)
- 1 pôle régional réduction des risques et milieu festif

Globalement en Bourgogne-Franche-Comté :

Une bonne couverture de l'offre mais difficile à maintenir en raison des difficultés de recrutement de personnel médical et paramédical du fait de la raréfaction de ces ressources sur notre territoire ;

Des moyens humains parfois insuffisants pour assurer des prises en charge pluridisciplinaires et fluidifier le parcours de soins des usagers ; un développement des téléconsultations en addictologie pour tenter d'y remédier ;

Une activité prévention des CSAPA pérennisée avec une équipe dédiée ;

Des difficultés de déploiement des consultations jeunes consommateurs (CJC) faute de moyens humains et financiers

6.3.2.2 OBJECTIFS

- 1- Poursuivre le développement des guichets uniques d'accueil et de prise en charge sur les territoires en améliorant les articulations entre les CSAPA ;
- 2- Favoriser les démarches d'aller-vers afin de prendre en charge les personnes éloignées du soin ;
- 3- Favoriser la prescription par les CSAPA et CAARUD des parcours d'insertion par l'activité économique pour tendre à une réinsertion globale des jeunes ;
- 4- Accompagner les porteurs de consultations jeunes consommateurs (CJC) dans la mise en œuvre de leurs missions en lien avec les recommandations nationales ;
- 5- Structurer la coopération des CSAPA avec l'Education Nationale pour favoriser la mise en œuvre des programmes probants de développement des compétences psychosociales et développer des partenariats entre collèges/lycées et CJC et CJC Avancées.

Evolutions (créations, transformation, coopérations)

Ajuster la répartition des missions et des moyens des structures en fonction des besoins de la population couverte au regard des futures directives données par la Direction Générale de la Santé

Objectifs quantitatifs de l'offre

Territoires	CSAPA		CAARUD			
	Structures mères implantées	Evolutions souhaitées	Fixes implantés	Mobiles implantés	Evolution souhaitée CARRUD Fixe	Evolution souhaitée CAARUD Mobile
Côte d'Or	4	<i>Renforcement des équipes</i>	1	1	<i>Renforcement des équipes</i>	<i>Renforcement des équipes</i>
Doubs	3		1	1		
Jura	3		1	1		
Nièvre	1		1	1		
Haute Saône	1		1	1		
Saône et Loire	2		1	1		
Aire Urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt	2		1	1		
Yonne	1		1	1		

6.4 AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

6.4.1 EFFICIENCE ET PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE

6.4.1.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Selon le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique pour la préparation de la stratégie nationale de santé de 2023, le système de santé doit faire face à un risque systémique. Il identifie cinq causes à cette crise : la demande croissante de soins de santé induite par la croissance et le vieillissement démographiques ; le maintien des contraintes budgétaires ; le manque de coordination des acteurs et la centralisation du système de santé.

Le maintien d'un système de santé solidaire implique l'évolution structurelle de celui-ci, alliant qualité des soins et maîtrise de la situation financière des établissements de santé.

6.4.1.2 OBJECTIFS

Objectif 1 : maîtriser la dépense de santé en région et renforcer la gestion du risque

Cet objectif vise, d'une part à renforcer le suivi et l'analyse des dépenses de santé en région, et d'autre part à améliorer la pertinence des prescriptions des établissements de santé et à optimiser les dépenses de transport et de médicaments. L'optimisation des dépenses de transports doit passer par des actions d'incitation, de contrôle et de communication. S'agissant des médicaments, l'amélioration de la pertinence de la prescription et l'optimisation du rapport efficacité-prix, passent par l'incitation des établissements à maîtriser le recours à certains médicaments de spécialité et à utiliser la liste en sus de façon opportune.

- 1- Maîtriser l'évolution des dépenses liées aux prescriptions de transports par les établissements de santé
- 2- Améliorer la pertinence de la prescription, promouvoir les prescriptions de médicaments génériques et optimiser le rapport efficacité-prix

Exemples d'actions :

- ⊙ Développement de la contractualisation avec les établissements de santé avec l'application du dispositif des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)
- ⊙ Amélioration de l'organisation de la commande de transports et des circuits de prescription de transports
- ⊙ Contractualisation de l'évolution des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville (PHMEV) et des produits des listes de produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie (LPP) en proposant la mise en œuvre d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) ;
- ⊙ Sensibilisation et accompagnement des établissements dans leur plan d'actions d'amélioration

Résultats attendus :

- Maîtrise de l'évolution des dépenses de transports
- Maîtriser les dépenses des produits de la liste en sus - médicaments
- Maîtriser les dépenses de médicaments et produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville

Objectif 2 : rationaliser la gestion des établissements et favoriser le redressement financier des plus déficitaires

Cet objectif vise, tout d'abord, à s'assurer que les établissements puissent poursuivre la prise en charge des patients dans les meilleures conditions possibles en assurant leurs achats et investissements. Il est donc nécessaire de renforcer le suivi et l'accompagnement des établissements en difficulté financière ainsi que l'anticipation des éventuelles dégradations :

- en maîtrisant l'augmentation de la masse salariale dans l'ensemble des établissements de santé,
 - en développant la fonction achat pour dégager des marges de manœuvre supplémentaires
 - et plus généralement en accompagnant les établissements de santé dans les restructurations, mutations et coopérations nécessaires à la modernisation de leur organisation et à l'optimisation de leur performance.
- 1- Développer, structurer et professionnaliser la fonction achat pour dégager des marges de manœuvre supplémentaires dans un objectif d'amélioration du niveau de qualité des soins : programme performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE)
 - 2- Maîtriser la croissance de la masse salariale
 - 3- Optimiser les enveloppes d'aides exceptionnelles par l'évolution du taux de marge brut et accompagner les établissements de santé en difficulté financière
 - 4- Générer des gains d'efficience par la simplification et la modernisation du parcours administratif hospitalier (processus accueil/facturation/recouvrement)

Exemples d'actions :

- ⊙ Définition d'une organisation cible et opérationnelle dans le cadre de la politique du GHT
- ⊙ Incitation des établissements à recourir aux groupements d'achats et à la mutualisation des compétences
- ⊙ Développement et promotion des outils d'analyse et de benchmark à disposition des établissements
- ⊙ Création d'un "contrôle de gestion achat GHT " et nomination d'un responsable de ce contrôle de gestion
- ⊙ Suivi de la masse salariale et des équivalents temps plein
- ⊙ Développement et promotion des outils de suivi et de gestion à disposition des établissements
- ⊙ Echange autour des bonnes pratiques et élaborer des fiches pratiques sur les leviers d'efficience mobilisables
- ⊙ Suivi de la trésorerie des établissements grâce aux tenues du comité régional d'évaluation de la trésorerie
- ⊙ Mise en œuvre des chantiers « paiement à l'entrée » et « paiement à la sortie » visant à simplifier le parcours administratif du patient et assurer le paiement des créances patient avant la sortie de l'hôpital

Résultats attendus :

- Réaliser des gains achats selon les objectifs annuels communiqués par l'ARS
- Mise en place d'un système d'information achat
- Convergence des GEF (gestions économique et financières) et harmonisation des nomenclatures au sein des établissements d'un même GHT
- Elaborer et transmettre un plan d'actions achat territorial complet tous les ans à l'ARS
- Diminuer les aides exceptionnelles sans augmentation des déficits hospitaliers
- Diminution des restes à recouvrer pour la part du patient

Objectif 3 : garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge

Cet objectif vise d'une part à renforcer la démarche de pertinence des actes hospitaliers visant à réduire les variations de pratiques médicales pour les actes hospitaliers au bénéfice d'une meilleure qualité des prises en charge et d'une efficacité renforcée des dépenses de santé, et d'autre part à promouvoir un développement ambitieux des prises en charge ambulatoires en substitution de l'hospitalisation complète et à adapter les organisations et les capacités en conséquence.

- 1- Réduire les variations de pratiques médicales selon les thèmes prioritaires régionaux (Cf. livret *Qualité et sécurité des soins*)
- 2- Développer les prises en charge alternatives à temps partiel et ambulatoires

Exemples d'actions :

- ⊙ Contractualisation pour améliorer la pertinence des soins délivrés par les établissements de santé dans le cadre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) ;
- ⊙ Soutien financier des établissements de santé dans le développement des modes de prises en charge (en substitution et en complémentarité de l'hospitalisation complète) Développement et promotion des outils d'analyse et de benchmark à disposition des établissements

Résultats attendus :

- Favoriser la réduction du recours à l'hospitalisation à temps plein
- Développer la réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC)
- Réduire la durée moyenne de séjour (DMS) et améliorer l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) en MCO
- Proposer une meilleure graduation de l'offre (hospitalisation complète, hospitalisation partielle, prise en charge ambulatoire, ville, etc.) et une organisation du parcours patient en utilisant ces différents outils de façon pertinente

6.5 COOPERATIONS ET CONTRACTUALISATIONS

6.5.1 COOPERATION PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE (CPTS)

6.5.1.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

Organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile... Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. Le bénéfice attendu est aussi une plus grande fluidité des parcours de santé pour le patient.

La CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner dans un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées. Le projet de santé est un pré-requis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS.

Ce dispositif visant à faciliter l'exercice des professionnels de santé, à améliorer l'organisation des prises en charge des patients. Ils émergent avant tout à partir des initiatives des professionnels de santé eux-mêmes.

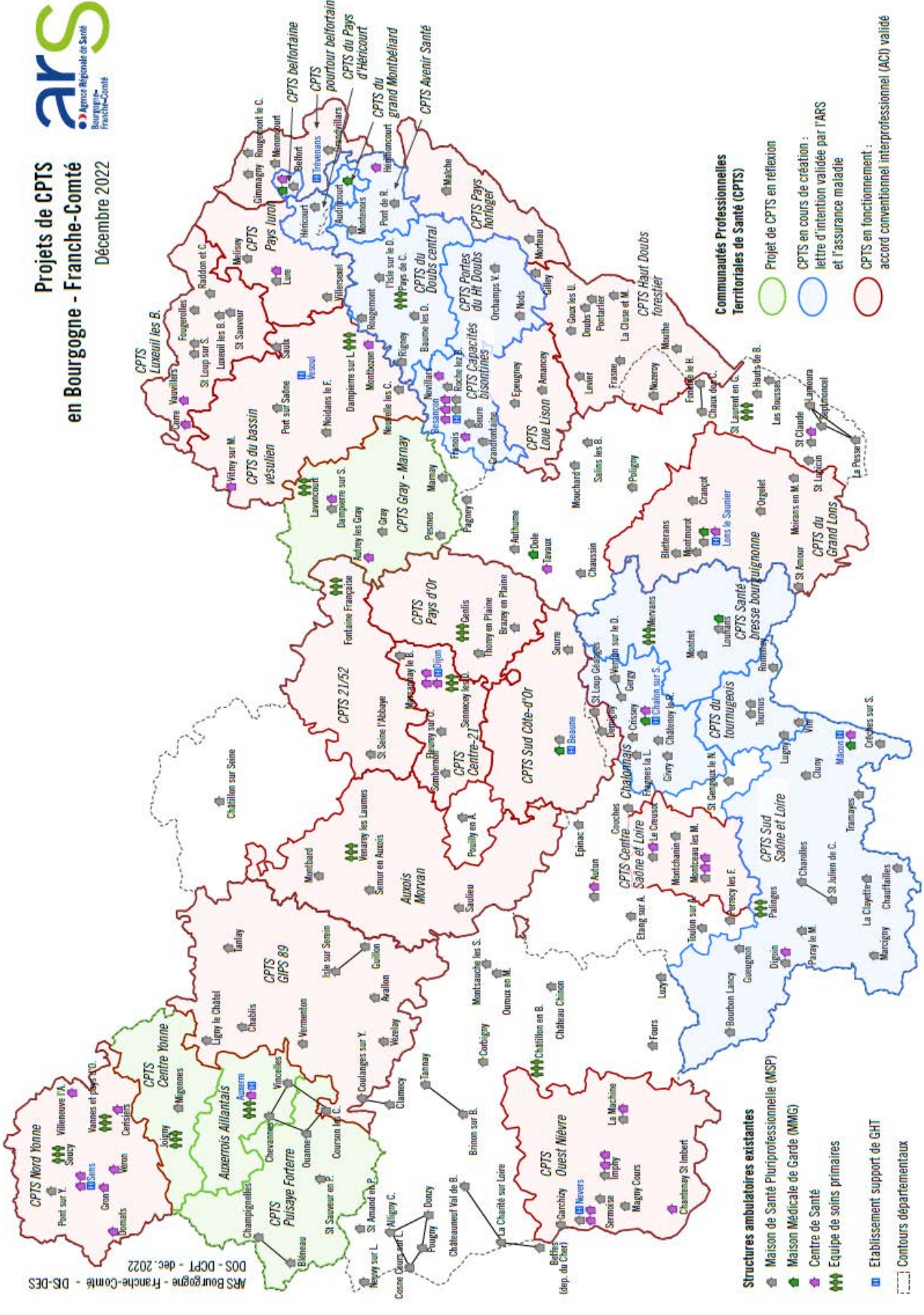
Depuis le dernier SRS, le panorama de l'exercice coordonné a été enrichi par l'émergence des CPTS qui répondent aux objectifs suivants :

- Répondre à des missions reconnues comme étant des missions de service public
- Améliorer l'accès aux soins
- Organiser le parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé
- Développer des actions territoriales de prévention
- Développer la qualité et de la pertinence des soins
- Accompagner des professionnels de santé sur leur territoire
- Participer à la réponse aux crises sanitaires
- Favoriser le maintien à domicile et les soins ambulatoires plutôt qu'en établissement
- Adapter la prise en charge dans un contexte de chronicisation des pathologies
- Libérer du temps médical et renforcer l'attractivité des professions médicales exercées en ville

La CPTS peut être appelée, par une convention conclue avec l'ARS et la CPAM territorialement compétentes

ARS Bourgogne - Franche-Comté - DS-DES
 DOS - DCPT - dec. 2022

Projets de CPTS
en Bourgogne - Franche-Comté
 Décembre 2022



- Structures ambulatoires existantes**
- Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)
 - Maison Médicale de Garde (MMIG)
 - Centre de Santé
 - Equipe de soins primaires
 - Etablissement support de GHT
 - Contours départementaux

- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**
- Projet de CPTS en réflexion
 - CPTS en cours de création : lettre d'intention validée par l'ARS et l'assurance maladie
 - CPTS en fonctionnement : accord conventionnel interprofessionnel (ACI) validé

6.5.1.2 OBJECTIFS

Objectif 1 : Couvrir l'ensemble du territoire régional par une communauté professionnelle territoriale de santé

- 1- Mettre à disposition des porteurs de projet des prestations d'accompagnement à l'élaboration de projet de santé
- 2- Favoriser la connaissance des CPTS existantes

Exemples d'actions :

- ⊙ Etude et expertise des projets de santé développés sur le territoire
- ⊙ S'appuyer sur les compétences de la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné avec lesquelles l'ARS a un CPOM
- ⊙ Accompagnement commun Assurance Maladie/ARS

Objectif 2 : Favoriser une meilleure qualité de l'exercice coordonné dans les structures dédiées par la promotion et développement du rôle de coordinateur de CPTS (programme PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe)

6.5.2 COOPERATIONS HOSPITALIERES

6.5.2.1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire est prévue par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (article 107).

Par ordonnance¹⁸ du 17 mars 2021 et deux décrets¹⁹ du 27 mai 2021, le législateur a souhaité renforcer la dynamique d'intégration au sein des GHT.

Rappel des objectifs :

Mettre en œuvre une stratégie de groupe public pour organiser la prise en charge commune et graduée du patient : élaborer un projet médical partagé garantissant une offre de proximité et l'accès à une offre de référence et de recours

Rationaliser les modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou des transferts d'activités entre établissements :

- Fonctions supports : fonction achats mutualisée mise en place le 01/01/2018, SIH convergent, gestion du DIM de territoire, coordination des IFSI et des plans de formation continue et DPC
- Activités médico-techniques, de biologie, imagerie, pharmacie « organisées en commun »

Partenariats ou association avec les établissements privés et les ESMS

Mise en place des commissions médicales de groupement voire de la commission médicale unifiée de groupement

Mise en place de la commission des soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques de groupement voire de la commission des soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques unifiée de groupement

Historique en région BFC

En région Bourgogne-Franche-Comté, la coopération entre établissements a été développée notamment à travers la mise en place de directions communes à plusieurs établissements, de fusions entre établissements, de communautés hospitalières de territoire (CHT), puis à travers la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

La constitution des GHT en 2016 et 2017 s'est déroulée selon les étapes suivantes :

- Constitution de 11 GHT fixée par arrêté du 1er juillet 2016 après en avoir arrêté le périmètre en lien étroit avec les acteurs de chaque territoire
- 2 dérogations provisoires pour le CH Hospices Civils de Beaune et le CHS de l'Yonne : ces dérogations ont pris fin en 2017, avec la création d'un 12ème GHT (GHT Sud Côte d'Or), constitué au vu des résultats d'une mission diligentée par l'ARS, qui a pour caractéristique d'avoir un projet médical partagé commun pour l'essentiel avec celui du GHT 21-52, et par l'intégration du CHS de l'Yonne au GHT Sud-Yonne-Haut-Nivernais
- Dissolution du GHT Psychiatrie Doubs Jura le 1^{er} janvier 2020
- Le périmètre des GHT a pu faire l'objet d'adaptation détaillée ci-dessous

¹⁸ Ordonnance 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

¹⁹ Décret 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

Décret 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement

Situation en 2023

GHT 21-52

Le GHT 21-52 a été constitué le 1^{er} juillet 2016 par arrêté du directeur général de l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté. Ce GHT, bi-régional, est composé des établissements suivants :

- ☞ CHU Dijon Bourgogne
- ☞ CHS La Chartreuse de Dijon
- ☞ CH Semur-en-Auxois
- ☞ CHI de la Haute Côte-d'Or
- ☞ CH d'Auxonne
- ☞ CH d'Is-sur-Tille
- ☞ CH de Chaumont
- ☞ CH de Langres
- ☞ CH de Bourbonne-les-Bains

GHT Sud Côte d'Or

Par arrêté du directeur général de l'ARS du 1^{er} juillet 2016, les Hospices Civils de Beaune ont bénéficié d'un accord provisoire à leur demande de dérogation à l'obligation d'être partie prenante à un groupement hospitalier de territoire.

Le GHT Sud Côte d'Or a ainsi été constitué le 31 mars 2017 par arrêté du directeur général de l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté. Il est composé des établissements suivants :

- ☞ Centre Hospitalier Les Hospices Civils de Beaune
- ☞ EHPAD Auguste Arvier de Bligny-sur-Ouche
- ☞ EHPAD Jeanne Pierrette Carnot-de-Nolay
- ☞ EHPAD Cordelier de Labergement-les-Seurre
- ☞ EHPAD La Saône de Saint-Jean-de-Losne

GHT Jura

Le GHT Jura Sud a été constitué le 1^{er} juillet 2016 par arrêté du directeur général de l'ARS.

Le GHT est composé des établissements :

- ☞ CH Jura Sud (établissement support)
- ☞ CH de Saint-Claude
- ☞ CH de Morez
- ☞ CH de Salins-les-bains, Arbois et Poligny. Ces établissements ont été fusionnés au 1^{er} janvier 2017 et transformés en Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont.

GHT Haute Saône

Conformément à la réglementation, le GHT Haute-Saône a été constitué le 1^{er} juillet 2016. Il était alors constitué du Groupe Hospitalier de Vesoul, établissement-support, de l'EHPAD de Saulx-de-Vesoul et l'EHPAD de Scey-sur-Saône.

Au 1^{er} janvier 2019, le CH du Val-de-Saône Pierre Vitter de Gray et le Groupe hospitalier de la Haute-Saône ont mis en place une direction commune. Ainsi, le CH de Gray qui faisait jusque-là partie du GHT Centre Franche-Comté, a intégré le GHT de la Haute-Saône. Ainsi, le périmètre du GHT Haute-Saône a été modifié pour intégrer cet établissement.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, le CH du Val-de-Saône Pierre Vitter de Gray et le Groupe hospitalier de la Haute-Saône ont fusionné, cela n'a pas eu d'incidence sur le périmètre du GHT de la Haute-Saône.

GHT Nord Franche-Comté

Conformément à la réglementation, le GHT Nord-Franche-Comté a été constitué le 1er juillet 2016 et son périmètre n'a subi aucune modification depuis. Il est constitué de l'Hôpital Nord-Franche-Comté (HNFC), établissement-support, et du Centre Hospitalier Soins de Longue Durée (CHSLD) du Territoire de Belfort, Le Chênois.

GHT Centre Franche-Comté

Le GHT du Centre-Franche-Comté a été constitué le 1er juillet 2016 par arrêté du directeur général de l'ARS. Il était alors composé de 11 établissements :

- ☞ CHU de Besançon, établissement support
- ☞ CHI de Haute-Comté
- ☞ CH Louis Pasteur de Dole
- ☞ CH d'Ornans
- ☞ CH de Morteau
- ☞ CH de Baume-les-Dames
- ☞ CH de Quingey
- ☞ Centre de Soins et de Réadaptation des Tilleroyes
- ☞ CLS de Bellevaux
- ☞ CSHLD Jacques Weinman à Avanne -Aveney
- ☞ CH du Val-de-Saône Pierre Vitter de Gray

A cette même date, le **GHT Psychiatrie-Doubs-Jura** a également été constitué, il rassemblait le centre hospitalier de Novillars et le CHS Saint-Ylie Jura.

A la mise en place d'une direction commune entre le CH de Gray et le GH de la Haute-Saône, en date du 1^{er} janvier 2019, le périmètre du GHT Haute-Saône a été modifié pour intégrer cet établissement, le centre hospitalier de Gray est ainsi sorti du GHT Centre-Franche-Comté.

Au 1^{er} janvier 2020, le CH de Novillars et le CHS Saint-Ylie Jura ont adhéré au GHT du Centre-Franche-Comté et le GHT Psychiatrie-Doubs-Jura a été dissous.

Ainsi, depuis cette date, le GHT du Centre-Franche-Comté est constitué de 12 établissements :

- ☞ CHU de Besançon, établissement support
- ☞ CHI de Haute-Comté
- ☞ CH Louis Pasteur de Dole
- ☞ CH d'Ornans
- ☞ CH de Morteau
- ☞ CH de Baume-les-Dames
- ☞ CH de Quingey
- ☞ Centre de Soins et de Réadaptation des Tilleroyes
- ☞ CLS de Bellevaux
- ☞ CSHLD Jacques Weinman à Avanne -Aveney
- ☞ CH de Novillars
- ☞ CHS Saint-Ylie Jura

GHT Nord Yonne

Le GHT Nord Yonne a été constitué le 1^{er} juillet 2016 par arrêté du Directeur Général de l'ARS. Il se compose de trois établissements :

- ☞ CH de Sens, établissement support
- ☞ CH de Villeneuve-sur-Yonne
- ☞ CH de Joigny

Le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Yonne ne disposant plus d'activité sanitaire, une fusion avec le Centre Hospitalier de Sens est en cours de mise en œuvre et sera effective à compter du 1^{er} janvier 2023.

Le GHT Nord Yonne sera alors composé des établissements de Sens et de Joigny.

GHT UNYON

Le GHT UNYON a été créé par arrêté du Directeur Général de l'ARS en date du 1^{er} juillet 2016. Il se composait alors de quatre établissements qui sont :

- ☞ CH d'Auxerre, établissement support
- ☞ CH d'Avallon
- ☞ CH du Tonnerrois
- ☞ CH de Clamecy

A cette date, le Centre Hospitalier Spécialisé (C.H.S) de l'Yonne disposait d'une dérogation provisoire et figurait dans la liste des établissements associés au GHT. C'est à compter du 1^{er} septembre 2017 que le CHS a été rajouté, par avenant à la convention constitutive, à la liste des établissements du GHT UNYON.

GHT Bourgogne Méridionale

Le GHT Bourgogne Méridionale créé par arrêté du Directeur Général de l'ARS en date du 1^{er} juillet 2016 était composé des établissements suivants :

- ☞ CH de Mâcon, établissement support
- ☞ CH de Paray-le-Monial
- ☞ CH de Charolles
- ☞ CH de La Clayette
- ☞ CH de Marcigny
- ☞ CH de Cluny
- ☞ CH de Tramayes
- ☞ CH de Bourbon Lancy
- ☞ CH de Tournus

Au 1^{er} janvier 2019, les centres hospitaliers de Cluny et de Tramayes ont fusionné pour donner naissance au centre hospitalier intercommunal du Clunisois.

Au 1^{er} janvier 2020, les centres hospitaliers de Paray le Monial, de Charolles et de La Clayette ont fusionné pour donner naissance au centre hospitalier intercommunal du Pays Charollais Brionnais.

Au 1^{er} janvier 2020, le centre hospitalier de Marcigny a été transformé en EHPAD public autonome.

Le GHT est donc désormais composé des établissements suivants :

- ☞ CH de Mâcon, établissement support
- ☞ CH du Pays Charollais Brionnais
- ☞ CH du Clunisois

- ☞ CH de Bourbon Lancy
- ☞ CH de Tournus

GHT Nièvre

La démarche pour la constitution d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) a été finalisée le 8 janvier 2016, date de sa signature. Huit établissements nivernais étaient alors engagés dans cette CHT :

- ☞ CH de l'Agglomération de Nevers (CHAN),
- ☞ CH de Cosne-Cours-sur-Loire,
- ☞ CH Henri Dunant de La Charité-sur-Loire,
- ☞ CH de Decize,
- ☞ CH de Château-Chinon,
- ☞ CH de Lormes,
- ☞ Centre de Long Séjour (CLS) de St Pierre-le-Moutier
- ☞ CLS de Luzy.

Cette CHT a été consolidée par une direction commune. Le CH de Clamecy étant rattaché au CH d'Auxerre par un GCS a intégré la CHT Sud Yonne.

Quant au CH Pierre Lôo, et compte-tenu de sa spécificité, cet établissement n'a pas été intégré la CHT de la Nièvre.

Toutefois, au 1^{er} juillet 2016, les établissements sanitaires, conformément à la réglementation, doivent obligatoirement être rattachés à un GHT. De ce fait, l'ensemble des établissements de la CHT, ainsi que le CHS Pierre Lôo, ont intégré le GHT de la Nièvre au 1^{er} juillet 2016. Le CHAN en est le site pivot.

Le 12 novembre 2021, le CH Pierre Lôo intègre la direction commune du GHT de la Nièvre.

GHT Saône-et-Loire Bresse Morvan

Le GHT Saône et Loire Bresse Morvan créé par arrêté du Directeur Général de l'ARS en date du 1^{er} juillet 2016 est composé des établissements suivants :

- ☞ CH de Chalon-sur-Saône, établissement support
- ☞ CH de Montceau-les-Mines
- ☞ CH d'Autun
- ☞ CH de Toulon sur Arroux
- ☞ CH de La Guiche
- ☞ CH de Chagny
- ☞ CH de Louhans
- ☞ CHS de Sevrey

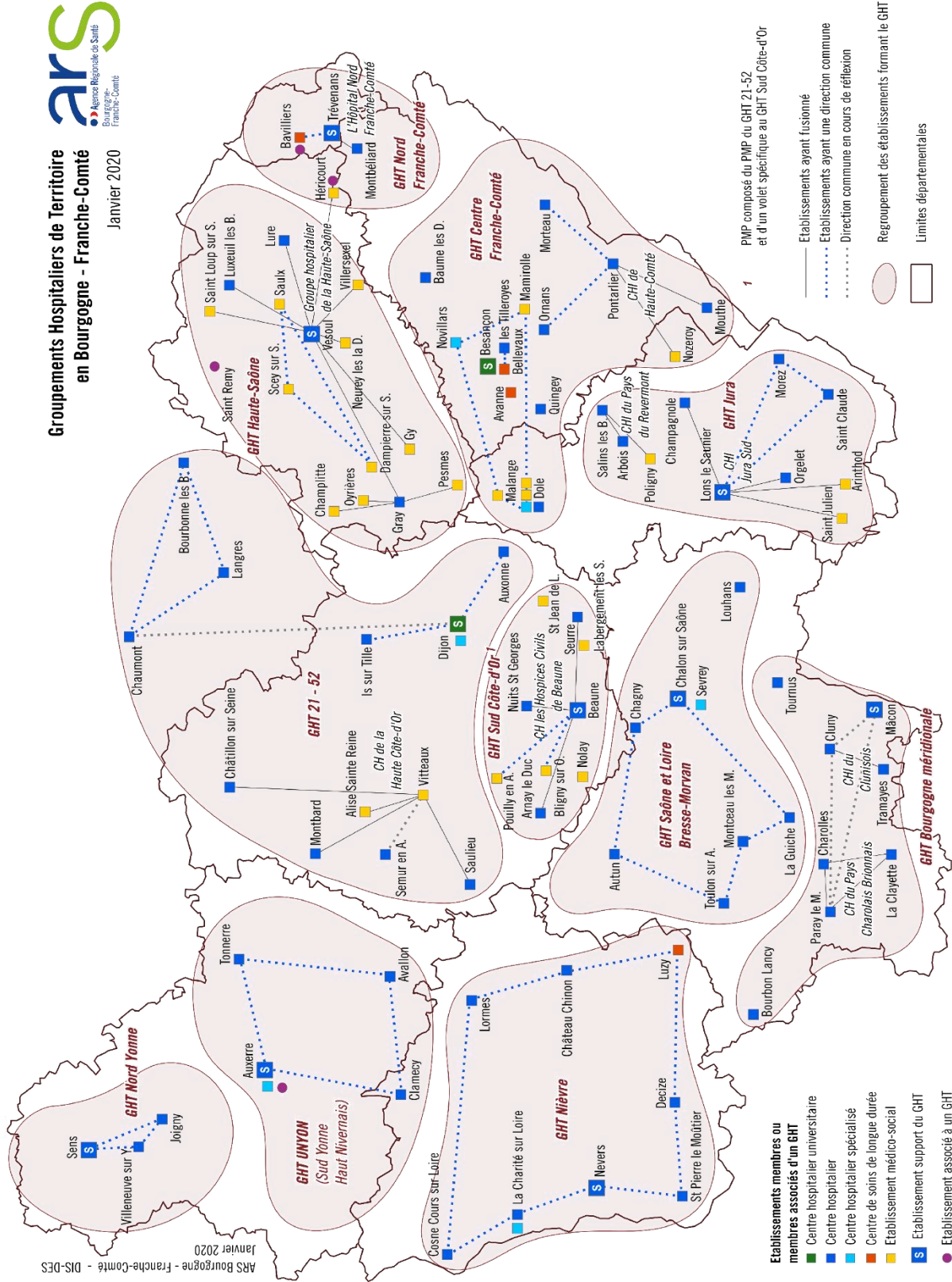
Les projets médicaux partagés (PMP) ont été transmis à l'ARS entre juillet 2017 et mars 2018. Ils ont tous été approuvés, avec des observations sur les différentes filières traitées, au regard des orientations du SRS et des parcours.

La validité des PMP étant de 5 ans, leur réécriture est attendue en 2023 pour approbation par l'ARS. Cependant, de nombreux GHT ont demandé à l'ARS une prorogation de leur PMP actuel, les travaux de révision étant toujours en cours. L'ARS a validé ces demandes, d'autant plus qu'il est attendu que les PMP s'inscrivent en cohérence avec le PRS révisé et permettent de répondre aux principaux enjeux et orientations.

Généralités sur le contenu des projets médicaux partagés :

- Diagnostic du territoire et de l'offre de soins existantes, des forces et faiblesses
- Objectifs stratégiques de chaque filière traitée et plan d'actions
- Objectifs communs : mieux organiser la gradation des soins, fluidifier les parcours des patients
- Principales filières traitées dans les PMP
- Spécialités médicales : neurologie AVC, cardiologie, cancérologie, filières médico-chirurgicales, psychiatrie
- Population : femme-mère-enfant, gériatrie
- Mode de prise en charge : urgences, SSR, soins palliatifs
- Plateaux-techniques de biologie, imagerie et pharmacie

Exemples d'actions de coopération prévues dans les PMP pour organiser les filières : création de fédérations médicale inter-hospitalières ou de pôles inter-établissements, postes médicaux partagés, consultations avancées, utilisation des technologies de communication pour organiser de la transmission d'images, de la télé-consultation ou télé-expertise, harmonisation des pratiques et politique qualité commune, développement de la recherche



6.5.2.2. OBJECTIFS

Les objectifs généraux des groupements hospitaliers de territoire tels que définis par la loi sont :

Objectif 1 : Réorganiser l'offre de soins hospitaliers publics par territoire de GHT dans une logique de gradation des soins par filière : garantir une offre de proximité et une offre de référence et de recours ;

Objectif 2 : Formaliser l'association avec le CHU de référence sur les missions relatives à la formation médicale, à la politique de recrutement médical, à la recherche clinique et aux activités de recours régional ;

Objectif 3 : Rationaliser les modes de gestion par une mise en commun de fonctions supports (département d'information médicale, fonction achats, politique de formation, coordination des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI)) et médico-techniques (biologie, pharmacie et radiologie).

Objectifs opérationnels :

- 1- Existence d'un Projet médical partagé dans chaque GHT avec un plan d'actions par filière de soins en conformité avec le SRS
- 2- Adoption d'un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins dans chaque GHT déclinant les principes régionaux de la PDES tels que figurant dans le SRS
- 3- Réorganisation des activités de biologie, pharmacie et imagerie au niveau de chaque GHT, en conformité avec les schémas et préconisations régionaux
- 4- Conclusion d'une convention entre chaque GHT et le CHU de référence
- 5- Mise en place d'un département d'information médicale de territoire (DIM) selon les modalités définies dans la convention ou par avenant à la convention de GHT
- 6- Mise en place de la fonction achat du GHT selon les principes déclinés par les textes et le guide national, déclinés dans un avenant à la convention de GHT
- 7- Démarche de convergence des systèmes d'information avec l'accompagnement de l'ARS et de l'Agence du Numérique en Santé
- 8- Développement de la e-santé selon le cadrage régional mis en place (télémédecine, territoire de soin numérique eTicss...)
- 9- Coordination des politiques de formation
- 10- Démarche engagée en vue de la certification conjointe
- 11- Accompagnement de l'ARS pour la mise en place des équipes médicales de territoire



**Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028**

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

LIVRET 7 – ACTIVITES DE SOINS

PLANIFIER LES ACTIVITES DE SOINS

SOMMAIRE

7.1. REFORME DU REGIME DES AUTORISATIONS D'ACTIVITES DE SOINS	6
7.1.1. REFORME DU REGIME JURIDIQUE DES AUTORISATIONS	6
7.1.2. MEDECINE	9
7.1.3. CHIRURGIE	23
7.1.4. PSYCHIATRIE	49
7.1.5. SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION	57
7.1.6. MEDECINE NUCLEAIRE	71
7.1.7. CHIRURGIE CARDIAQUE	85
7.1.8. ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE	93
7.1.9. NEUROCHIRURGIE	109
7.1.10. ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN NEURORADIOLOGIE	120
7.1.11. SOINS CRITIQUES	133
7.1.12. UNITE DE SURVEILLANCE CONTINUE (HORS SOINS CRITIQUES)	150
7.1.13. TRAITEMENT DU CANCER	153
7.1.14. HOSPITALISATION A DOMICILE	168
7.1.15. RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	176
7.1.16. RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	187
7.1.17. EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	191
7.2. REGIME DES AUTORISATIONS DE SOINS (HORS REFORME)	192
7.2.1. GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE ET REANIMATION NEONATALE	192
7.2.2. SOINS DE LONGUE DUREE	201
7.2.3. GREFFES	210
7.2.4. TRAITEMENT DES GRANDS BRULES	220
7.2.5. MEDECINE D'URGENCE	223

7.2.6.	TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE _____	239
7.2.7.	ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION _____	254
7.2.8.	DIAGNOSTIC PRENATAL _____	266
7.2.9.	EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES _____	274
7.3.	ACTIVITES DE SOINS SOUMISES A AUTORISATION PAR ZONE DE PLANIFICATION SANITAIRE _____	285
7.3.1.	ZONAGE DE PLANIFICATION SANITAIRE _____	285
7.3.2.	ZONAGE DEPARTEMENTAL (activité de psychiatrie) _____	290
7.3.3.	ZONAGE REGIONAL _____	292
7.3.4.	ZONAGE AUTRES ACTIVITES DE SOINS _____	294

INTRODUCTION

Aux termes des dispositions des articles L. 6122-1 et suivants du code de la santé publique, sont soumis à l'autorisation de l'ARS, les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et l'installation des équipements matériels lourds.

Les articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du code de la santé publique fixent la liste des activités et équipements soumis à cette obligation.

L'autorisation est accordée à l'établissement, pour une durée de 7 ans, lorsque le projet :

- répond aux besoins de santé de la population identifiés par le schéma régional de santé ;
- est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma;
- satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement.

Ce livret développe les travaux de planification sanitaire menés en concertation avec les partenaires de l'agence et précise, par activité de soins puis par territoire, les objectifs quantitatifs de l'offre de soins. La première partie présente l'organisation des soins relative aux activités pour lesquelles un changement de réglementation est intervenu, le nouveau régime devenant opposable aux établissements à compter de la date de publication du SRS. La deuxième partie présente les activités de soins pour lesquelles la réglementation est inchangée. Pour ces dernières activités, la publication de nouveaux textes réglementaires pourra cependant conduire à une révision ultérieure du SRS.

Les demandes d'autorisation sont présentées selon des dossiers types et reçues au cours de périodes de dépôt déterminées par voie réglementaire, dites "fenêtres", dès lors que le bilan quantifié de l'offre de soins montre l'existence de besoins non satisfaits, au regard du schéma. Elles sont soumises pour avis à la CSOS, avant la décision du directeur général de l'ARS.

7.1. REFORME DU REGIME DES AUTORISATIONS D'ACTIVITES DE SOINS

7.1.1. REFORME DU REGIME JURIDIQUE DES AUTORISATIONS

La période 2018-2023 a été marquée par la publication d'une série de textes impactant fortement l'organisation des soins car revisitant l'ensemble du régime juridique des autorisations d'activités de soins. Les autorisations sanitaires constituent en effet un des canaux de la régulation de l'offre de soins au même titre que les recommandations et plans nationaux, les modèles de financement et les certifications.

Les travaux relatifs à la réforme des autorisations ont été initiés fin 2019 dans la continuité du plan Ma santé 2022 dans un but premier de simplification mais aussi de combler un flou juridique et d'harmoniser la réglementation sur l'ensemble des activités de soins. Par exemple :

- Absence de conditions d'autorisation : chirurgie (hors chirurgie cardiaque et neurochirurgie), médecine, interventionnel (hors cardiologie et neuroradiologie interventionnelles), médecine nucléaire (approche par équipement) ;
- Absence de conditions techniques de fonctionnement : imagerie (approche par équipement).

Les travaux ont par la suite également pris en compte des orientations de la loi OTSS¹ et du Ségur de la santé. Ainsi, les grands objectifs de la réforme des autorisations peuvent être présentés de la manière suivante :

1. Amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge des patients :
 - Déterminer un socle minimal en termes de normes de structure et des seuils d'activité lorsque pertinent ;
 - Proposer des règles relatives à la prise en charge et au parcours des patients (prise en compte de l'amont et de l'aval) ;
 - Introduire des dispositions sur la démarche qualité, les registres, indicateurs de vigilance ;
2. Territorialisation de l'offre en lien avec les mouvements de coopération entre acteurs :
 - Encourager le « faire ensemble » (toutes les organisations de coopération entre les structures et professionnels de santé), création de filières de soins ;
 - Promouvoir une approche territoriale de l'offre (notamment par la gradation), garantissant aux patient l'accès à une offre adaptée à ses besoins ;
3. Introduction de l'innovation en santé au service des patients :
 - Encourager les nouvelles pratiques, notamment dans le cadre de prises en charge ambulatoires ;
 - Faire une place aux nouvelles techniques, technologies, stratégies thérapeutiques.

A ces objectifs s'ajoute un enjeu de simplification du régime des autorisations², inscrit dans le Ségur de la santé, pour alléger la charge de travail des établissements et des ARS : il se traduit par la dématérialisation des processus et la constitution de dossiers de demande d'autorisation uniques et allégés et une procédure de renouvellement simplifiée, liée au suivi d'indicateurs de vigilance en matière de qualité et de sécurité des soins.

¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

² Ordonnance no 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds

La réglementation relative à chaque activité de soins (décret relatif aux conditions d'implantation, décret relatif conditions techniques de fonctionnement complétés le cas échéant par un arrêté seuils) précise par activité :

1. Les conditions d'implantation :

- Description de l'offre : périmètre, modalités ;
- Structuration de l'offre : seuils minimum de garantie de qualité, accès aux soins, permanence, environnement ;

2. Les conditions techniques de fonctionnement :

- Socle minimal : ressources humaines, locaux, équipements ;
- Qualité et sécurité : démarche de qualité et de sécurité, prise en charge des patients ;
- Innovation : ressources numériques.

Les textes relatifs à la réforme des autorisations ont été publiés de manière progressive depuis fin 2021 :

- Médecine nucléaire : 30/12/2021
- Neuroradiologie interventionnelle : 10/01/2022
- Soins médicaux et de réadaptation : 11/01/2022
- Hospitalisation à domicile : 31/01/2022
- Cardiologie interventionnelle : 16/03/2022
- Traitement du cancer : 26/04/2022
- Soins critiques : 26/04/2022
- Médecine : 25/07/2022
- Imagerie diagnostique et interventionnelle : 16/09/2022
- Psychiatrie : 28/09/2022
- Chirurgie, chirurgie cardiaque, neurochirurgie : 29/12/2022

D'autres dispositions sont venues compléter et alimenter la réforme du régime des autorisations :

1. L'ordonnance du 12 mai 2021 modifiée portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds³ introduit plusieurs évolutions notamment :

- Simplification du renouvellement ;
- Création d'indicateurs de vigilance ;
- Extension de l'opposabilité des conditions techniques de fonctionnement ;
- Transformation de l'HAD en activité de soins ;
- Avis simple du comité stratégique de GHT.

L'ordonnance a été suivie d'un premier décret daté du 22 juillet 2021⁴ relatif au régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds : il fixe la procédure relative aux indicateurs de vigilance et au renouvellement simplifié des autorisations.

Deux arrêtés du 27 juillet sont venus compléter ce dispositif : l'un reformulant les attendus du dossier de demande d'autorisation⁵, le second le contenu du dossier de demande de confirmation d'autorisation suite à cession⁶.

³ Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds

⁴ Décret no 2021-974 du 22 juillet 2021 relatif au régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds

⁵ Arrêté du 27 juillet 2021 fixant le contenu du dossier de demande initiale d'autorisation d'activité de soins et équipements matériels lourds

⁶ Arrêté du 27 juillet 2021 fixant le contenu du dossier de demande de confirmation d'autorisation d'activité de soins et équipements matériels lourds

2. La loi de bioéthique en date du 02 août 2021 a introduit de nombreuses modifications en particulier dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation (décret du 30/12/2021 pris en application de la loi de bioéthique) ;
3. Le décret du 26 avril 2022⁷ relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé modifie le niveau de planification des activités de soins de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie, de neuroradiologie interventionnelle, de traitement des grands brûlés et des greffes lesquelles relèvent dorénavant du SRS.

Toutes ces nouvelles dispositions réglementaires entrent en vigueur au 1er juin 2023. Elles sont prises en compte par les ARS dans le cadre de la révision des SRS lesquels doivent être publiés au plus tard le 1er novembre 2023. Dès 2024, les établissements devront par conséquent demander une nouvelle autorisation et se mettre en conformité dans les délais prévus par les textes.

Certaines activités de soins ne sont pas concernées par la réforme des autorisations, soit parce que les textes actuels sont suffisamment précis et n'appellent pas modification, soit parce que les travaux ne sont pas encore aboutis. Dans ce dernier cas et de la même façon que pour les activités de soins précitées, une révision partielle du SRS pourra être nécessaire pour tenir compte des évolutions réglementaires.

Focus sur les nouveaux indicateurs de vigilance

La direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé a confié à la Haute autorité de santé (HAS)⁸, en lien avec l'agence technique de l'information de l'hospitalisation (ATIH), la mission de proposer la définition et la mise en œuvre d'indicateurs de vigilance tels que prévus par l'ordonnance 12 mai 2021 susvisée. Les indicateurs seront affectés d'un seuil d'alerte mettant en évidence des valeurs atypiques.

Ces indicateurs doivent permettre aux opérateurs de santé bénéficiant d'une autorisation d'activité de soins, de disposer d'alertes liées à leur activité et pouvant engager la qualité et la sécurité des soins. A partir de ces alertes, l'ARS pourra engager l'opérateur concerné à participer à une concertation dans un délai qui ne pourra être inférieur à 2 mois après sa notification. Cette participation conditionnera le maintien ou le renouvellement de l'autorisation de l'activité de soins concernée. La concertation permettra une discussion sur l'analyse des situations ayant conduit au dépassement du seuil d'alerte et sur la définition d'actions correctrices

Ces indicateurs s'inscrivent dans la démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins et devront être croisés avec les autres indicateurs existants, notamment les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) et les certifications, les indicateurs de la qualité perçue par le patient (e-satis – en cours de test dans certaines expérimentations nationales : les PROMS et les P PREMS⁹.

En juillet 2022, la HAS a publié un premier rapport sur la définition et la mise en œuvre de 77 indicateurs de vigilance en chirurgie à partir desquels seront développés un nombre restreint d'indicateurs. Les modalités techniques de restitution des indicateurs aux établissements et aux ARS restent à définir ainsi que les modalités de leur réévaluation périodique.

Les indicateurs de vigilance retenus seront fixés par arrêté du ministère chargé de la santé après avis de la HAS.

⁷ Décret n° 2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé

⁸ Site de la HAS – indicateurs de vigilance en chirurgie : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3350552/fr/indicateurs-de-vigilance-en-chirurgie

⁹ Respectivement « Patients-Reported Outcome Measures » et « Patient-Reported Experience Measures »

7.1.2. MEDECINE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

L'activité de soins de médecine fait l'objet d'une réforme d'autorisation détaillée dans les décrets relatifs aux conditions d'implantation¹⁰ et aux conditions techniques de fonctionnement¹¹

Définition et périmètre

L'activité de médecine est désormais définie comme « la prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, des patients dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, en hospitalisation à temps complet ou partiel (durée de soins inférieure ou égale à douze heures par vingt-quatre heures, ne nécessitant pas d'hébergement) ».

Cette activité comporte, le cas échéant, la réalisation d'actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique et inclut les actions de prévention et d'éducation à la santé.

Cadre juridique

L'activité de soins de médecine s'exercera selon les modes de prises en charge :

- Adultes
- Enfants et adolescents

Cette modalité devra être précisée dans le projet de demande.

Par exception,

- le titulaire d'une autorisation de prise en charge des patients adultes pourra accueillir des patients mineurs de 16 ans et plus. Ceux-ci doivent être accueillis dans une chambre dédiée.
- Le titulaire d'une autorisation de prise en charge des patients enfants et adolescents pourra continuer après leur majorité afin d'assurer la continuité des soins.

Le titulaire de l'autorisation de médecine devra disposer sur son site :

- De moyens d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, adaptés à l'âge et à l'autonomie du patient. Par dérogation, l'établissement ne peut prévoir qu'une seule modalité d'hospitalisation sur son site s'il dispose de l'autre modalité dans un site à proximité ou s'il conventionne avec un autre titulaire proposant la forme d'hospitalisation manquante.
- D'une organisation permettant l'accueil des patients en séjour programmé ou en admission directe. Ainsi que l'accueil, l'information et le soutien des familles et des aidants des patients en lien avec un psychologue. Dans le cadre de la pédiatrie, cette organisation se fait également en lien avec un assistant social.
- Ou par convention, d'un accès aux :
 - Examens d'imagerie médicale (échographie, scanographe, appareil d'imagerie par résonance magnétique nucléaire)
 - Examens de biologie médicale et d'anatomopathologie

¹⁰ Décret n° 2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine

¹¹ Décret n° 2022-1047 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine

Exigences relatives à l'environnement

L'unité d'hospitalisation en médecine est constituée :

- D'un secteur d'hospitalisation, adaptée aux pathologies et à l'âge, permettant la surveillance et les soins des patients dans le respect de leur intimité et de la confidentialité.
- Les unités à temps complet et à temps partiel devront être distinctes.
- Un espace d'accueil et de détente à proximité pour les accompagnants

Exigences relatives aux qualifications et compétences du personnel

L'activité accueillant des adultes est assurée par une équipe pluridisciplinaire composée :

- D'au moins un médecin avec une compétence adaptée aux prises en charge effectuées
- D'au moins un infirmier diplômé d'Etat
- D'au moins un aide-soignant

Les fonctions et tâches de l'équipe pluridisciplinaire dédiée aux prises en charge en hospitalisation à temps partiel font l'objet d'une charte de fonctionnement.

Les équipes de l'unité d'hospitalisation à temps et à temps partiel peuvent être mutualisées si les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel.

Permanence et continuité des soins

Le titulaire de l'autorisation participe, autant que besoin, à la permanence des soins. Celle-ci est assurée par un médecin sur site ou par astreinte.

Il doit également organiser :

- La continuité des soins, en garantissant l'intervention d'un médecin. Cette organisation peut être commune à plusieurs sites ou plusieurs établissements de santé à proximité.
- Elle doit être assurée au sein de l'unité d'hospitalisation à temps complet par au moins deux professions paramédicales dont un infirmier diplômé d'Etat
- Sur site ou par convention, la possibilité d'assurer le transfert de tout patient vers une structure d'hospitalisation adaptée relevant des activités suivantes :
 - Soins critiques
 - Surveillance continue
 - Chirurgie
 - Soins médicaux et de réadaptation
 - Psychiatrie
 - Hospitalisation à domicile
- L'aval des séjours dans le cadre d'un parcours personnalisé en s'appuyant sur l'organisation des filières de soins du territoire.

Le titulaire met en place un dispositif de gestion des lits de médecine ou participe à un dispositif mis en place.

Focus sur la médecine pédiatrique

En plus des secteurs prévus pour les adultes, l'unité d'hospitalisation, à temps complet ou à temps partiel, accueillant des enfants et adolescents est constituée d'un espace de vie réservé avec un environnement adapté à leurs besoins affectifs et permettant la réalisation d'activités éducatives, scolaires et ludiques.

Afin d'éviter toute rupture, l'un des parents ou son substitut peut rester auprès de l'enfant jour et nuit, et des moyens de communication sont mis à disposition afin de faciliter le maintien des relations extérieures, notamment celles liées à la scolarité.

Lorsque sur un même site, sont implantées des urgences pédiatriques et une unité d'hospitalisation en médecine pédiatrique, la prise en charge en hospitalisation en aval des urgences doit être organisée.

En cas de création ou de restructuration d'un secteur d'hospitalisation en médecine pédiatrique, les locaux sont implantés, le cas échéant, dans le même bâtiment ou à proximité des urgences pédiatriques.

L'équipe de médecine pédiatrique est constituée :

- D'au moins un médecin spécialisé en pédiatrie
- D'au moins un infirmier puériculteur OU un infirmier diplômé d'Etat justifiant d'une expérience en pédiatrie
- D'au moins un auxiliaire de puériculture OU un aide-soignant justifiant d'une expérience en pédiatrie
- L'équipe est formée à répondre aux besoins psychologiques de développement de l'enfant et de l'adolescent.

La permanence des soins est assurée, sur site ou par astreinte, par un médecin spécialisé en pédiatrie ou un médecin justifiant d'une expérience en pédiatrie.

La continuité des soins est assurée par la présence dans l'unité à temps complet d'au moins deux professionnels paramédicaux dont un infirmier diplômé d'Etat justifiant d'une expérience en pédiatrie.

Particularités selon la prise en charge

Prise en charge des adultes : le titulaire se doit d'organiser, sur site ou par convention, l'accès à une compétence gériatrique ou de médecine polyvalente.

Prise en charge des enfants et adolescents : le titulaire participe aux filières de soins pédiatriques et soins critiques pédiatriques.

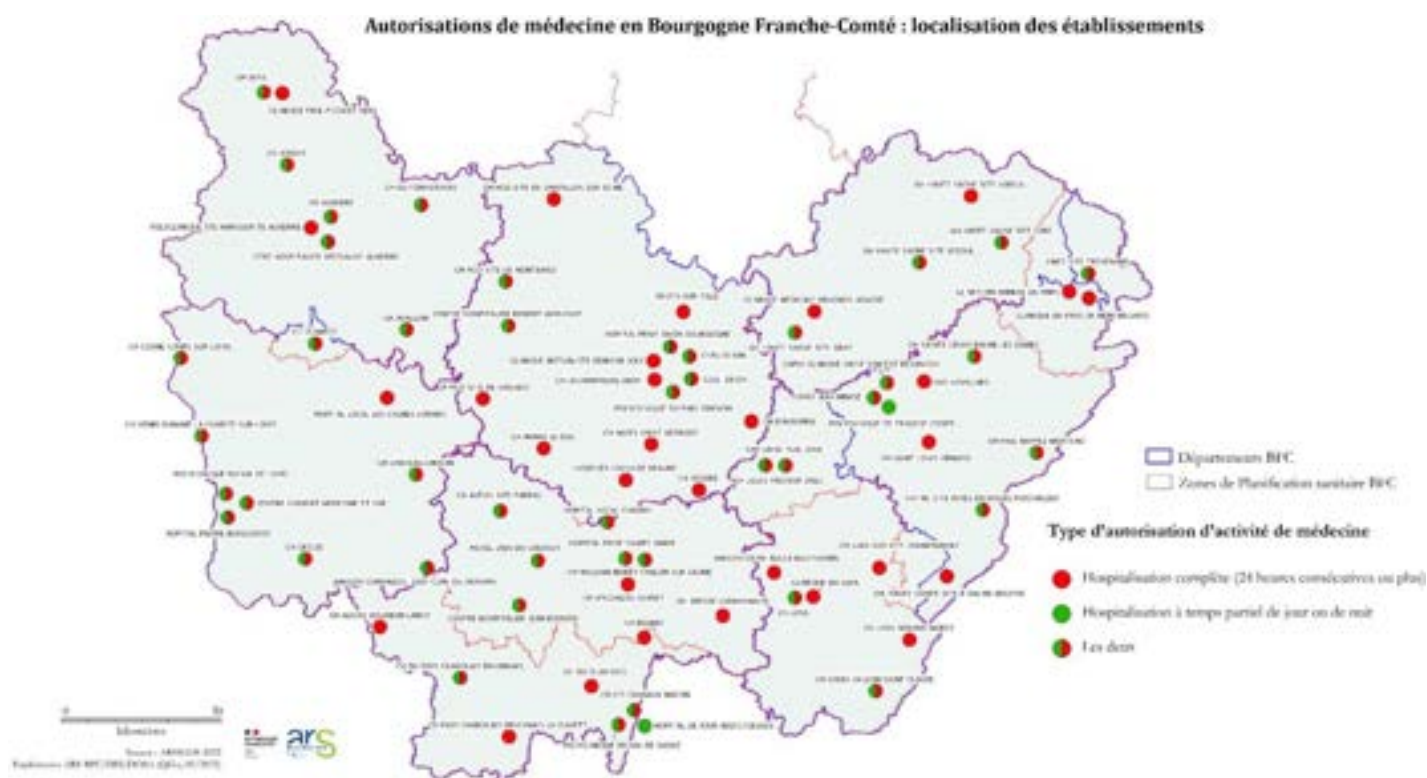
En toute hypothèse, le titulaire de l'autorisation s'assurer du recueil et de l'analyse de données issues des pratiques professionnelles, dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.

Offre de soins - Etablissements de santé disposant d'une autorisation de médecine

Autorisations

En avril 2023, 72 établissements de santé en Bourgogne-Franche-Comté sont autorisés à exercer une activité de médecine toute modalité confondue (hors hospitalisation à domicile), la modalité pédiatrique n'ayant été définie que dans les décrets du 25 juillet 2022.

Autorisation de médecine par entité géographique – ARHGOS mai 2023									
Département	21	25	39	58	70	71	89	90	BFC
Hospitalisation complète	17	10	7	10	4	15	8	1	72
Hospitalisation partielle	9	6	4	8	4	9	6	1	47
Nombre d'établissement	17	11	6	10	4	15	8	1	72



Capacitaire

Les établissements de Bourgogne Franche-Comté offrent une capacité installée au 1^{er} janvier 2021 de 5863 lits d'hospitalisation complète et de 624 places d'hospitalisation de jour.

La région Bourgogne Franche-Comté se caractérise par un taux régional d'équipement en médecine, hors hospitalisation à domicile, de 2,3 lits et places installés pour 1.000 habitants, taux supérieur à la moyenne nationale qui est de 2,1.

Les taux d'équipement demeurent hétérogènes selon les départements : 1,78 ‰ en Haute-Saône contre 3,43 ‰ sur le territoire de Belfort ou 2,9‰ en Côte-d'Or.

Tableau détaillé : Lits et places publics et privés installés au 01/01/2021¹²

Secteur	Côte d'Or	Doubs	Jura	Nièvre	Haute Saône	Saône et Loire	Yonne	Territoire de Belfort	BFC
Hospitalisation complète	1.317	900	467	481	375	1.171	699	453	5.863
Hospitalisation à temps partie	240	119	18	564	41	64	64	24	624
Total lits et places	1.557	1.019	485	535	416	1.235	763	477	6.487
Taux d'équipement en lits et places	2,91	1,87	1,88	2,66	1,78	2,25	2,30	3,43	2,32

Activité

Tableau : Evolution du taux de recours de 2017 à 2021 en Bourgogne-Franche-Comté (Nombre séjours consommés par les habitants de la région quel que soit le lieu de soins / 1000 hab)¹³

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de patients	538.446	544.421	542.530	481.028	526.134
Taux de patients standardisé/1.000 habitants	185,46	187,76	187,72	166,84	183,1

Tableau : Production / consommation de séjours de médecine en Bourgogne-Franche-Comté¹⁴

Production	Séjours produits par les établissements	450.974
	Dont patients venant d'autres régions	28.353
Taux d'attractivité		6,29%
Consommation	Séjours consommés par les patients de la région	467.476
	Dont consommés dans d'autres régions	44.853
Taux de fuite		9,6%

¹² Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne-Franche-Comté 2021

¹³ Scansanté : Evolution des taux de recours par Région (17) de 2017 à 2021 : Taux de patients Standardisé et Nb de patients Indices nationaux (Txstand Région (17) / Txstand Nat), consulté en mai 2023

¹⁴ ScanSanté

Tableau : Production / consommation de séjours de médecine pédiatrique en Bourgogne-Franche-Comté¹⁵

Production	Séjours produits par les établissements	40.101
	Dont patients venant d'autres régions	2.779
Taux d'attractivité		6,93%
Consommation	Séjours consommés par les patients de la région	42.350
	Dont consommés dans d'autres régions	5.028
Taux de fuite		11.87%

Concernant ces données et compte tenu de l'absence de service de médecine pédiatrique, la requête a été réalisée sur les actes de médecine des patients âgés de moins de 18 ans par conséquent, ses actes ne sont pas obligatoirement réalisés dans les services de médecine mais sont le reflet de l'activité médecine dédiée aux enfants.

Attractivité et fuite intra-régionale :

Taux attractivité et taux de fuite intra-régional

Zonage implantation des établissements	Séjours produits dans la zone géo	dont séjours consommés par des patients d'autres zones de la région	Taux d'attractivité de la zone géo	Séjours consommés par les patients de la zone géo	dont séjours consommés dans d'autres zones de la région	Taux de fuite de la zone géo	Attractivité \ominus Fuite
21 CÔTE-D'OR	106 811	23 263	21,8%	85 902	2 354	2,7%	19,1%
58 NIÈVRE	24 200	331	1,4%	30 574	6 705	21,9%	-20,5%
71 SAÔNE-ET-LOIRE	85 404	3 193	3,7%	94 440	12 229	12,9%	-9,2%
89 YONNE	41 721	1 615	3,9%	46 658	6 552	14,0%	-10,1%
25 DOUBS	79 029	22 198	28,1%	75 050	18 219	24,3%	3,8%
39 JURA	24 958	2 979	11,9%	34 754	12 775	36,8%	-24,9%
70 HTE-SAÔNE	25 510	1 819	7,1%	38 364	14 673	38,2%	-31,1%
90 T. de BELFORT	34 820	20 415	58,6%	16 711	2 306	13,8%	44,80%

¹⁵ Données Diamant

Evolution

Au 31 janvier 2023, les objectifs quantifiés de l'offre de soins relatifs à l'activité de médecine du Schéma Régional de Santé 2018-2023 ont été atteints et même dépassés dans certaines zones géographiques comme le Jura ou la Bourgogne Méridionale. Il faut toutefois relativiser ce dépassement.

En effet, certains établissements, déjà autorisés pour une activité de médecine à temps complet semblent avoir anticipé la mise en application de la réforme en demandant une autorisation pour de l'hospitalisation partielle. Ainsi, en 2022, sur 12 autorisations supplémentaires accordées, 8 l'ont été pour de l'activité en hospitalisation partielle pour des établissements déjà autorisés en hospitalisation complète.

Mais aujourd'hui, 25 établissements sur les 72 autorisés ne présentent encore qu'un seul mode d'hospitalisation, et devront donc se mettre en conformité à partir de 2024. Certains établissements, de par leur taille initiale, mais également face à la difficulté contextuelle actuelle de recrutement des personnels médical et paramédical, s'orienteraient d'ores et déjà vers la contractualisation de convention avec les services d'hospitalisation partielle existants. Actuellement, au moins 7 établissements en Côte d'or, dans le Jura et majoritairement dans la Nièvre ferment tout ou partie de leurs lits faute de recrutement de personnel.

D'un autre côté, la labélisation des centres hospitaliers en hôpitaux de proximité a favorisé les demandes d'autorisation d'activité de médecine (*Cf fiche Hôpitaux de proximité, livret Offre de santé*)

Sans compter la structuration de la filière de prise en charge en addictologie, notamment dans le Jura et le Doubs, qui a engendré 2 nouvelles autorisations d'hospitalisation complète de médecine dans des établissements spécialisés en psychiatrie, tel que le prévoient les objectifs opérationnels communs.

La prise en charge dans le domaine de la pédiatrie, non soumise à autorisation jusqu'alors, se trouve désormais contrainte par les arrêtés définissant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des services de médecine.

Les prises en charges des personnes de moins de 18 ans, peu structurées sur l'ensemble du territoire français, s'articulent entre différents domaines dans une filière en construction ou collaborent services de médecine-chirurgie, urgences pédiatriques, unité de soins continus pédiatriques, réanimation pédiatrique, pédopsychiatrie et soins médicaux et de réadaptation, sans oublier les structures dédiées aux enfants victime de violence UAPED qui se sont développées en Bourgogne-Franche-Comté.

En 2021, près de 45 établissements ont produits des soins médicaux pour les moins de 18 ans, avec toutefois une baisse de plus de 5% du nombre de séjours par rapport à 2018.

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Objectifs communs à la discipline médecine

Objectif général n°1 : organiser une offre de santé de proximité, coordonnée, centrée autour de l'utilisateur et en garantir un accès équitable pour tous

L'identification de parcours et/ou de filières de soins intégrant la gradation des soins et la complémentarité entre acteurs, sur un territoire donné, permet d'associer de manière plus efficiente, l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge et d'orienter la personne, selon ses besoins, vers une prise en charge de proximité ou l'accès à un plateau technique spécialisé.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - *Participer à la filière territoriale de soins, pédiatrique ou gériatrique selon le public accueilli, afin de renforcer les coopérations, de faciliter l'organisation de prises en charge adaptées et la continuité des parcours individualisés des patients.*
- ☞ 2 - *Approfondir les projets médicaux partagés (PMP) des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en concertation avec les acteurs du secteur privé afin de définir les outils de coordination adéquats (conventions, fédérations inter hospitalières, réseaux de soins ou de santé, ...).*
- ☞ 3 - *Permettre un accès équitable aux soins de médecine en établissement de santé, selon une offre graduée (niveau de proximité, plateau technique spécialisé local ou régional) et complémentaire.*
- ☞ 4 - *Innover en matière d'organisation pour améliorer la coordination, la circulation de l'information et in fine l'efficience et la qualité de la prise en charge.*

L'identification de parcours et/ou de filières de soins, sur un territoire donné, permet d'associer l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge et d'orienter la personne, selon ses besoins, vers une prise en charge de proximité ou l'accès à un plateau technique spécialisé.

Cette ambition sera portée par les projets médicaux partagés (PMP) des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en concertation avec les acteurs du secteur privé qui pourront définir les outils de coordination adéquats (conventions, fédérations inter hospitalières, réseaux de soins ou de santé, ...).

Exemples d'actions :

- ⊙ Mise en œuvre de nouveaux modes d'exercice: plateformes territoriales d'appui, équipes de spécialistes médicaux et paramédicaux territoriales ou régionales, consultations avancées, équipes mobiles hors les murs...
- ⊙ Déploiement des nouvelles technologies de l'information et de la communication : télémédecine, dossier médical partagé, plateforme de coordination territoire de soins numérique eTICSS (e Territoire Innovant Coordonné Santé Social)

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Développement des coopérations sur un territoire donné entre la ville et les services de médecine des établissements de santé publics et privés.
- ☞ Structuration d'une offre graduée et complémentaire en médecine par groupement hospitalier de territoire et pour l'ensemble de la région.
- ☞ Renforcement de la participation des services de médecines dans les actions de la télémédecine et de la plateforme régionale de e-parcours eTICSS.

Objectif général n°2 : Consolider et améliorer l'efficacité et la qualité du système de soins en médecine

Objectifs opérationnels :

☞ *1 - Mieux organiser l'accompagnement des personnes*

Exemples d'actions :

- ⊙ Multiplication des actions de prévention et de promotion de la santé.
- ⊙ Mobilisation des patients autour d'actions les impliquant dans leur prise en charge notamment par l'éducation thérapeutique du patient (ETP).
- ⊙ Proposition de parcours de soins personnalisés pour les patients atteints de maladies chroniques en favorisant l'adaptation de leur organisation (alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, équipe mobile...)
- ⊙ Diversification et enrichissement de l'offre sanitaire en collaboration avec le secteur médicosocial pour une prise en compte des vulnérabilités et des publics précaires : renforcement des dispositifs existants de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), Equipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (EMPP), structures d'exercice coordonné participatives. (cf PRAPS)
- ⊙ Meilleure accessibilité aux soins par une prise en charge adaptée des personnes en situation de handicap.

☞ *2 - Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle afin de mieux favoriser les évolutions de prise en charge.*

Exemples d'actions :

- ⊙ Accentuation du développement de l'hospitalisation partielle en médecine proposant une prise en charge pluridisciplinaire.
- ⊙ Permettre un continuum de prise en charge en favorisant le passage de l'hospitalisation complète (HC) à l'hospitalisation partielle (HP) ou à l'Hospitalisation à domicile (HAD) ou encore le passage de l'hospitalisation partielle à la consultation.

☞ *3 - Accentuer le développement et l'auto-évaluation de la qualité et la sécurité des soins.*

Exemples d'actions :

- ⊙ Renforcement de l'analyse systématique des événements indésirables (EI) par les établissements de santé, pour en dégager des pistes d'amélioration dans le cadre de la politique de qualité et de sécurité des soins au sein de ces établissements.
- ⊙ Développement d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- ⊙ Amélioration de la prévention des infections associées aux soins dans chaque établissement de santé et en garantissant une compétence en infectiologie à l'échelle de chaque territoire
- ⊙ Encourager la systématisation de la prise en charge de la douleur

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)
- ☞ Développement des alternatives à l'hospitalisation complète (HAD, hôpital de jour)
- ☞ Développement des EPP
- ☞ Développement des CREX au sein des établissements

Objectif général n°3 : Fluidifier les sorties d'hospitalisation et améliorer l'efficacité et la qualité du parcours individualisé

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - *Elaborer des conventions avec les structures d'hospitalisation adaptée à l'âge (soins critiques, surveillance continue, chirurgie, SMR.) et anticiper les possibilités d'assurer le transfert de patient dont l'état de santé le nécessite.*
- ☞ 2 - *Renforcer la transmission d'informations afin de sécuriser la sortie d'hospitalisation.*

Exemples d'actions :

- ⦿ Déploiement du partage d'information en s'appuyant sur les outils régionaux : Dossier Médical Partagé, Mon Espace Santé, plateforme régionale d'e-parcours eTICSS...
- ⦿ Formalisation de procédures avec les dispositifs d'appui à la coordination.

- ☞ 3 - *Renforcer les liens ville - établissements sanitaires - secteur médico-social.*

Exemples d'actions :

- ⦿ Participation au dispositif de gestion des lits du groupement hospitalier de territoire ou conjointement avec d'autres établissements.
- ⦿ Développement de dispositifs permettant de mieux coordonner les sorties d'hospitalisation, comme les dispositifs d'appui à la coordination ou encore la création d'un guichet unique de coordination du recours à l'hospitalisation à domicile.

Objectifs spécifiques à la pédiatrie

Objectif général : Consolider l'offre hospitalière de pédiatrie en lien avec les acteurs du premier recours

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Structurer dans chaque établissement une organisation graduée de la prise en charge pédiatrique s'appuyant sur l'ensemble des compétences (Médecin généraliste, pédiatre et infirmière puéricultrice).
- ☞ 2 - Structurer sur chaque territoire une organisation de recours à l'expertise des spécialistes en pédiatrie.
- ☞ 3 - Définir les liens avec les CPTS, les DAC et les filières de recours pédiatriques sur chaque territoire.
- ☞ 4 - Identification dans chaque département d'une Unité d'Accueil Pédiatrique Endants en Danger (UAPED)

Exemples d'actions :

- ⊙ Mise en place de protocoles de coopération pour le recours aux IDE puéricultrice.
- ⊙ Elaboration de conventions de partenariat et structuration de protocoles de recours aux spécialistes pédiatriques.
- ⊙ Déploiement de la téléconsultation et de la téléexpertise sur l'ensemble des territoires de BFC.
- ⊙ Cartographie de l'offre de soins pédiatrique par département.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Consolider l'offre de médecine pédiatrique sur l'ensemble des territoires de BFC
- ☞ Améliorer l'accès aux recours de spécialités pédiatriques au sein des deux CHU

Objectifs spécifiques à la gériatrie définis dans le cadre du parcours personnes âgées

Objectif général n°1 : Structurer les filières gériatriques sur le territoire régional pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences (cf. la fiche Parcours grand âge du livret Parcours)

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Organiser la complémentarité entre les centres experts (court séjour gériatrique, équipe mobile, ...) et les hôpitaux de proximité au sein de la filière gériatrique.

Exemples d'actions :

- ⊙ Définition des centres experts.
- ⊙ Intégration des hôpitaux de proximité dans la construction de la filière gériatrique territoriale.

- ☞ 2 - Adapter la réponse aux besoins d'expertise gériatrique et à l'évolution populationnelle :

Exemples d'actions :

- ⊙ Articulation de la filière gériatrique avec la filière psychiatrique dans le cadre des GHT.
- ⊙ Consolidation des unités de psychiatrie dans les EHPAD.
- ⊙ Développement de l'hospitalisation partielle.
- ⊙ Identification des équipes mobiles.
- ⊙ Amélioration de l'efficience de la télémédecine dans les EHPAD

- ☞ 3 - Encourager et faciliter le recours à l'hébergement temporaire pour éviter les hospitalisations inadéquates en secteur sanitaire.
- ☞ 4 - Finaliser la mise en place de filière d'admission directe non programmée et d'expertise gériatrique afin de limiter aux situations non évitables le passage aux urgences.
- ☞ 5 - Poursuivre le déploiement des dispositifs de télémédecine en maison de santé pluri professionnelle (MSP) et en EHPAD.

Objectif général n°2 : Faciliter la coordination et la coopération des acteurs notamment dans le lien ville-hôpital

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Déployer le partage de l'information et le travail en réseau.
- ☞ 2 - Renforcer les actions des plateformes territoriales d'appui aux parcours de santé complexes.
- ☞ 3 - Développer les protocoles de coopération ou de délégation de tâches, en particulier entre médecin et infirmier(e), infirmier(e) en pratiques avancées.
- ☞ 4 - Développer en interopérabilité, les systèmes d'information et de coordination partagés entre les acteurs.
- ☞ 5 - Consolider les actions de partenariat avec les CPTS et/ou les centres de ressources territoriales.

Objectifs spécifiques en matière de planification et d'organisation de l'offre de soins définis dans le cadre des parcours par pathologies

Parcours addictions

cf. fiche Parcours Addictions. L'objectif général n°3 de la fiche parcours addiction (*livret Parcours*) apporte les explications concernant l'organisation et la répartition de l'offre sanitaire sur les territoires en fonction des besoins populationnels.

Toutefois, renforcer la structuration de la filière de prise en charge en addictologie dans le département de la Nièvre (Niveau II), avec le cas échéant, possibilité d'autoriser une activité de médecine dans des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie demeure une préoccupation.

Volet Accident Vasculaire Cérébral (AVC) (cf Parcours maladies cardio-neuro-vasculaires, livret Parcours)

Objectifs généraux et opérationnels :

- ☞ 1 - Développement de la connaissance des maladies CNV
- ☞ 2 - Développement de la prévention secondaire, avec notamment la consolidation de l'éducation thérapeutique
- ☞ 3 - Amélioration de la structuration de la filière (PEC préhospitalière et post hospitalisation)
- ☞ 4 - Développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (hospitalisation à temps, hospitalisation à domicile, ...)

Evolutions (créations, transformations, coopérations)

- Développement des services d'hospitalisation partielle pour l'activité de soins de médecine, et/ou d'autres alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.
- Structuration de la filière pédiatrique définissant la gradation des soins au niveau de chaque zone de planification sanitaire.
- Structuration de la filière gériatrique, en organisant la complémentarité entre les centres experts et les hôpitaux de proximité.
Le type de patients pris en charge est le suivant :
- Délivrance possible d'autorisations de médecine dans des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie notamment dans la Nièvre pour structurer la filière de prise en charge en addictologie.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (cf tableau ci-après)

3) ARTICULATION

- Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) (programme)
- Plan maladies neurodégénératives (PMND)

4) TRANSVERSALITE

La fiche médecine doit être élaborée en transversalité avec les parcours suivants :

- Livret Prévention : Fiche Santé des enfants et des jeunes
- Livret Parcours : Ensemble des fiches Parcours
- Livret Offre de santé : Fiche Soins palliatifs
 - Ce livret, en particulier : Fiche Hospitalisation à domicile (HAD), Fiche Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale (pour la composante néonatalogie et son articulation avec la pédiatrie), Fiche: Médecine d'urgence, Fiche Activité interventionnelle sous imagerie médicale, en cardiologie, Fiche Traitement du cancer, Fiche Soins critiques, Fiche Traitement de l'insuffisance rénale chronique

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE DE MEDECINE**

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023

Modalité		Zone								
		Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Nombre d'implantations prévues	Adultes	20	6	5	15	7	10	10	11	11
	Enfants et adolescents	6	1	1	6	2	3	5	2	3

Les titulaires d'une autorisation d'activité délivrée avant cette date doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation d'activité

7.1.3. CHIRURGIE

L'activité de soins de chirurgie est désormais codifiée aux articles R.6123-201 à R.6123-212 et D.6124-267 à D.6124-290 du code de la santé publique ¹⁶.

La chirurgie du cancer (fiche Traitement du cancer), la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, ainsi que les activités de greffes sont traitées dans des fiches spécifiques de ce livret.

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Définition

L'article R.6123-201 du code de la santé publique définit l'activité de soins de chirurgie comme « *la prise en charge à visée diagnostique ou thérapeutique des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel quelle que soit la voie d'abord et la mise en œuvre d'une continuité des soins [...].* ».

Ce même article précise que « *Cette activité requiert, pour sa réalisation, un environnement adapté à la complexité et au niveau de risque du geste ainsi qu'au type de patients pris en charge. Les soins de chirurgie s'inscrivent dans une prise en charge globale des patients. Elle comporte également des actions de prévention et d'éducation à la santé.* ».

L'acte chirurgical s'entend comme un épisode de soins qui inclut l'avant, le pendant et l'après d'une chirurgie. Il doit être organisé selon un parcours optimisé. Le patient peut être pris en charge, soit en hospitalisation complète, soit en ambulatoire.

Enjeux

- Le cadre juridique introduit par la réforme des autorisations d'activités de soins constitue désormais un socle commun de règles de référence à l'ensemble des acteurs, qu'il s'agisse des structures autorisées à pratiquer l'activité de chirurgie, les agences régionales de santé, les praticiens et bien sûr les usagers.

Les exigences en termes de qualité et de sécurité des soins, d'environnement interne et externe, de ressources humaines qualifiées et expertes, d'organisation, y sont déclinées.

- La réforme est un levier qui va faciliter l'accélération du développement des prises en charge en chirurgie ambulatoire.

La cible de prise en charge sous forme ambulatoire fixée par la DGOS de 70% pour 2022 reste une cible réaffirmée comme atteignable. Elle a été réaffirmée par le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique de 2021, qui fixe une cible à 80% en intégrant des actes innovants d'ici 2025. Ainsi la transformation et l'évolution des pratiques en chirurgie en cours est à renforcer. Le taux de chirurgie ambulatoire¹⁷ en Bourgogne-Franche-Comté atteint 61,8 % en 2022.

¹⁶ Décrets n° 2022-1765 et n° 2022-1766 relatifs aux conditions d'implantation et techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie et arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique prévu à l'article R. 6123-212 du code de la santé publique

¹⁷ périmètre fixé initialement par l'instruction du 28 septembre 2015 (annexe 1) : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=40158>.

- La crise sanitaire a par ailleurs renforcé l'efficacité de l'organisation de la chirurgie ambulatoire : en effet, les épisodes de soins ont dû être optimisés et coordonnés pour gérer et fluidifier les parcours chirurgicaux tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins.

Dans la continuité, de ces dernières années, l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté a proposé aux établissements de santé de la région plusieurs programmes d'accompagnement opérationnels de proximité impliquant les acteurs de terrain et favorisant les partages entre pairs de savoirs et savoirs faire afin de poursuivre le développement de ces parcours.

Le nouveau cadre juridique :

La réforme organise l'activité de chirurgie selon trois modalités :

- la chirurgie de l'adulte
- la chirurgie pédiatrique (0-15 ans)
- la chirurgie bariatrique

Pour chacune de ces modalités, l'autorisation permettra deux types de prise en charge : en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour. La pratique d'un seul type de prise en charge nécessitera de conventionner avec un autre titulaire, afin de proposer aux usagers une offre complète. Ce conventionnement devra répondre à l'exigence de proximité compatible avec la sécurité des soins.

Dans le cadre des modalités de chirurgie de l'adulte et de chirurgie pédiatrique, les autorisations délivrées aux opérateurs devront faire mention des pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS) exercées par le titulaire dans ce cadre.

Onze PTS ont été prévues par le texte :

- Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ;
- Chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Chirurgie plastique et reconstructrice ;
- Chirurgie thoracique et cardiovasculaire à l'exception de l'activité définie à l'article R. 6123-69 ;
- Chirurgie vasculaire et endovasculaire ;
- Chirurgie viscérale et digestive ;
- Chirurgie gynécologie obstétrique ;
- Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière ;
- Chirurgie en ophtalmologie ;
- Chirurgie oto-rhino-laryngologie et cervico-faciale ;
- Chirurgie en urologie.

Les notions de « secteur opératoire » et de « bloc opératoire » anciennement utilisées sont remplacées par celles de « secteur interventionnel à accès contrôlé » et de « bloc interventionnel à accès protégé »¹⁸.

¹⁸ Décrets n° 2022-1765 et n° 2022-1766 relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie

Les textes insistent sur les enjeux de qualité et de sécurité dans la prise en charge du patient en imposant la mise en place et la tenue d'un recueil et d'une analyse des bonnes pratiques professionnelles, alimentation des registres professionnels d'observation des pratiques, pilotage et régulation de l'activité, traçabilité, assurance qualité en matière de radioprotection, obligation d'alimenter le répertoire opérationnel des ressources (ROR).

Le renforcement de ces enjeux s'exprime aussi au travers des indicateurs de qualité et de sécurité à recueillir dans le cadre de la procédure de certification HAS (cf. livret Qualité, sécurité, pertinence) et des futurs indicateurs de vigilance en chirurgie (cf. *Fiche introductive Réforme du régime juridique des autorisations*)¹⁹

Etat des lieux

Evolution des implantations pour une activité de chirurgie au cours du SRS 2028-2023

Au 1er janvier 2023, la région compte 35 plateaux techniques disposant d'au moins une autorisation de chirurgie (a minima ambulatoire). 17 titulaires sont des établissements publics et 18 sont des établissements privés.

Zones de planification sanitaires 2018-2023	Implantations au 01/01/2018	Cible SRS 2018-2023	Implantations au 01/01/2023	Evolutions au cours du SRS 2018 - 2023
Côte d'Or	7	6 à 7	7	Sans changement
Centre franche Comté	6	5 à 6	6	Sans changement - Fermeture chirurgie HC - CH Dole
Nord Franche Comté	4 puis 3	2	2	Sans changement
Jura	3	2 à 3	3	Sans changement - rapprochement public/privé sur Lons non abouti
Nièvre	4	2 à 4	3	Retrait autorisation Clinique de Cosne Fermeture chirurgie HC - CH Decize
Haute-Saône	2	1 à 2	2	Sans changement - rapprochement public/privé non abouti
Bourgogne méridionale	3	3	3	Sans changement
Saône-et-Loire Bresse Morvan	6	5	5	Fermeture chirurgie HC et ambulatoire - CH Montceau
Nord Yonne	2	2	2	Sans changement
Sud Yonne Haut-Nivernais	2	2	2	Sans changement
	38	30 à 36	35	

En 2018, trois sites sur la région présentaient une activité chirurgicale inférieure à 1 500 séjours par an. Deux de ces trois établissements ont fait le choix de faire évoluer leur plateau technique vers une offre exclusive de chirurgie ambulatoire : le centre hospitalier de Decize et le centre hospitalier de Saint-Claude.

Le CH de Dole a également pour projet d'évoluer vers un centre de chirurgie exclusivement ambulatoire à horizon 2024.

¹⁹ Décision n° 2022.0171/DC/SEvOQSS du 2 juin 2022 du collège de la Haute Autorité de santé portant sur le rapport : « Proposition d'indicateurs de vigilance en chirurgie – Définition des indicateurs »

Deux autres sites présentaient une activité entre 2 500 et 3 000 séjours par an ont cessé d'exploiter l'activité de chirurgie : la clinique de Cosne-Cours-sur-Loire et le centre hospitalier de Montceau-les-Mines. Les rapprochements entre les établissements public et privés implantés sur la commune de Lons-le-Saunier et de Vesoul n'ont pas aboutis.

Nombre de lits et de places de chirurgie²⁰

		Chirurgie (tous)	Chirurgie (publics)	Chirurgie (privés)
Hospitalisation complète				
	Lits installés au 31/12/2021	2 104	1 218	886
	Lits installés au 31/12/2018	2 531	1 383	1 148
Hospitalisation partielle ou ambulatoire				
	Places au 31/12/2021	880	302	578
	Places au 31/12/2018	784	298	486

Au niveau de la région, le nombre de lits de chirurgie complète a baissé de 16,9% entre 2018 et 2021 et, à l'inverse, le nombre de places en chirurgie ambulatoire a augmenté de 12,2% sur la même période. Cette tendance s'explique notamment par le virage ambulatoire pris par les établissements de Bourgogne-Franche-Comté et est particulièrement marquée dans les capacités des établissements privés (-22,8% de lits et +18,9% de places entre 2018 et 2021).

Cartographie : nombres de séjours réalisés en 2021 pour l'activité de chirurgie

La cartographie ci-après permet de représenter le volume global de séjours de chirurgie par structure autorisée, toutes classes d'âge et toutes spécialités et surspécialités confondues (dont la chirurgie des cancers, chirurgie cardiaque, neurochirurgie).

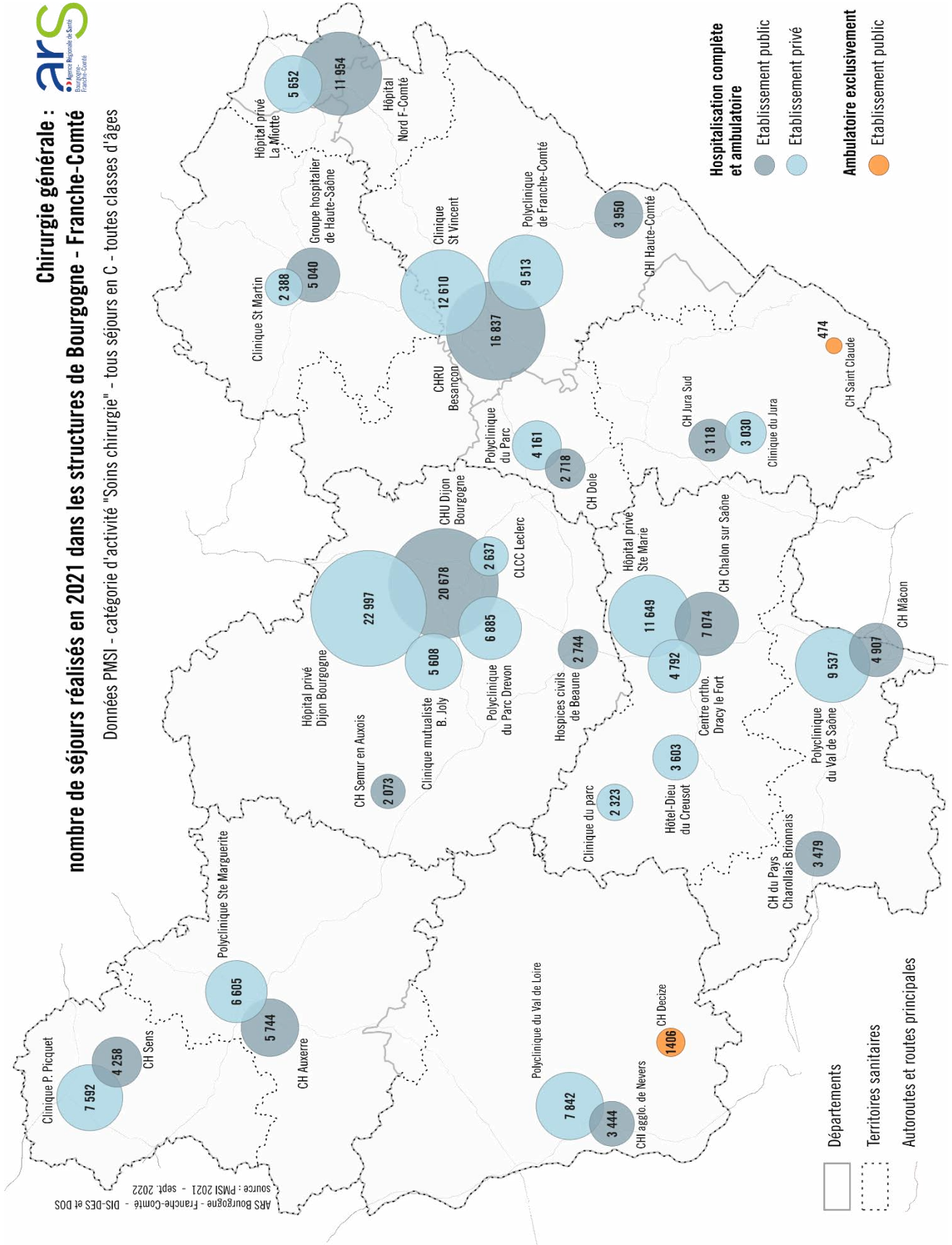
La production de soins chirurgicaux, par les établissements de la région, est d'environ 230 000 séjours en 2021.

²⁰ Données de la SAE 2021 : <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

Chirurgie générale : nombre de séjours réalisés en 2021 dans les structures de Bourgogne - Franche-Comté

Données PMSI - catégorie d'activité "Soins chirurgie" - tous séjours en C - toutes classes d'âges

ARS Bourgogne - Franche-Comté - DIS-DES et DOS
source : PMSI 2021 - sept. 2022



Hospitalisation complète et ambulatoire

- Établissement public
- Établissement privé

Ambulatoire exclusivement

- Établissement public

▭ Départements
 - - - Territoires sanitaires
 — Autoroutes et routes principales

Taux de recours²¹

Tableau 1 : Taux de recours standardisés (par sexe et par âge) /1 000 habitants par catégorie d'activité de soins - Chirurgie - Evolution des taux 2015-2021

Zonage sanitaire	Total chirurgie						Chirurgie avec au moins 1 nuitée						Chirurgie ambulatoire											
	2015	Rang*	2019	Rang	2020	Rang	2021	Rang	2015	Rang	2019	Rang	2020	Rang	2021	Rang	2015	Rang	2019	Rang	2020	Rang	2021	Rang
Bourgogne méridionale	87,3	2	93,27	1	74,9	2	89,15	2	49,53	3	44,11	1	36	2	49,12	3	37,77	4	49,16	1	39	4	40,02	2
Centre Franche-Comte	80,49	7	83,64	7	67,6	6	78,03	7	45,59	7	38,35	9	31	7	46,49	6	34,89	7	45,29	6	36,6	6	31,53	10
Côte-d'Or (21-52)	81,27	6	85,63	6	71,6	4	84,29	5	41,43	10	36,64	10	31	7	50,69	1	39,84	1	48,99	2	40,7	2	33,59	7
Haute-Saone	85,11	4	85,76	5	66,4	8	77,88	9	49,68	2	40,01	5	32,4	5	43,42	8	35,44	6	45,75	5	34	7	34,46	6
Jura	80,06	8	82,39	8	64,1	10	78,64	6	47,03	5	38,71	8	30,4	8	45,49	7	33,03	9	43,68	8	33,6	9	33,15	8
Nievre	76,96	10	77,69	10	67,1	7	77,57	8	43,61	9	38,73	7	33,2	4	41,94	9	33,35	8	38,96	10	33,9	8	35,63	5
Nord Franche-Comte	77,05	9	81,1	9	64,8	9	74,8	10	44,26	8	38,74	6	31,6	6	41,73	10	32,79	10	42,36	9	33,2	10	33,07	9
Nord Yonne	88,69	1	92,63	2	77,1	1	89,57	1	50,58	1	43,89	2	36,1	1	49,1	4	38,11	3	48,74	3	41	1	40,47	1
Saone-et-Loire	86,69	3	88,36	3	72,1	3	87,8	3	48,06	4	40,47	4	32,4	5	50,41	2	38,63	2	47,89	4	39,7	3	37,39	4
Bresse Morvan	81,65	5	86,46	4	70,9	5	85,17	4	46,06	6	41,78	3	33,9	3	46,96	5	35,58	5	44,68	7	37	5	38,21	3
Nivernais	81,99		85,27		69,4		81,96		45,74		39,43		32,3		46,96		36,25		45,84		37,2		35,01	
France (y compris code géographique non précisé)	84,02		86,85		73,2		83,86		44,36		38,82		32,6		49,26		39,66		48,03		40,6		34,6	

Année 2020 non représentative - * Classement des zones : du taux de recours le plus élevé (=1) au taux de recours le moins élevé (=10)

²¹Source Scansanté - Catégorie d'activité de soins – Chirurgie – séjours en C 0 nuitées pour la chirurgie ambulatoire et séjours en C avec au moins une nuitée pour la chirurgie en hospitalisation complète - les séjours en C sont les séjours avec acte classant opératoire, à l'exclusion de tout autre acte passant par le bloc opératoire. Le taux de recours mesure la consommation de soins des habitants d'une zone déterminée rapportée à la population domiciliée dans la zone considérée.

Le taux de recours global à la chirurgie était en progression sur la région (+3,28 séjours pour 1 000 habitants) jusqu'en 2019 inclus. La crise sanitaire a cependant eu un fort impact sur le taux de recours global qui n'a pas retrouvé, en 2021, le niveau de 2019.

La crise actuelle que traverse la région Bourgogne-Franche-Comté vis-à-vis de la démographie médicale pérennise cet impact négatif.

Sur les zones franc-comtoises, le taux de recours demeure inférieur à celui de 2015, tout particulièrement sur la zone Nord Franche-Comté.

Ce taux est aujourd'hui supérieur à celui de 2015 pour les zones bourguignonnes.

Il est néanmoins à noter qu'entre 2015 et 2019, la progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire en région Bourgogne-Franche-Comté était plus importante qu'au niveau national (+9,59 séjours pour 1000 habitants pour la région et +8,37 séjours pour 1 000 habitants au niveau national). Cette progression est corrélée à une baisse de la chirurgie avec nuitée(s) (-6,31 séjours pour 1000 habitants pour la région et -5,54 séjours pour 1000 habitants au niveau national).

L'année 2020 a provoqué un net recul de cette évolution puisque les taux de recours à la chirurgie en hospitalisation complète et à la chirurgie ambulatoire au niveau régional se sont de nouveau inversés. Et les disparités entre les zones sont encore plus marquées en 2021 qu'en 2015 (déprogrammation de la chirurgie réglée).

En 2021, le taux de recours doit être lu avec précaution au regard de l'offre de soins de chirurgie disponible aujourd'hui. Le taux ne reflète pas nécessairement le non recours aux soins par une partie de la population, ce que l'on pourrait interpréter en première lecture. La crise sanitaire a engendré des retards de prises en charge inscrivant les patients dans des files d'attente non résorbées à ce jour. Elle reflète les difficultés des établissements de santé à reprendre une activité normale en raison de tensions très fortes sur les équipes médico-soignantes.

Taux de fuite et d'attractivité extrarégionaux 2015/2021²²

Concernant l'activité de chirurgie, on constate que la région Bourgogne-Franche-Comté dessert essentiellement la population de la région. Le taux d'attractivité est stable et le taux de fuite en très légère hausse :

Années	Séjours consommés par des patients d'autres régions	Taux d'attractivité de la région	Séjours consommés dans d'autres régions	Taux de fuite de la région
2021	16 693	7,30%	30 842	12,70%
2015	16 178	7,02%	28 125	11,60%

Ce sont les régions limitrophes que sont l'Auvergne-Rhône-Alpes, le Grand Est et l'Île-de-France qui attirent le plus de patients résidant dans la région Bourgogne-Franche-Comté.

²² Source Scansanté - Catégorie d'activité de soins – Chirurgie.

L'inverse est également valable : l'attractivité de la région Bourgogne-Franche-Comté se compose essentiellement de patients résidants dans ces mêmes régions limitrophes. A noter un flux d'usagers résidant dans la région Centre Val-de-Loire, alors que cette région attire moins de patients résidant en Bourgogne-Franche-Comté.

Il existe également de fortes disparités entre les établissements en terme de fuite et d'attractivité : par exemple, le CHU de Besançon a un taux moindre d'attractivité hors région (287 séjours) comparativement au CHU de Dijon (1997 séjours) qui bénéficie de l'adressage de patients résidant dans le département de la Haute-Marne, du fait des parcours organisés dans le cadre du Groupement Hospitalier Territorial Côte-d'Or-Haute Marne.

On remarque également que les cliniques privées qui sont en périphérie d'une autre région sont plus attractives que les établissements publics sur les mêmes zones : 3 055 séjours pour la polyclinique du Val de Saône contre 1476 pour le CH de Mâcon, 1365 pour la polyclinique du Val de Loire contre 518 pour le CH de l'Agglomération de Nevers, 1718 pour la clinique Paul Piquet contre 562 pour le CH de Sens.

A noter l'attractivité de l'Hôpital Privé Dijon Bourgogne avec 1 696 séjours, alors même que cet établissement n'est pas situé en périphérie de la région.

A noter également l'attractivité du centre orthopédique médico-chirurgical de Dracy-le-Fort avec 744 séjours de patients résidant hors de la région mais également hors du pays.

Taux de fuite et d'attractivité infrarégionaux 2021²³

Année 2021	Attractivité		Fuites	
	Zones sanitaires	Séjours consommés par des patients d'autres zones géographiques de la région	Taux d'attractivité de la zone	Séjours consommés dans d'autres zones géographiques de la région
Saône-et-Loire-Bresse Morvan	4 663	16,40%	7 912	25,00%
Bourgogne méridionale	1 688	12,90%	2 704	19,20%
Côte d'Or (y compris sud 21)	16 481	28,20%	2 433	5,50%
Sud Yonne-Haut-Nivernais	1 866	15,50%	5 827	36,30%
Nord Yonne	1 208	12,60%	1 918	18,70%
Nièvre	280	2,60%	3 302	24,20%
Centre Franche-Comté	14 182	28,80%	3 351	8,70%
Jura	1 023	16,10%	6 062	53,10%
Nord Franche-Comté	980	5,70%	4 222	20,60%
Haute-Saône	672	9,20%	5 312	44,50 %

Les deux centres hospitaliers universitaires de la région prennent en charge à part égale des patients résidant au-delà de la zone de planification sanitaire sur laquelle ils sont implantés. Cela a trait à leur positionnement d'établissement de recours régional et aux spécialités et surspécialités proposées. Les établissements du Nord Franche-Comté présentent un taux d'attractivité moindre compte tenu de leur positionnement géographique excentré.

²³ Source Scansanté - Catégorie d'activité de soins – Chirurgie.

Attractivité des établissements de la région ²⁴

L'activité chirurgicale globale de la région est en augmentation de 6,8% entre 2015 et 2019. Cette évolution a été fortement ralentie par la crise sanitaire : +2,6% si l'on prend la période 2015/2021 ; et l'évolution est inégalement répartie entre établissements publics de santé et établissements privés :

- Sur la période 2015/2019 : +4,9% (+5056 séjours) pour les établissements publics de santé et +8,3% (+10 058 séjours) pour les établissements privés ;
- Sur la période 2015/2021 : -2,9% (-3001 séjours) pour les établissements publics de santé et +7,3% (+8817 séjours) pour les établissements privés.

A noter que sur les 2 dernières années (2020-2021), les orientations nationales de crise ont été déclinées en région, emportant déprogrammation des interventions non urgentes, fermeture des blocs et réorientation de chirurgies urgentes, principalement vers le secteur privé.

A la fin de l'année 2021, deux établissements se situent sous la barre des 1 500 séjours : il s'agit des plateaux techniques du CH de Decize et de celui du CH de Saint-Claude qui assurent aujourd'hui une activité exclusivement sous forme ambulatoire. Tandis que le CH de Decize se situe sur une tendance haussière de reprise de l'activité (+9,2% entre 2021 et 2022 soit +129 séjours), la situation est plus préoccupante depuis la pandémie pour le CH de Saint-Claude (-22,2% entre 2021 et 2022, soit -105 séjours). La clinique du Jura, située sur la commune de Lons-le-Saunier, qui réalisait en 2015 un peu plus de 1 500 séjours, dépasse en 2021 3 000 séjours, tout en présentant un taux d'attractivité notable à l'intérieur et à l'extérieur de la région.

Quatre structures (exception faite du CLCC) se situent en dessous de 3 000 séjours (données PMSI 2021): le CH de Dole, dont l'activité est réorientée depuis fin 2022 sur des prises en charge exclusivement ambulatoires, dans le cadre d'un projet de partenariat avec le CHU de Besançon ; la clinique Saint-Martin sur la commune de Vesoul ; la clinique du Parc sur la commune d'Autun et le CH de Semur-en-Auxois.

D'une manière générale, sur l'activité de chirurgie, hors CHU, ce sont les établissements privés qui réalisent le plus de séjours, et ce sur la majorité des zones de planification sanitaires (sauf pour les zones Sud Yonne Haut-nivernais et Haute-Saône).

²⁴ Source : PMSI — Périmètre Catégorie d'activité de soins – Séjours de chirurgie en C avec et sans nuitée hors séjours en erreur – Toutes classes d'âge

Part des séjours avec passage par les urgences (correspond à la chirurgie non programmée) ²⁵

Tableau : pourcentage des séjours avec passages par les urgences (toutes classes d'âge et classe d'âge +de 75 ans) calculé sur l'activité totale de chirurgie par zone sanitaire (catégorie d'activité de soins – séjours en C avec et sans nuitées):

Zones sanitaires	2015			2021		
	Pour information Volume des séjours en C avec passage par les urgences (ttes classes d'âge)	Ttes classes d'âge	+75 ans	Pour information Volume des séjours en C avec passage par les urgences (ttes classes d'âge)	Ttes classes d'âge	+75 ans
Saône-et-Loire-Bresse Morvan	1 794	6,3%	2,3%	2 110	7,2%	2,6%
Bourgogne méridionale	2 212	13,3%	5,4%	2 308	12,9%	5,1%
Côte d'Or (y compris sud 21)	4 414	7,7%	2,5%	7 460	11,7%	2,4%
Sud Yonne-Haut-Nivernais	1 632	13,9%	4,7%	1 140	9,2%	3,3%
Nord Yonne	765	6,6%	2,5%	945	8,0%	2,8%
Nièvre	1 419	11,5%	4,1%	1 064	8,4%	3,2%
Centre Franche-Comté	5 256	10,1%	2,7%	5 176	10,4%	2,7%
Jura	1 353	20,0%	7,7%	976	14,7%	5,7%
Nord Franche-Comté	2 694	15,2%	5,4%	3 143	17,9%	5,8%
Haute-Saône	1 014	11,3%	3,6%	1 050	14,1%	4,9%
TOTAL BFC	22 553	10,1%	3,4%	25 372	11,1%	3,2%

Deux principaux constats entre 2025 et 2021:

- Stabilité de la part des plus de 75 ans ayant eu un passage par les urgences lors d'un séjour de chirurgie ;
- Des différences marquées entre zones de planification sanitaires sur la part de patients passés par les urgences lors d'un séjour en chirurgie.

Limite liée aux données présentées : seule la part des patients ayant eu un séjour de chirurgie dans la continuité de leur passage aux urgences est identifiée à travers ce tableau. Il ne recense pas les patients passés par les urgences et dont la chirurgie aura été programmée ultérieurement.

Focus sur la chirurgie ambulatoire

En concordance avec les nouveaux décrets sur la chirurgie, parti a été pris de considérer l'ensemble des séjours de chirurgie sans nuitée, et non le périmètre fixé initialement par l'instruction du 28 septembre 2015²⁶.

²⁵ Source : PMSI — Périmètre Catégorie d'activité de soins – Séjours de chirurgie en C avec et sans nuitée hors séjours en erreur – Toutes classes d'âge

²⁶ INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020

En France, le taux global de prise en charge en mode ambulatoire (toutes classes d'âge) est passé de 47,1% en 2015 à 58,7% en 2021.

En Bourgogne-Franche-Comté, le taux global de chirurgie ambulatoire (toutes classes d'âge) est passé de 44,4% en 2015 à 58,9% en 2022, se rapprochant du taux national (60,1 % en 2022). Pour rappel, l'activité endoscopique est une activité de soins de médecine et n'est donc pas intégrée dans le calcul du taux.

Tableau : Evolution de la chirurgie ambulatoire - Région Bourgogne-Franche-Comté par zone sanitaire [Données d'activité de 2015, 2019 et 2021 – Catégorie d'activité de soins – Chirurgie (séjours en C hors séjours en erreur) Toutes classes d'âge] :

Zones sanitaires		2015		2019		2021	
		Nb séjours ambulatoires	Tx ambulatoire	Nb séjours ambulatoires	Tx ambulatoire	Nb séjours ambulatoires	Tx ambulatoire
Saône-et-Loire-Bresse Morvan	5 ES	12 629	44,0%	16 426	54,2%	17 069	58,0%
Bourgogne méridionale	3ES	6 860	41,2%	10 130	53,7%	9 969	55,6%
Côte d'Or-Haute-Marne	7 ES	26 695	46,8%	35 270	55,3%	36 641	57,6%
Sud Yonne-Haut-Nivernais	2 ES	5 243	44,5%	6 302	51,9%	6 859	55,5%
Nord Yonne	2 ES	5 319	46,2%	6 650	55,4%	6 853	57,8%
Nièvre*	3 ES	6 424	52,2%	7 911	61,4%	8 135	64,1%
Centre Franche-Comté	6 ES	21 236	40,8%	27 446	51,3%	28 532	57,3%
Jura*	3 ES	2 542	37,6%	4 181	59,8%	4 339	65,5%
Nord Franche-Comté	2 ES	8 044	45,4%	9 991	52,8%	9 627	54,7%
Haute-Saône	2 ES	4 273	47,6%	5 439	59,5%	4 320	58,7%
TOTAL BFC		99 265	44,4%	129 746	54,4%	132 344	57,7%

*Zones comportant un établissement avec plateau technique de chirurgie uniquement ambulatoire

La tranche de population la plus représentée en chirurgie ambulatoire est celle des 60-74 ans (comme pour les séjours en hospitalisation complète).

Certains opérateurs privés présentent des taux élevés de chirurgies réalisées en ambulatoire, composées de séjours relevant de deux spécialités : ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.

Il est important de noter que le niveau de maturité d'un établissement en terme de chirurgie ambulatoire ne s'apprécie pas uniquement du fait de l'évolution de son taux de chirurgie en hospitalisation de jour, mais surtout vis à vis des organisations mises en place (performantes, coordonnées, sécurisées et avec des équipes qualifiées) sur la globalité de l'épisode de soins (pré, per et post-opératoire).

L'ARS de Bourgogne-Franche-Comté propose en ce sens des benchmark des secteurs interventionnels et des unités de chirurgie ambulatoire qui vont apprécier des indicateurs de performance sur ces deux secteurs mais également de qualité, auxquels s'ajoutent des questionnaires de maturités organisationnelles, le suivi d'indicateurs de résultats à corrélérer avec les résultats des certifications, les PREMS (e-satis) et dans l'avenir proche les indicateurs de vigilance...IQSS

Ce taux constitue néanmoins un indicateur d'évolution des organisations et des modes de prises en charge.

Potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire

Fruit d'un partenariat entre l'Assurance Maladie, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et les Conseils nationaux professionnels et sociétés savantes, l'outil VISUCHIR²⁷ vise à faire évoluer les pratiques des chirurgiens vers les bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles, en complément des données issues des démarches de benchmark. Les données utilisées par cet outil proviennent des actes CCAM²⁸ et comporte 3 volets de data-visualisation sur la chirurgie :

- Par établissement ;
- Pour la région ;
- Par spécialité.

L'outil VISUCHIR analyse le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire.

Pour la région Bourgogne-Franche-Comté, le taux potentiel de développement est évalué à 78,8% de chirurgie ambulatoire (79,7% au niveau national) avec un volume potentiel disponible de substitution de 46 050 actes (1,1M d'actes au niveau national).

Ci-dessous, une extraction de l'outil VISUCHIR pour la data visualisation de la région, avec en orange et jaune, les principaux domaines sur lesquels le potentiel de développement est le plus important :



Focus sur la chirurgie bariatrique (cf. fiche parcours nutrition-santé du livret Parcours)

La réforme des autorisations pour l'activité de soins de chirurgie positionne la chirurgie bariatrique comme une modalité de l'activité de chirurgie, au même titre que la chirurgie adultes et la chirurgie pédiatrique.

Le parcours de soins de l'obésité, dans lequel s'inscrit la chirurgie bariatrique, propose une prise en charge graduée en trois niveaux, en réponse à la complexité de la situation du patient, définie par la Haute Autorité de Santé²⁹. Il est à noter que la région Bourgogne-Franche-Comté compte deux Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO), le CSO Bourgogne à Dijon et le CSO Franche-Comté à Besançon, les deux au sein des CHU. Ils assurent la prise en charge de 3ème niveau (chirurgicale et médicale) et la coordination de la filière obésité.

²⁷<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/professionnels-et-etablissements-de-sante/zoom-etablissements-de-sante-visuchir-datavisualisation>

²⁸ Classification commune des actes médicaux

²⁹ Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte, Haute Autorité de Santé et Assurance Maladie, validé par le Collège le 11 janvier 2023

L'arrêté du 29 décembre 2022 fixe la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique ainsi que le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique prévu à l'article R. 6123-212 du code de la santé publique.

L'activité de soins de chirurgie bariatrique mentionnée à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique comprend les interventions chirurgicales suivantes:

- Pose, changement et repositionnement d'anneau ajustable comprenant les actes suivants de la classification commune des actes médicaux: HFMC007, HFMA009, HFKA001, HFKA002, HFMC008, HFMA011;
- Court-circuit gastrique comprenant les actes suivants de la classification commune des actes médicaux: HFCC003 et HFCA001;
- Gastrectomie longitudinale en manchon comprenant les actes suivants de la classification commune des actes médicaux: HFFC018 et HFFA011;
- Gastroplastie verticale calibrée, comprenant les actes suivants de la classification commune des actes médicaux: HFMC006 et HFMA010;
- Court-circuit biliopancréatique ou intestinal, comprenant les actes suivants de la classification commune des actes médicaux: HGCC027, HGCA009, HFFC004 et HFFA001.

Taux de recours de la chirurgie bariatrique

Ce taux est calculé sur la base du périmètre « Chirurgie bariatrique » soumis à objectif de pertinence des actes.

Tableau³⁰ : Taux de recours standardisés (par sexe et par âge)/1000 habitants par catégorie d'activité de soins et séjours- Chirurgie bariatrique- Evolution des taux et des séjours de 2016 à 2021

Zonage Spécifique	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.						Nombre de séjours					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bourgogne Méridionale	1,07	0,97	0,73	0,75	0,42	0,69	190	173	129	137	74	123
Centre Franche-Comte	0,72	0,74	0,64	0,4	0,25	0,43	358	385	334	206	115	203
Côte-d'Or (y compris sud 21)	0,95	0,87	0,72	0,56	0,33	0,57	502	461	380	296	176	303
Haute-Saone	1,08	1,02	0,96	0,69	0,42	0,53	175	154	151	114	81	102
Jura	0,83	0,64	0,64	0,48	0,27	0,48	138	107	104	78	43	78
Nievre	0,76	0,76	0,78	0,48	0,32	0,41	136	139	141	85	55	70
Nord Franche-Comte	0,85	0,85	0,89	0,76	0,56	0,74	290	274	287	244	176	231
Nord Yonne	1,6	1,46	1,16	1,01	0,7	0,91	224	203	163	140	96	124
Saone-et-Loire Bresse Morvan	1,02	0,96	0,89	0,73	0,42	0,67	342	321	293	239	134	209
Sud Yonne Haut-Nivernais	1,15	0,88	0,75	0,66	0,41	0,72	216	167	138	120	76	126
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	0,95	0,88	0,79	0,62	0,39	0,59	2 572	2 384	2 123	1 659	1 026	1 570
France (y compris code géographique non précisé)	0,78	0,73	0,7	0,58	0,4	0,57	51 920	48 716	46 382	38 815	26 646	38 604

³⁰ Source : Scan Santé

Taux de fuite et d'attractivité de la chirurgie bariatrique (périmètre identique au taux de recours)

Pour cette spécialité, les patients extérieurs à la région Bourgogne-Franche-Comté sont plus nombreux que ceux résidant en Bourgogne-Franche-Comté et choisissant d'avoir recours à cette activité dans une autre région.

Le taux de fuite est identique depuis 2018, le taux d'attractivité a progressé (15,80%), néanmoins, le volume de séjours est en baisse.

On constate tout particulièrement cette attractivité sur les zones Nord Yonne, Bourgogne Méridionale et Côte-d'Or.

Région d'implantation des établissements	Séjours produits dans la région	- dont séjours consommés par des patients d'autres régions	Taux d'attractivité de la région
Bourgogne-Franche-Comté	1 714	343	20,00%
Région de résidence des patients	Séjours consommés par les patients de la région	- dont séjours consommés dans d'autres régions	Taux de fuite de la région
Bourgogne-Franche-Comté	1 570	199	12,70%

Eléments de lecture des deux cartographies suivantes pour de la chirurgie bariatrique (cf ci-après):

- La première cartographie représente le volume d'actes cumulés de chirurgie bariatrique 2016-2019, établi à partir de la liste d'actes correspondant au périmètre nouvellement encadré,
- La seconde cartographie correspond aux actes 2021 du même périmètre afin de permettre une projection des futures implantations au regard du seuil à atteindre.

Activité des établissements de Bourgogne – Franche-Comté en terme de chirurgie bariatrique

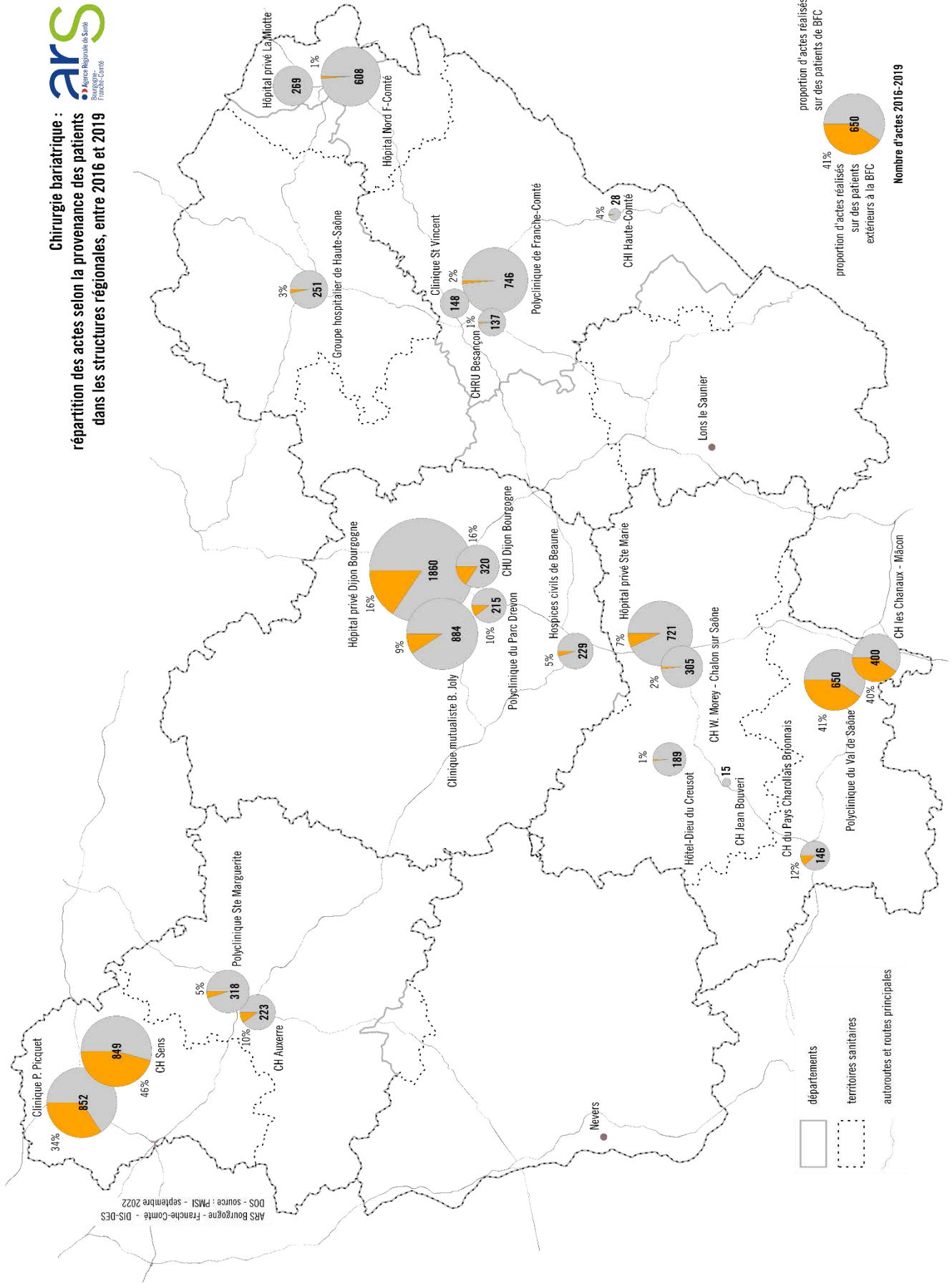
Si on se réfère au futur périmètre encadré de la chirurgie bariatrique, ce sont 2 501 actes³¹ en en 2019 et 1 884 en 2021 de chirurgie bariatrique qui ont été pratiqués par les établissements de la région, dans le cadre d'une autorisation d'activité de soins de chirurgie.

En 2023, 21 établissements MCO exercent l'activité de chirurgie bariatrique et seuls 12 établissements atteignent le seuil fixé par l'arrêté du 29 décembre 2022, si l'on se base uniquement sur les données d'activités ci-dessus exposées. Des coopérations territoriales doivent être mises en œuvre sur les territoires afin de garantir une offre suffisante et de qualité aux usagers.

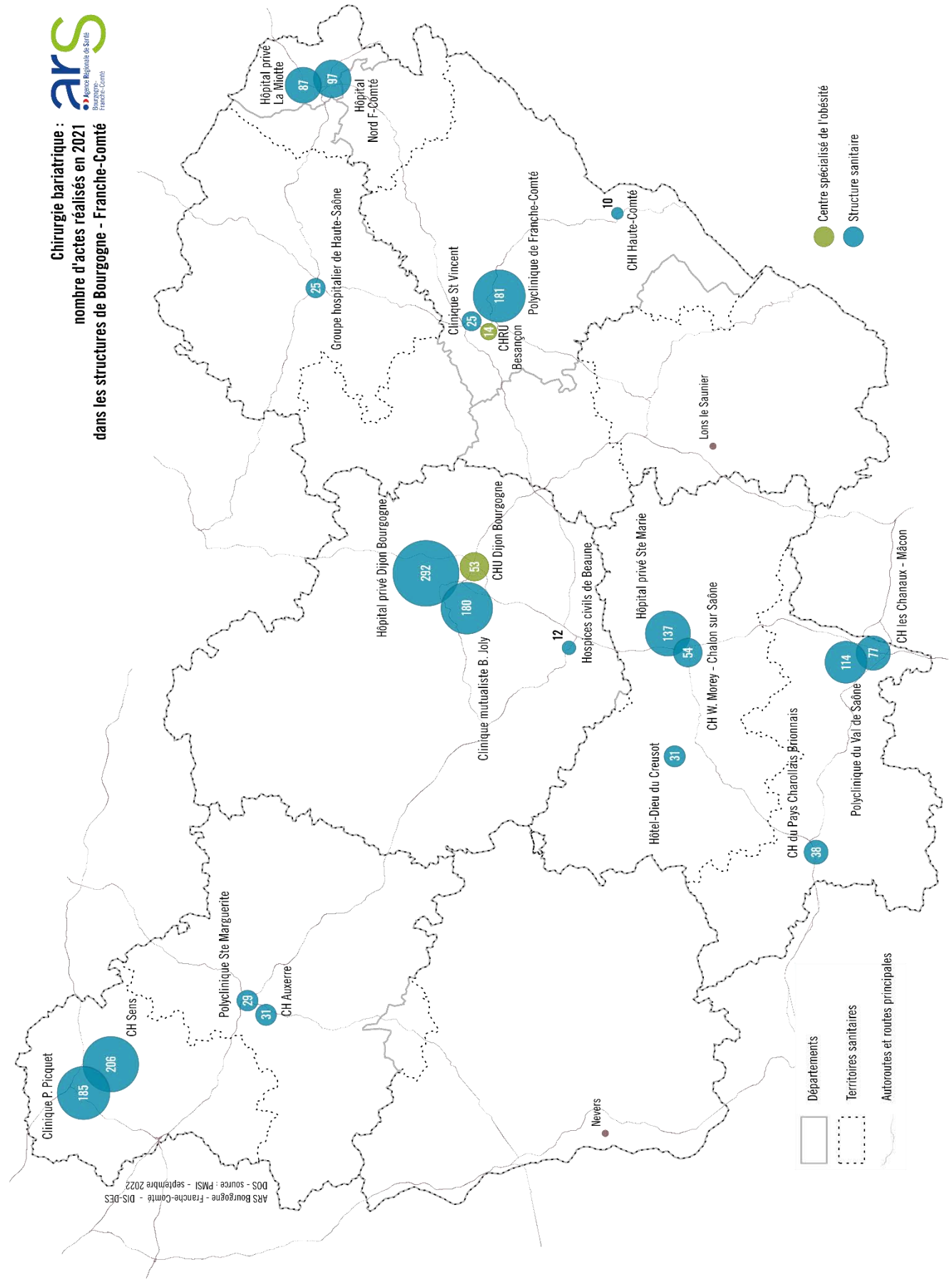
L'activité de chirurgie de l'obésité sera analysée selon les exigences nationales et au regard des critères régionaux de qualité et sécurité des soins. Ces derniers seront évalués notamment au regard des données recueillies dans le cadre des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) volet additionnel chirurgie bariatrique 2019/2021, d'analyses sur les parcours des patients (suivi, indicateurs de ré-intervention, de ré-hospitalisation). L'attention portera sur la qualité et la pertinence de l'ensemble du parcours, et non sur le seul épisode chirurgical. L'établissement autorisé devra être identifié dans la filière régionale obésité et participer à la structuration de l'offre de soins.

³¹ Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du Code de la santé publique

Chirurgie bariatrique :
répartition des actes selon la provenance des patients
dans les structures régionales, entre 2016 et 2019



Chirurgie bariatrique :
nombre d'actes réalisés en 2021
dans les structures de Bourgogne - Franche-Comté



ARS Bourgogne - Franche-Comté - DJS-DJS
 DOS - source : PMSI - septembre 2022

Focus sur la chirurgie pédiatrique

Tout comme la chirurgie bariatrique, la chirurgie pédiatrique devient une modalité à part entière avec son autorisation spécifique dans le principe et ses dérogations.

Dorénavant, la chirurgie pédiatrique doit être réalisée dans un environnement adapté avec des ressources médicales et paramédicales spécifiquement formées à la pédiatrie répondant aux CI et CTF définies.

Le titulaire de l'autorisation de chirurgie sous la modalité « activité de soins de chirurgie pédiatrique » peut prendre en charge des enfants allant jusqu'à 14 ans, voire 18 ans en cas de besoin.

Le porteur de l'autorisation doit également adhérer au dispositif spécifique régional (DSR) de chirurgie pédiatrique.

Par exception, un titulaire de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie « adultes » peut prendre en charge des enfants pour certaines pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS). Il peut également le faire pour d'autres PTS en cas d'urgence et pour les enfants de plus de trois ans.

L'autorisation de chirurgie pédiatrique est requise pour les pratiques thérapeutiques suivantes :

R.6123-206 (dispositions spécifiques à la chirurgie pédiatrique)

L'activité de soins de chirurgie pédiatrique mentionnée au 2° du I de l'article R.6123-202, consiste en la prise en charge chirurgicale, définie à l'article R. 6123-201 des enfants de moins de quinze ans. En cas de besoin, le titulaire de l'autorisation sous la modalité "chirurgie pédiatrique" peut prendre en charge des enfants entre quinze et dix-huit ans.

Classe d'âge 0 à 3 ans quelle que soit la situation (urgente/non urgente) et 4 à 14 ans révolus

Spécialités Orthopédie et traumatologie
Thoracique et cardio vasculaire (hors chirurgie cardiaque)
Vasculaire et endovasculaire
Viscérale et digestive
Gynécologie obstétrique
Neurochirurgie (hors champ de la neurochirurgie relevant du R.6123-96 CSP)
Urologie

- Organisation et aménagements répondant aux besoins spécifiques des enfants,
- Bloc interventionnel protégé, dispositifs médicaux et produits de santé adaptés,
- Organisation des unités d'hospitalisation à temps complet pédiatriques par groupes d'âge,
- Hospitalisation différenciée de celle des adultes en ambulatoire,
- Organisation des modalités de présence d'au moins un des parents ou de son substitut.

Des conditions de qualification des praticiens :

- Au moins un **médecin spécialisé en chirurgie pédiatrique** ou un médecin spécialisé en chirurgie justifiant d'une formation initiale et d'une expérience en chirurgie pédiatrique ;
- Au moins un **médecin spécialisé en anesthésie réanimation justifiant d'une expérience en anesthésie pédiatrique** ;
- Une équipe paramédicale avec au moins un infirmier de puériculture ou au moins deux infirmiers justifiant d'une expérience en pédiatrie.

Des dérogations sont prévues pour pratiquer la chirurgie sur les enfants dans le cadre de l'autorisation de chirurgie pratiquée sur des adultes pour les pratiques thérapeutiques suivantes :

R.6123-202 III (dispositions générales)

Par dérogation au premier alinéa de l'article R. 6123-206, le titulaire de l'autorisation sous la modalité "activité de soins de chirurgie pratiquée chez des patients adultes" peut prendre en charge des enfants lorsque l'activité de chirurgie porte sur les pratiques thérapeutiques mentionnées aux 1°, 3°, 9° et 10° du II [de l'article R.6123-202].

Classe d'âge Moins de 18 ans

Spécialités Maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale
Ophtalmologie
ORL et cervico-faciale
Plastique et reconstructrice

- Bloc interventionnel protégé, dispositifs médicaux et produits de santé adaptés ;
- Hospitalisation à temps complet différenciée de celle des adultes.

Pas de conditions de qualification en pédiatrie exigée pour les praticiens sauf la qualification du chirurgien pour la spécialité qu'il pratique

R.6123-202 IV (dispositions générales)

Par dérogation au premier alinéa de l'article R. 6123-206, le titulaire de l'autorisation sous la modalité "activité de soins de chirurgie pratiquée chez des patients adultes" peut prendre en charge des enfants lorsque l'activité de chirurgie porte sur les pratiques thérapeutiques mentionnées aux 2°, 6°, 7° et 11° du II [de l'article R.6123-202], pour des prises en charge urgentes d'enfants de plus de trois ans relevant de ces pratiques thérapeutiques spécifiques.

Classe d'âge Plus de 3 ans en urgence

Spécialités Orthopédie et traumatologie
Viscérale et digestive
Gynécologie obstétrique
Urologie

Pas de conditions de locaux exigées. Faut-il comprendre que les dispositions qui s'appliquent au III du R.6123-202 sont valables pour le IV?

Adhésion obligatoire au dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique

Et des conditions de qualification des praticiens :

- un médecin **spécialisé en chirurgie justifiant d'une formation initiale et d'une expérience en chirurgie pédiatrique;**
- un médecin spécialisé en **anesthésie réanimation justifiant d'une expérience en anesthésie dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale pédiatrique**

C'est manifestement sur ce domaine qui ne bénéficiait jusqu'alors d'aucun encadrement spécifique qu'une attention particulière doit être portée.

En effet, l'ensemble des établissements MCO de Bourgogne-Franche-Comté réalisent des interventions sur des enfants. Ces dernières concernent des pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS) qui sont demain soumis à la détention d'une autorisation de chirurgie pédiatrique avec des conditions de qualification des professionnels de santé et d'environnements spécifiques à la pédiatrie. Tout ceci conduit à une réelle spécialisation de la chirurgie de l'enfant.

Parmi les 7 pratiques thérapeutiques spécifiques qui relèveront d'une autorisation de chirurgie pédiatrique, 3 spécialités se démarquent par leur volume d'activité en 2021 :

- La chirurgie urologique : 3 349 séjours représentés majoritairement par les circoncisions (2 065 séjours dont 2 031 en ambulatoire) ;
- La chirurgie orthopédique et traumatologique (hors traumatismes multiples et complexes graves) : 1 340 séjours ;
- La chirurgie viscérale et digestive: 1 316 séjours ;
- La chirurgie gynécologique-obstétrique (hors actes liés à l'accouchement) est très peu représentée chez les moins de 15 ans et réalisée par les deux CHU. Une trentaine de séjours sont répartis sur l'ensemble des autres établissements et concerne l'appareil génital féminin ;
- La chirurgie thoracique et cardio-vasculaire et la chirurgie vasculaire et endovasculaire, la neurochirurgie hors champ de la neurochirurgie relevant du R.6123-96 du CSP sont prises en charge par les deux CHU à l'exception de quelques interventions sur le rachis identifiées à la clinique Saint-Vincent de Besançon.

Sur les pratiques thérapeutiques spécifiques qui pourront relever d'une autorisation de chirurgie pratiquée sur des adultes, deux domaines ressortent :

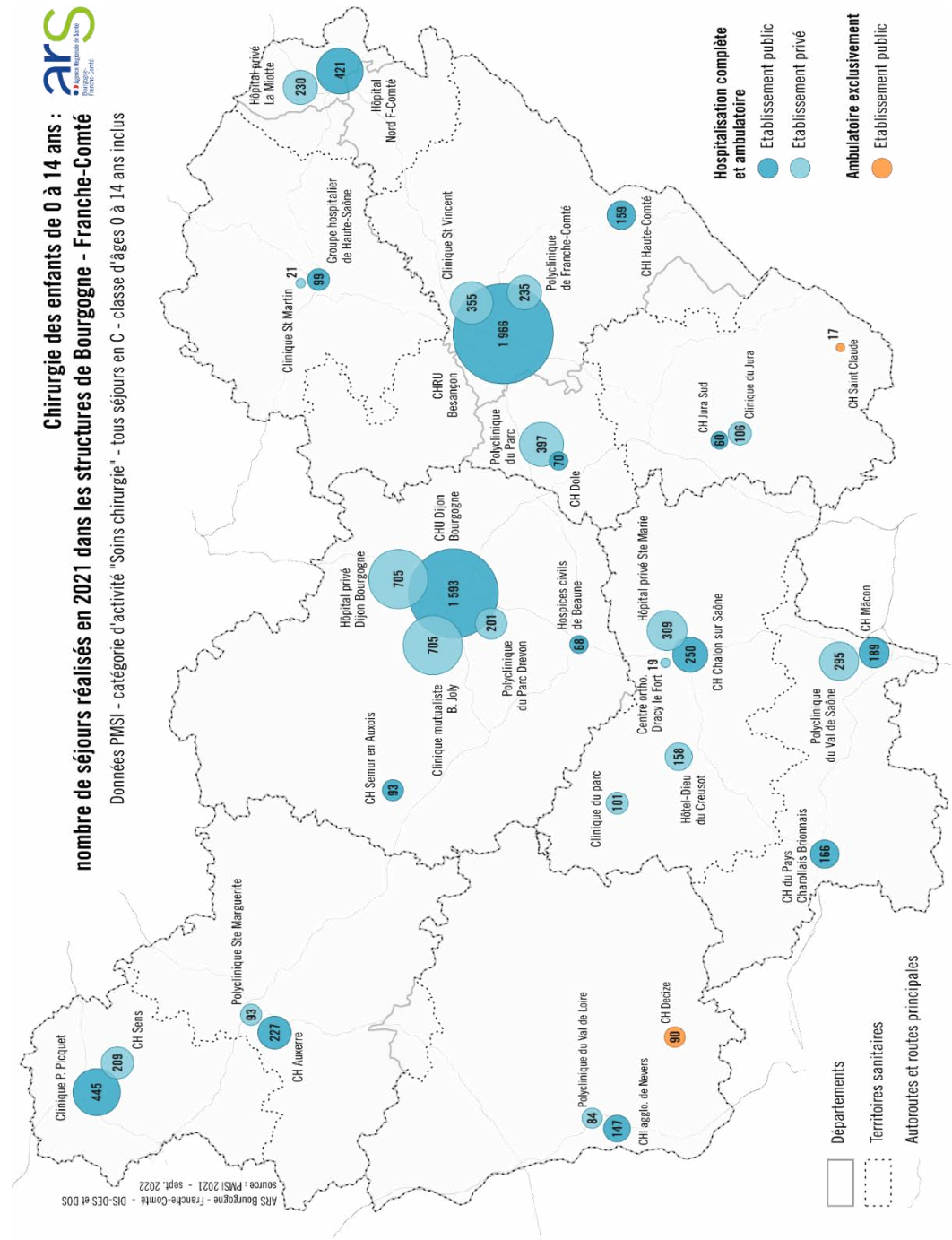
- La chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale et la chirurgie ORL et cervico-faciale avec 3 319 séjours en 2021 dont 2 548 réalisés en ambulatoire ;
- La chirurgie ophtalmologique qui représente un faible volume avec 253 séjours en 2021;

La chirurgie plastique et reconstructrice se retrouve à travers l'ensemble des spécialités sans être significative chez les moins de 15 ans.

L'enjeu est donc d'identifier, sur chaque zone sanitaire, les filières de prise en charge des enfants dans les conditions requises et de les accompagner dans ce sens afin de ne pas fragiliser la réponse aux besoins de soins chirurgicaux des enfants.

Eléments de lectures des deux cartographies suivantes pour la chirurgie pédiatrique :

- La première cartographie représente les volumes globaux des séjours de chirurgie des enfants de 0 à 14 ans révolus réalisés en 2021, toutes spécialités et sur spécialités confondues (dont chirurgie des cancers, chirurgie cardiaque, neurochirurgie – faible activité sur ces domaines).
- La seconde distingue le volume des séjours 2021 pris en charge pour des enfants de 0 à 14 ans répartis entre les domaines d'activité qui devront faire l'objet d'une autorisation de chirurgie pédiatrique et ceux qui pourront être pratiqués dans le cadre d'une autorisation de chirurgie des adultes.

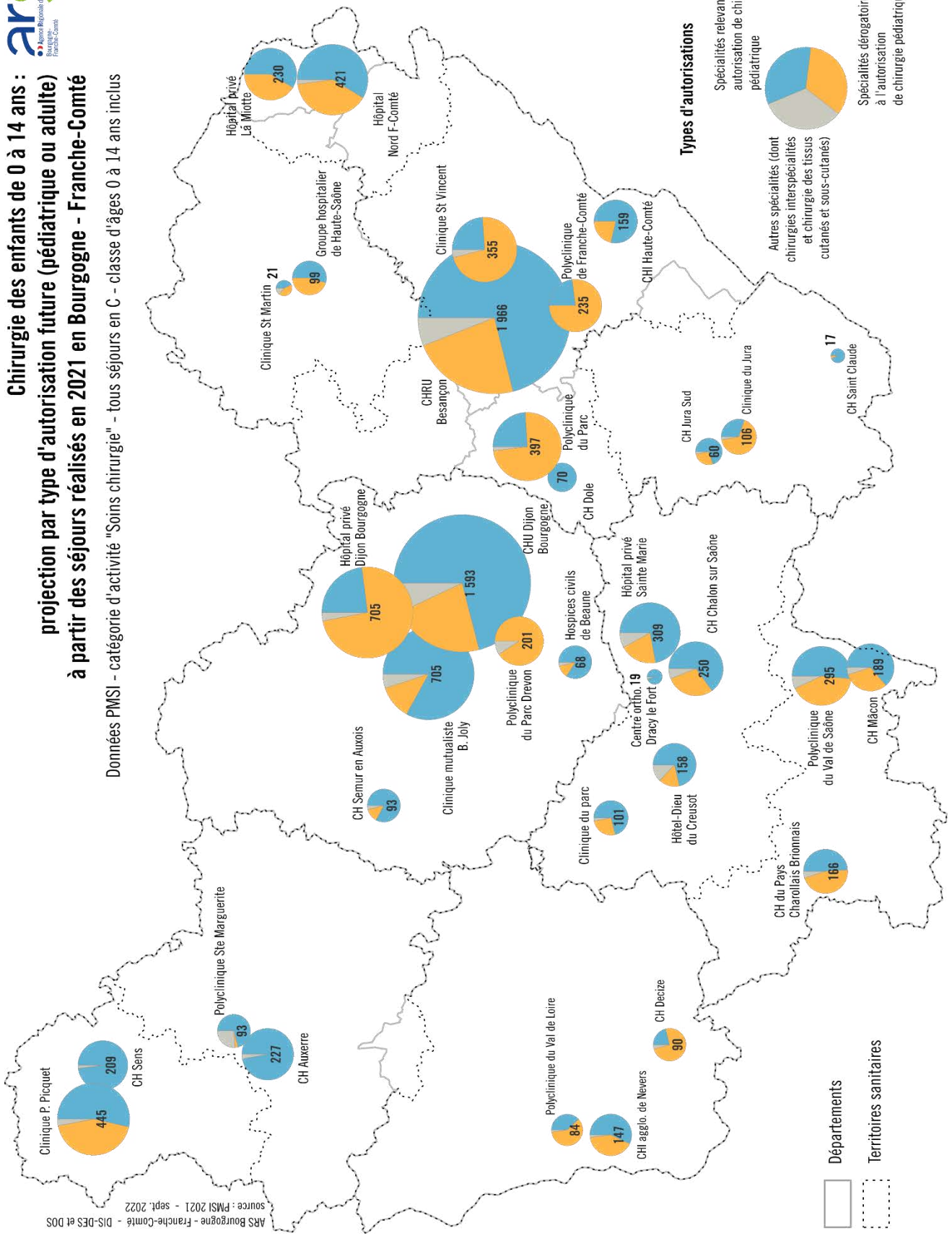




Chirurgie des enfants de 0 à 14 ans : projection par type d'autorisation future (pédiatrique ou adulte) à partir des séjours réalisés en 2021 en Bourgogne - Franche-Comté

Données PMSI - catégorie d'activité "Soins chirurgie" - tous séjours en C - classe d'âges 0 à 14 ans inclus

ARS Bourgogne - Franche-Comté - DIS-DES et DOS
source : PMSI 2021 - sept. 2022



Types d'autorisations

- Spécialités relevant d'une autorisation de chirurgie pédiatrique
- Autres spécialités (dont chirurgies interspécialités et chirurgie des tissus cutanés et sous-cutanés)
- Spécialités dérogatoires à l'autorisation de chirurgie pédiatrique

▭ Départements
▭ Territoires sanitaires

Taux de séjours hospitalisation complète (HC) selon la réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC)

Un épisode de soins en chirurgie se réalise soit en ambulatoire soit en hospitalisation complète. Il est organisé en parcours à chaque étape (pré, per et post-opératoire). L'organisation mise en place pour la réhabilitation améliorée en chirurgie s'entend comme la préparation précoce du patient pour une sortie précoce sécurisée après son intervention. Elle se décline sous forme d'un chemin clinique, qui détaille chaque étape (pré, per et post-opératoire) pour chaque intervention, selon les fondamentaux d'une médecine factuelle actualisée. Elle doit s'inscrire dans une dynamique d'établissements visant à l'amélioration continue des pratiques

Le niveau de RAC est plus élevé dans les établissements privés que publics avec une progression sensible entre 2019 et 2021.

Tableau : Proportion de prises en charge RAC dans l'activité chirurgicale des établissements de santé (catégorie d'activité de soins – Chirurgie, hors séjours ambulatoires) – France entière, par statut des entités juridiques et par région – période 2019 à 2021

	2019	2020	2021
Organismes publics	2,0%	2,8%	3,4%
Organismes privés	5,6%	9,1%	12,7%
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	5,9%	8,8%	10,2%
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	5,0%	7,5%	9,6%
Auvergne-Rhône-Alpes	3,9%	6,1%	7,9%
Bourgogne-Franche-Comté	2,4%	5,0%	6,2%
Bretagne	4,8%	7,7%	10,1%
Centre	3,1%	7,4%	9,7%
Corse	0,5%	0,7%	0,4%
Guadeloupe	0,0%	0,1%	0,0%
Guyane	0,0%	0,0%	0,0%
Île-de-France	3,0%	4,1%	6,8%
Martinique	0,1%	0,3%	0,5%
Mayotte	0,0%	0,0%	0,0%
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	4,4%	5,9%	8,7%
Normandie	2,6%	3,8%	6,9%
Occitanie	4,9%	7,1%	9,4%
Pays de la Loire	3,3%	7,2%	8,8%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3,2%	4,3%	6,0%
Réunion	1,7%	2,2%	2,8%
France entière	3,9%	6,0%	8,1%

Les axes de développement

- Les établissements de soins MCO portant des autorisations s'organisent pour :
 - s'inscrire dans le maillage territorial de l'offre de soins
 - assurer la permanence et garantir la continuité des prises en charge (24h/24, 365 jours/365)
 - assurer la pertinence (le bon acte, pour le bon patient, au bon moment)
- Poursuivre, pour toutes les spécialités, le développement de la chirurgie ambulatoire et développer la RAC pour tous les séjours en hospitalisation complète.
- Développer la construction de parcours (pré, per et post) formalisés pour chaque épisode de soins (en hospitalisation complète ou en hospitalisation ambulatoire) avec une équipe pluridisciplinaire, à laquelle le patient participe en tant qu'acteur et expert.
- Evaluer les pratiques et les prises en charge.

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Objectif général n°1 : renforcer le maillage territorial

Objectifs opérationnels :

☞ *1 - Conforter l'offre existante sur le territoire de la Bourgogne-Franche-Comté :*

Exemples d'actions :

- ⊙ Maintenir un maillage territorial pour la chirurgie adulte dans ses 11 pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS) pour l'activité programmée en chirurgie sous forme ambulatoire et sous forme complète.
- ⊙ En fonction des seuils, des conditions d'implantation (CI) et des conditions techniques de fonctionnement (CTF), accompagner la mise en conformité des établissements proposant une activité de soins chirurgie bariatrique.
- ⊙ Pour la chirurgie pédiatrique (0-15 ans) dans le principe de la réforme (7 PTS) : maintenir un maillage territorial et accompagner la mise en place d'un dispositif régional spécifique (DRS) pédiatrique sur la région BFC.

☞ *2 - Renforcer et développer l'organisation des prises en charge chirurgicales :*

Exemples d'actions :

- ⊙ Sur la gradation des prises en charge par l'organisation de filières de soins, du site de proximité vers le site de recours.
- ⊙ Accompagnement des sites ayant une activité inférieure à 1500 séjours PMSI
- ⊙ Soutien à la mise en place de consultations avancées pré et post-opératoires sur site ou via la télémédecine

- ☞ *3 - Garantir l'accessibilité à une prise en charge chirurgicale non-programmée par la bonne répartition des ressources médicales et paramédicales, notamment dans le cadre de la PDSSES (cf. fiche PDSSES du livret Offre de santé) :*

Exemples d'actions :

- ⦿ S'inscrire dans le schéma PDSSES pour les trois modalités de l'activité de soins de chirurgie, organisé par zone de planification sanitaire.
- ⦿ Développer des coopérations entre les établissements selon les différents niveaux de recours, notamment dans le cadre des projets médicaux partagés des GHT, et des coopérations entre les établissements privés et publics, dans le but d'optimiser les ressources en chirurgiens et anesthésistes, développer des postes partagés, constituer des équipes médicales et soignantes territoriales (lieux d'exercice multi sites).

Objectif général n°2 : Promouvoir la pertinence, la qualité, la sécurité et la culture de l'évaluation des épisodes de soins de chirurgie pour un accès égal sur les territoires

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Renforcer le niveau de la qualité et de la sécurité des prises en charge des épisodes de soins (EDS) en chirurgie :*

Exemples d'actions :

- ⦿ Construction des épisodes de soins en parcours, structurés, organisés et coordonnés selon ses trois temps pré, per et post opératoire par une équipe pluridisciplinaire, le patient (et/ou ses aidants) ainsi que les acteurs de ville et les structures d'appuis.
- ⦿ Amélioration de l'efficacité, de la performance organisationnelle, de la gestion des risques des blocs interventionnels, des secteurs de soins et médico techniques.
- ⦿ Suivi et évaluation des pratiques, des processus et des résultats versus professionnels et versus patients (PREMS/PROMS).
- ⦿ Accompagner la mise en place des indicateurs vigilances (HAS) et en assurer un suivi
- ⦿ Accompagner la mise en place et le suivi des indicateurs PREMS/PROMS selon les orientations qui seront définies par la HAS.
- ⦿ Poursuivre et développer la politique des déclarations des risques associés aux soins (signalements des événements indésirables) sur l'ensemble des 3 temps de l'EDS chirurgical.

- ☞ *2 - Accompagner la mise en place d'organisations optimisées et efficaces permettant la fluidité des parcours, avec un bénéfice au profit du patient, de l'établissement et des professionnels de santé :*

Exemples d'actions :

- ⊙ Promouvoir la mise en place d'hôpitaux de jour pré opératoires, d'hébergements temporaires non médicalisés (pré-post), de secteurs d'accueil pour les admissions J0, d'IDE de parcours et de coordination, etc.
- ⊙ Formation des professionnels soignants et non soignants à l'évolution des pratiques : développement des lieux de stage en unité de chirurgie ambulatoire pour les internes, mise en place de modules de formation interdisciplinaires et interprofessionnels, partage d'expérience.
- ⊙ Renforcement des liens entre la ville et les établissements pour sécuriser et faciliter le parcours chirurgical du patient et sa réhabilitation précoce.
- ⊙ Diffusion de l'utilisation du dossier médical informatisé (DMI) et de « Mon Espace Santé » pour renforcer le lien avec la ville.
- ⊙ Anticipation des soins de sortie en aval de l'hospitalisation et organisation des sorties sécurisées en lien avec les acteurs de ville (la médecine de ville, les services de soins infirmiers à domicile, les infirmiers et professionnels paramédicaux libéraux, le PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile) de l'assurance maladie, les soins médicaux et de réadaptation, des structures d'appuis DAC/CPTS, l'hospitalisation à domicile (HAD), etc.
- ⊙ Renforcement de la structuration et de l'organisation de la sortie avec par exemple : check-list de sortie, mise en place d'un « bureau unique des sorties » et information sur la continuité des soins.
- ⊙ Renforcement de la communication et du circuit d'informations auprès de tous les acteurs du parcours.
- ⊙ Développer la télésurveillance médicale et les téléconsultations dans les parcours (cf *fiche e-santé, livret Innovation*)

👉 **3 - Renforcer la pertinence du parcours pour chaque épisode de soin (EDS) en lien avec l'IRAPS (Instance Régionale de l'Amélioration de la Pertinence des Soins) :**

Exemples d'actions :

- ⊙ Accompagner la mise en place des indicateurs de vigilances et de leur suivi.
- ⊙ Accompagner la mise en place des registres nationaux dans les 3 modalités et 11 pratiques thérapeutiques spécifiques.
- ⊙ Recommander la démarche individuelle d'accréditation du médecin ou de l'équipe médicale.
- ⊙ Renforcer l'implication des représentants des usagers dans la construction et l'accompagnement des parcours.
- ⊙ Suivre le taux de recours, la pertinence des actes et du parcours, la pertinence des séjours en lien avec l'assurance maladie.

👉 **4 - Renforcer et accompagner le développement progressif de chirurgie innovantes en chirurgie ambulatoire :**

Le taux de 70% fixé par la DGOS en 2022 reste la cible à atteindre. Le rapport de 2021 du Haut Conseil de Santé Publique fixe un taux à 80%, en préconisant le développement des actes innovant en chirurgie ambulatoire à horizon 2025.

Exemples d'actions :

- ⦿ Accompagnement des pratiques innovantes (outils d'innovation organisationnelle, équipement de haute technicité).

☞ 5 - Favoriser et accompagner les évolutions et les innovations technologiques et organisationnelles majeures (cf livret Innovation)

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (cf tableau ci-après)

3) ARTICULATION

Parmi les articulations (non exhaustif)

- CPOM ARS
- Autres activités de soin : traitement du cancer, médecine d'urgence, hospitalisation à domicile, prélèvements et greffes, soins critiques, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, imagerie médicale dont imagerie interventionnelle, soins médicaux et de réadaptation
- Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)
- Projets médicaux partagés des GHT

4) TRANSVERSALITE

- Livret Innovation, fiche e-santé
- Livret Parcours, fiches Parcours grand âge, cancer, nutrition santé
- Livret Qualité, sécurité, pertinence,
- Livret Offre de santé, fiche PDES

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE DE CHIRURGIE**

Réglementation en vigueur avant le 01/06/2023

Activité	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Nombre d'implantations autorisées	7	2	3	6	3	3	5	3	2

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023

Modalité/Pratique thérapeutique spécifique	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Chirurgie pratiquée chez des patients adultes	7	2	2	6	3	3	5	3	4
Chirurgie pédiatrique	6	1	2	5	2	4	3	3	4
Chirurgie bariatrique	4	1	2	3	1	3	3	1	2 à 3

Les titulaires d'une autorisation d'activité délivrée avant cette date doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation d'activité

7.1.4. PSYCHIATRIE

1) CONTEXTE ET ORIENTATIONS

La Bourgogne-Franche-Comté compte vingt et un établissements offrant des soins en psychiatrie répartis au sein de la région :

- 2 CHU à Dijon et à Besançon,
- 6 centres hospitaliers publics spécialisés (hors 70 et 90) : CH La CHARTREUSE en Côte-d'Or, CH Pierre Léo dans la Nièvre, CH de SEVREY en Saône-et-Loire, CH YONNE dans l'Yonne, CH de NOVILLARS dans le Doubs et CH Saint-Ylie dans le Jura,
- 1 établissement associatif, l'AHBFC, Association Hospitalière de Bourgogne-Franche-Comté, à statut ESPIC spécialisé, opérant dans la Haute-Saône et dans le Nord Franche-Comté (le Nord Franche-Comté étant une Aire Urbaine autour de Belfort qui inclut une partie des territoires du Doubs et de la Haute-Saône en sus du Territoire de Belfort),
- 4 établissements « MCO » autorisés en psychiatrie : CH de Macon en Saône-et-Loire, CH de l'Agglomération de Nevers dans la Nièvre, CH Robert Morlevat à Semur-en-Auxois en Côte-d'Or et CH Intercommunal de la Haute Comté à Pontarlier dans le Doubs,
- 6 cliniques privées autorisées en psychiatrie : Clinique du Tremblay dans la Nièvre, Val Dracy et Le Gouz en Saône-et-Loire, Val-Jura dans le Jura, Régennes et Ker Yonnec dans l'Yonne,
- 2 opérateurs associatifs spécialisés dans une offre de jour à destination des jeunes et jeunes adultes (Hôpital de jour La Velotte dans le Doubs et PEP Cigognes en Côte-d'Or).

Le capacitaire déclaré³² est de 3 937 lits et places installés pour les prises en charge à temps complet ou partiel, 113 CATTp et ateliers thérapeutiques et 133 structures ambulatoires (CMP ou unités de consultation des services de psychiatrie avec 46 CMP adultes et 57 CMP Infanto-juvéniles).

La réforme des autorisations en psychiatrie

Un nouveau régime d'autorisations³³ de l'activité de soins en psychiatrie entre en vigueur le 1er juin 2023 :

- Décret n° 2022-1237 du 16 septembre 2022 pour les conditions d'implantation
- Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 pour les conditions techniques de fonctionnement
- Arrêté du 28 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévus à l'article R. 6123-174 du Code de la santé publique

L'activité de soins de psychiatrie est désormais structurée en quatre mentions :

- psychiatrie de l'adulte,
- psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (0 à 18 ans),
- psychiatrie périnatale,
- et soins sans consentement.

³² SAE via l'outil PSY DIAG de l'ANAP

³³ Textes de référence : Décrets du 28/09/2022 (CI et CTF), Arrêté du 28/09/2022, Instruction DGOS du 2/12/2022

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont donc dorénavant définis par mention et non plus par formes de prise en charge ; les structures de prise en charge seront détaillées dans le dossier de demande d'autorisation.

Ainsi, un établissement exerçant son activité sous la forme d'hospitalisation complète pourra plus aisément ouvrir une activité d'hospitalisation partielle, sur site ou sur un autre emplacement³⁴, en effectuant une simple demande de modification du dossier d'autorisation

Le titulaire de l'autorisation doit proposer les trois natures de prise en charge (hospitalisation à temps complet, à temps partiel et soins ambulatoires), soit sur site, soit par convention.

Ce nouveau régime fixe l'obligation aux établissements non désignés pour la mission de secteur d'exercer leur activité en partenariat avec l'établissement assurant cette mission de secteur, dans la zone d'intervention dans laquelle ils sont implantés, par le biais d'une convention.

Par ailleurs, l'exercice de l'activité doit être en cohérence avec le projet territorial de santé mentale.

Le titulaire de l'autorisation doit, sur site ou par convention :

- Organiser l'accès aux soins non programmés
- Assurer des soins ambulatoires programmés et non programmés
- Organiser le dispositif de prévention, d'accueil et de prise en charge de la crise

Il participe également au réseau de prise en charge des urgences et assure la continuité des soins.

La prise en charge s'effectue selon un parcours personnalisé et est adaptée aux besoins du patient et intégrant la graduation des soins.

Des programmes ou actions d'éducation thérapeutique ainsi que des réunions de concertation pluridisciplinaires traitant du projet de soins peuvent être proposés et organisés.

Cette prise en charge globale doit tendre vers la réinsertion et l'inclusion sociale du patient.

Conditions technique de fonctionnement

La présence d'un psychiatre doit être assurée sur site ou en astreinte.

Les séjours à temps partiel sont organisés dans des locaux et avec des équipements dédiés. L'équipe médicale et paramédicale peut être mutualisée avec celle des unités d'hospitalisation à temps complet à proximité et si elle est formée à la prise en charge à temps partiels.

Le titulaire :

- Organise un plan de développement des compétences pluriannuel des professionnels adapté aux publics pris en charge
- Dispose des équipements permettant de dispenser une activité de télésanté
- Garantit, pour la réalisation des actes d'électro-convulsivothérapie,
 - L'accès du patient à une anesthésie et à une surveillance post-interventionnelle
 - La réalisation de l'acte par un psychiatre justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée dans cette pratique
- S'assure du recueil et de l'analyse des données issues des pratiques professionnelles dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques

³⁴ Article R. 6123-174 du Code de la santé publique et Arrêté du 28 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé

Milieu pénitentiaire

Le projet médico-soignant des structures sanitaires en milieu pénitentiaire est élaboré dans le cadre du projet médical de l'établissement de rattachement

Les dispositions communes « psychiatrie de l'adulte » et « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »

* Le personnel

Le titulaire dispose d'une ou plusieurs équipes pluridisciplinaires comprenant :

- Un ou plusieurs infirmiers
- Un ou plusieurs aides-soignants
- Un ou plusieurs psychologues
- Un ou plusieurs assistants de service social
- Un professionnel référent est désigné pour chaque patient parmi cette équipe.

* L'environnement

Tout site assurant la prise en charge de patient en hospitalisation complète comprend :

- Des chambres individuelles ou de deux lits, équipées d'un verrou, de sanitaires ainsi que d'un dispositif d'appel et d'un placard fermant à clé
- Au moins un chariot d'urgence
- Au moins une salle dédiée à la rééducation et à l'activité physique, sur site ou accessible sur un autre site
- Au moins un espace de convivialité
- Au moins un espace permettant des prises en charge collective
- Un espace d'accueil de l'entourage dans le respect de l'intimité et de la confidentialité
- Un accès à un espace extérieur

Focus sur la mention « psychiatrie de l'adulte »

Le titulaire de l'autorisation ne peut exclusivement prendre en charge que des patients âgés d'au moins 18 ans.

Il doit :

- Contribuer à l'organisation du parcours de soins des personnes en situation ou à risque de handicap psychique ou de perte d'autonomie, en lien avec la médecine de ville, le secteur médico-social et social et les dispositifs d'appui à la coordination territoriale
- Organiser, pour la prise en charge des personnes âgées, en fonction de leur situation clinique, l'accès à des compétences de psychiatrie de la personne âgée, de gériatrie et de neurologie

Prise en charge d'adolescents

Exceptionnellement, le titulaire d'une autorisation mention « psychiatrie de l'adulte » peut prendre en charge des adolescents à partir de 16 ans dans l'attente d'un transfert vers un service « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » ou une unité de transition.

Transition d'une unité enfants et adolescents à une unité adulte

Le passage d'une prise en charge en unité enfant et adolescent à une unité adulte, entre deux services ou deux titulaires, est organisé conjointement et de manière anticipée notamment au travers d'un protocole général définissant les modalités de transition.

Durant la transition, le patient peut être pris en charge par le titulaire de l'autorisation « psychiatrie de l'adulte » s'il est également titulaire de l'autorisation « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » ou s'il a conventionné avec un porteur de cette même autorisation.

Conditions techniques de fonctionnement

L'équipe pluridisciplinaire (Cf Les dispositions communes – Le personnel) est complétée par un ou plusieurs psychiatres.

En cas de prise en charge d'un mineur, l'environnement et le matériel doivent être adaptés à la prise en charge. Celui-ci ne peut partager sa chambre avec un adulte.

Focus sur la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »

Le titulaire de l'autorisation assure la prise en charge des patients de 0 à 18 ans.

Il organise l'accès aux soins pédiatriques et contribue à l'organisation de ce parcours en lien avec la médecine de ville, les services de pédiatrie, la protection maternelle et infantile, la médecine scolaire, les maisons des adolescents, les secteurs social et médico-social, l'aide sociale à l'enfance, les systèmes éducatif et judiciaire.

La prise en charge doit permettre d'assurer la poursuite de l'instruction obligatoire.

Le passage d'une prise en charge en unité enfant et adolescent à une unité adulte : Cf focus mention « psychiatrie de l'adulte », Transition d'une unité enfants et adolescents à une unité adulte.

Durant la transition, le patient, même devenu majeur, peut être pris en charge par le titulaire de l'autorisation « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » s'il est également titulaire de l'autorisation « psychiatrie de l'adulte » ou s'il a conventionné avec un porteur de cette même autorisation.

Conditions techniques de fonctionnement

L'équipe pluridisciplinaire (Cf Les dispositions communes – Le personnel) est complétée par :

- Un ou plusieurs psychiatres de l'enfant et de l'adolescent
- Un ou plusieurs éducateurs de jeunes enfants ou éducateurs spécialisés selon les tranches d'âge des patients

Le site de prise en charge en hospitalisation complète dispose d'espaces de vie et de jeux intérieurs et extérieurs.

Le titulaire de l'autorisation organise les séjours des patients en fonction des tranches d'âge.

Focus sur la mention « psychiatrie périnatale »

Le titulaire de l'autorisation de la mention « psychiatrie périnatale » organise les soins conjoints parents-bébés. Ils portent notamment sur :

- l'évaluation de la santé des parents,
- les interactions parents-bébé
- le développement du bébé

Ils intègrent la période antéconceptionnelle et la période prénatale.

Condition pour être autorisé

Principe : le titulaire doit être autorisé pour les mentions « psychiatrie de l'adulte » et « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ».

Exception : Par dérogation, un titulaire de la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » peut être autorisé pour la mention « psychiatrie périnatale », s'il conventionne avec un titulaire de l'autorisation de la mention « psychiatrie de l'adulte ».

Conditions techniques de fonctionnement

Le personnel :

L'équipe pluridisciplinaire est composée :

- d'au moins un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, justifiant d'une formation en psychiatrie périnatale de type diplôme universitaire ou d'une expérience attestée
- d'au moins un psychiatre ou par dérogation, par convention avec un établissement titulaire de la mention « psychiatrie de l'adulte »
- un ou plusieurs infirmiers dont au moins un infirmier puériculture diplômé d'Etat
- un ou plusieurs psychologues
- un ou plusieurs assistants sociaux

Un professionnel référent est désigné pour chaque patient au sein de cette équipe.

L'environnement :

Chaque site assurant une prise en charge en hospitalisation complète comprend :

- Des chambres individuelles permettant l'accueil d'au moins un parent, équipée d'un dispositif d'appel, d'un placard fermé à clé et d'un verrou
- Des chambres individuelles permettant l'accueil du ou des nourrissons
- Une chambre collective permettant d'accueillir les bébés sans leur parent
- Au moins un local dédié aux soins et activités de puériculture
- Au moins un chariot d'urgence
- Au moins une salle dédiée à la rééducation et à l'activité physique, sur site ou accessible sur un autre site
- Au moins un espace de convivialité
- Un ou plusieurs espaces de prises en charge collectives
- Un espace d'accueil de l'entourage respectant l'intimité et la confidentialité
- Un accès à un espace extérieur

Focus sur la mention « soins sans consentement »

Par principe, pour être autorisé à :

- prendre en charge des adultes, le titulaire doit être autorisé pour la mention « psychiatrie de l'adulte »
- prendre en charge des adolescents, le titulaire doit être autorisé pour la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »

Par exception, un mineur de plus de 16 ans peut être pris en charge par un titulaire des mentions « soins sans consentement » et « psychiatrie de l'adulte », s'il dispose d'une convention avec un titulaire de la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » prévoyant les modalités de prise en charge et de transfert.

Conditions techniques de fonctionnement

En plus des locaux mentionnés (Cf Les dispositions communes – L'environnement), les unités d'hospitalisation comprennent :

- un ou des espaces d'apaisement, adaptés à la nature de la prise en charge des patients et au projet thérapeutique mis en œuvre, permettant des échanges avec le psychiatre ou avec un autre professionnel à l'écart des autres patients
- une ou plusieurs chambres d'isolement individuelles, disposant d'une luminosité naturelle, d'une aération, d'un dispositif d'appel, de sanitaires, d'un point d'eau, d'une horloge, et du mobilier adapté
- un espace d'accueil de l'entourage permettant des visites respectant l'intimité et la confidentialité
- un espace extérieur sécurisé

Les mineurs hospitalisés à titre exceptionnel sont pris en charge en chambre individuelle.

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Cf fiche parcours santé mentale, livret Parcours : La santé mentale, une priorité renouvelée après la crise sanitaire

Les objectifs identifiés pour définir de nouveaux objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) dans le cadre de la réforme des autorisations

Auparavant au nombre de 10, les zones de planification sanitaire pour l'activité de psychiatrie évoluent afin d'être en cohérence avec les coopérations territoriales animées dans les contrats territoriaux en santé mentale, soit 8 zones en BFC.

L'objectif est de consolider l'offre actuellement structurée tout en favorisant les évolutions suivantes :

- Psychiatrie périnatale : chaque territoire doit proposer une offre de soin minimale composée d'une prise en charge ambulatoire et en hôpital de jour. Il est proposé qu'à minima quatre territoires proposent un pôle de soins incluant une unité d'hospitalisation complète : Côte-d'Or, Doubs, Nièvre, Aire urbaine.

Les établissements des quatre autres zones de planification devront conventionner avec ces pôles pour obtenir l'autorisation d'activité de soins en psychiatrie périnatale. Ce schéma d'organisation tient compte de la nécessité de déployer progressivement cette offre de soins en psychiatrie périnatale dans notre région et dans un contexte de pénurie médicale.

- Soins sans consentement³⁵: toutes les modalités de soins sans consentement doivent être prises en charge par les établissements autorisés pour cette mention.

L'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement se fait :

- soit sur décision du directeur de l'établissement de santé (SDDE)
 - consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU),
 - ou sans demande de tiers, en cas de péril imminent (SPI) ;
 - soit sur décision du représentant de l'État (SDRE) ;
 - soit sur décision de justice (SDJ) ;
- Le titulaire de l'autorisation de l'activité de soins psychiatriques participe au réseau de prise en charge des urgences dans les conditions déterminées par la convention constitutive du réseau (RUBFC dans notre région).

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

³⁵ Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a pour objet de remédier aux difficultés d'accès aux soins psychiatriques. La loi du 27 septembre 2013 a réformé certaines dispositions de cette loi pour renforcer les garanties quant au respect des droits des patients

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE DE PSYCHIATRIE**

Mention	Zone							
	Côte-d'Or	Saône et Loire	Nièvre	Yonne	Doubs (hors NFC)	Jura	Haute Saône (hors NFC)	Nord-Franche-Comté
Nombre d'implantations prévues	Psychiatrie de l'adulte	5	3	4	4	4	3	3
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	4	1	2	1	2	1	1
	Psychiatrie périnatale	1	1	1	1	1	1	1
	Soins sans consentement	3	3	2	1	3	2	1
		1	1	1	1	1	1	1

Mode de calcul OQOS psychiatrie :

1 établissement géographique qui fait de l'hospitalisation complète = 1 OQOS

Pour les établissements géographiques faisant de l'hospitalisation de jour ou de nuit on regarde l'établissement juridique :

- Si l'établissement juridique est déjà compté pour de l'hospitalisation complète alors on n'ajoute pas d'OQOS puisque les unités à temps partiels pourront être déployées sans autorisation propre

- Si l'établissement juridique n'est porteur d'aucune autorisation en hospitalisation complète alors on compte OQOS supplémentaire (peu importe qu'il y ait un ou plusieurs établissements géographiques qui font de l'hospitalisation partielle).

En synthèse :

- Si HC on compte les établissements géographiques

- Si HDJ ou HDN sans HC on compte les établissements juridiques

7.1.5. SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

L'activité de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), anciennement dénommée Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), a fait l'objet d'une réforme quant aux conditions d'autorisation qui l'encadrent, via les décrets modifiant les conditions d'implantation (11/01/2022 publié le 13/01/2022) et les conditions de fonctionnement (11/02/2022, suivi d'un modificatif apporté par le décret du 16/03/2022 publié le 18/03/2022).

Ces décrets, dont les dispositions entrent en vigueur au 1er juin 2023, devront être pris en compte dans le schéma régional de santé révisé au plus tard le 1er novembre 2023.

Construite sur un tronc commun d'obligations de personnel, matériel et locaux, les établissements de SSR doivent désormais demander une autorisation d'activité pour au moins une mention parmi les suivantes :

- Mention « polyvalent » (remplace l'appellation de « SSR non spécialisé » qui était auparavant attribuée par défaut);
- Mention « gériatrie »;
- Mention « locomoteur »;
- Mention « système nerveux »;
- Mention « cardio-vasculaire »;
- Mention « pneumologie »;
- Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »;
- Mention « brûlés »;
- Mention « conduites addictives »;
- Nouvelle modalité « pédiatrie » comprenant les mentions suivantes :
 - a) Mention « enfants et adolescents » (mineurs âgés de 4 ans et plus);
 - b) Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents » (mineurs âgés de moins de 4 ans inclus);
- Nouvelle modalité « cancers » comprenant les mentions suivantes:
 - a) Mention « oncologie »;
 - b) Mention « oncologie et hématologie » (inclut l'oncologie non-hématologique)

L'autorisation d'activité SMR requiert désormais de pouvoir proposer à la fois l'hospitalisation complète et l'hospitalisation partielle, que ce soit au sein de l'établissement promoteur ou par convention avec un autre établissement, dans le but d'uniformiser les prises en charge, promouvoir l'hospitalisation de jour et simplifier les autorisations. Une dérogation reste possible pour les établissements ne proposant que de l'hospitalisation complète.

Nombre d'autorisations d'activité de SSR mises en œuvre (avec autorisations d'activité non mises en œuvre ou services inactifs en pratique ajoutés entre parenthèses), selon le mode de prise en charge, la mention et le département, au 30 novembre 2022

		Côte d'Or	Haute-Saône	Nord FC	Centre FC	Jura	Bourgogne Méridionale	SLBM ⁴	Nièvre	SYHN ⁵	Nord Yonne	Total
Polyvalent	HC ²	4	2		4	4	3	3 (+1)	3	2		25 (+1)
	Seul ¹ HP ³	1	1		2 (+1)			0 (+1)				5 (+1)
Polyvalent	HC	11	4	4	6 (+1)	5	6	9	9	5	3	62 (+1)
	Conjugué ¹ HP		4	5	7	2	0 (+1)			0 (+1)	0 (+1)	18 (+3)
Gériatrie	HC	7	2	2	4	2	3	5 (+1)	6	4	2	37 (+1)
	HP	3 (+1)	1	2	3	1	2 (+1)	1 (+1)	2	2 (+1)	0 (+1)	17 (+5)
Locomoteur	HC	3	1	1	3 (+1)	1	2	1	1	1	0 (+1)	14 (+2)
	HP	3	1	1	3	1	2	1	1	1	0 (+1)	14 (+1)
Neurologie	HC	2	2	2	3 (+1)	1	2	1	1 (+1)	1		15 (+2)
	HP	2	1	2	3	1	2	1	2	1		15
Cardio-vasc.	HC	2			1	1		1			1	6
	HP	4		1	2	1	1	1 (+1)	1		1	12 (+1)
Pneumologie	HC	2				1		1			1	5
	HP	1		1	1	1	1	1 (+1)	1		1	8 (+1)
Digestif, ...	HC	1	0 (+1)			1		1		1	0 (+1)	4 (+2)
	HP	2	0 (+1)	1	1	1		1		0 (+1)	0 (+1)	6 (+3)
Addictologie	HC	1				1			1	1		4
	HP	1							1			2
Pédiatrie	HC				3	2		1				6
	6 – 18 ans HP				3	2		1				6
Pédiatrie	HC				3							3
	0 – 5 ans HP				3							3
Total	HC	33	11 (+1)	9	27 (+3)	19	16	23 (+2)	21 (+1)	15	7 (+2)	181 (+9)
	HP	17 (+1)	8 (+1)	13	28 (+1)	10	8 (+2)	7 (+4)	8	4 (+3)	2 (+4)	105 (+16)

1 Distinction faite entre les établissements ayant l'autorisation d'activité SSR polyvalents seule et ceux ayant cette autorisation à une autre mention de spécialité, par défaut ou non

2 Hospitalisation complète

3 Hospitalisation partielle

4 Saône-et-Loire-Bresse-Morvan

5 Sud Yonne-Haut-Nivernais

En novembre 2022, 94 établissements sont titulaires d'une autorisation de SSR valide, dont 54 établissements publics. 68 établissements sont titulaires d'une ou plusieurs mentions spécialisées et parmi ceux-ci 45 établissements assurant la mention spécialisée « personnes âgées ». 26 établissements réalisent uniquement des soins de suite et de réadaptation polyvalents.

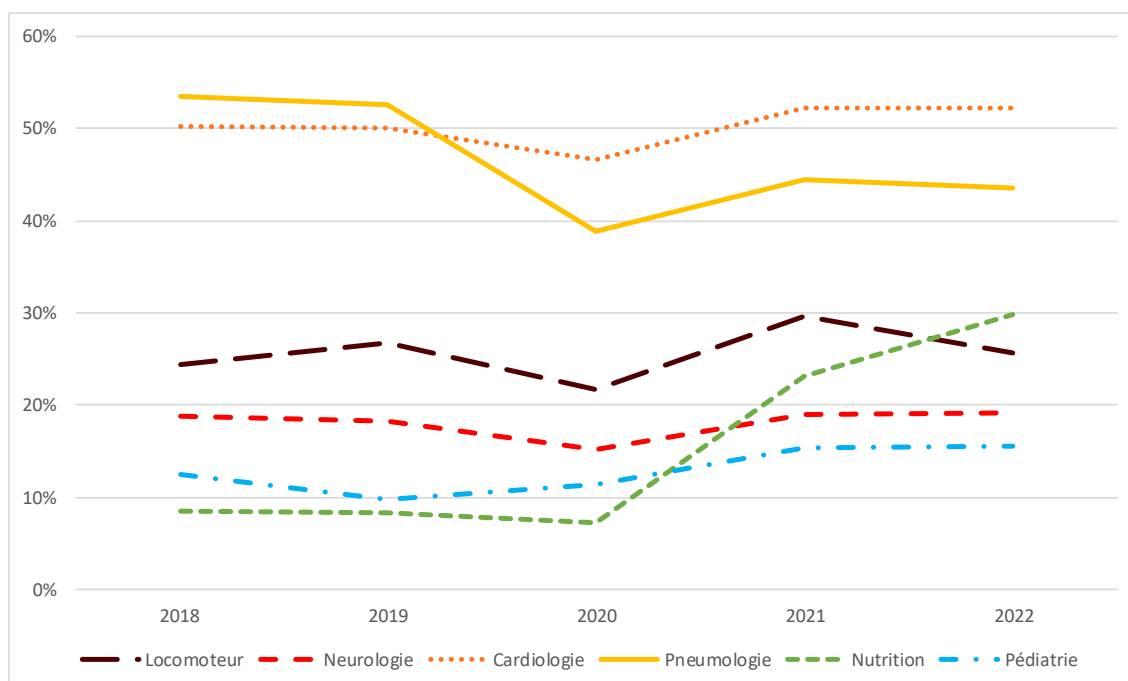
La réforme des autorisations vise entre autres à mettre en valeur la filière pédiatrique en identifiant les établissements concernés comme SMR à modalité « pédiatrie » principalement plutôt que par leur spécialité d'organe. Ils devront répondre à la fois aux exigences de la modalité « pédiatrie » et de la ou des mentions s'appliquant aux pathologies prises en charge au sein de leur établissement.

Trois établissements sont actuellement titulaires d'autorisations de prise en charge des enfants ou adolescents : à Besançon (prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux chez le jeune enfant de moins de 6 ans inclus), Salins-les-Bains et Chatenoy-Le-Royal (affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien chez l'enfant de 6 ans et plus).

Nombre de lits et places, tous SSR (données SAE au 31/12/2021)

Département	Hospitalisation complète (lits)			Hospitalisation partielle (places)			Total	Taux d'équipement /1000 hab.
	Secteur public	Secteur privé	Sous-total HC	Secteur public	Secteur privé	Sous-total HP		
21	378	523	901	49	139	188	1 089	2,0
25	435	241	676	11	125	136	812	1,5
39	373	161	534	42	12	54	588	2,3
58	175	394	569	13	35	48	617	3,1
70	92	245	337	6	110	116	453	1,9
71	495	576	1 071	18	106	124	1 195	2,2
89	255	257	512	42	10	52	564	1,7
90	66	0	66	15	0	15	81	0,6
Région BFC	2 269	2 397	4 666	196	537	733	5 399	1,9
France métropolitaine	39 055	61 968	101 023	3 723	12 359	16 082	117 105	1,8

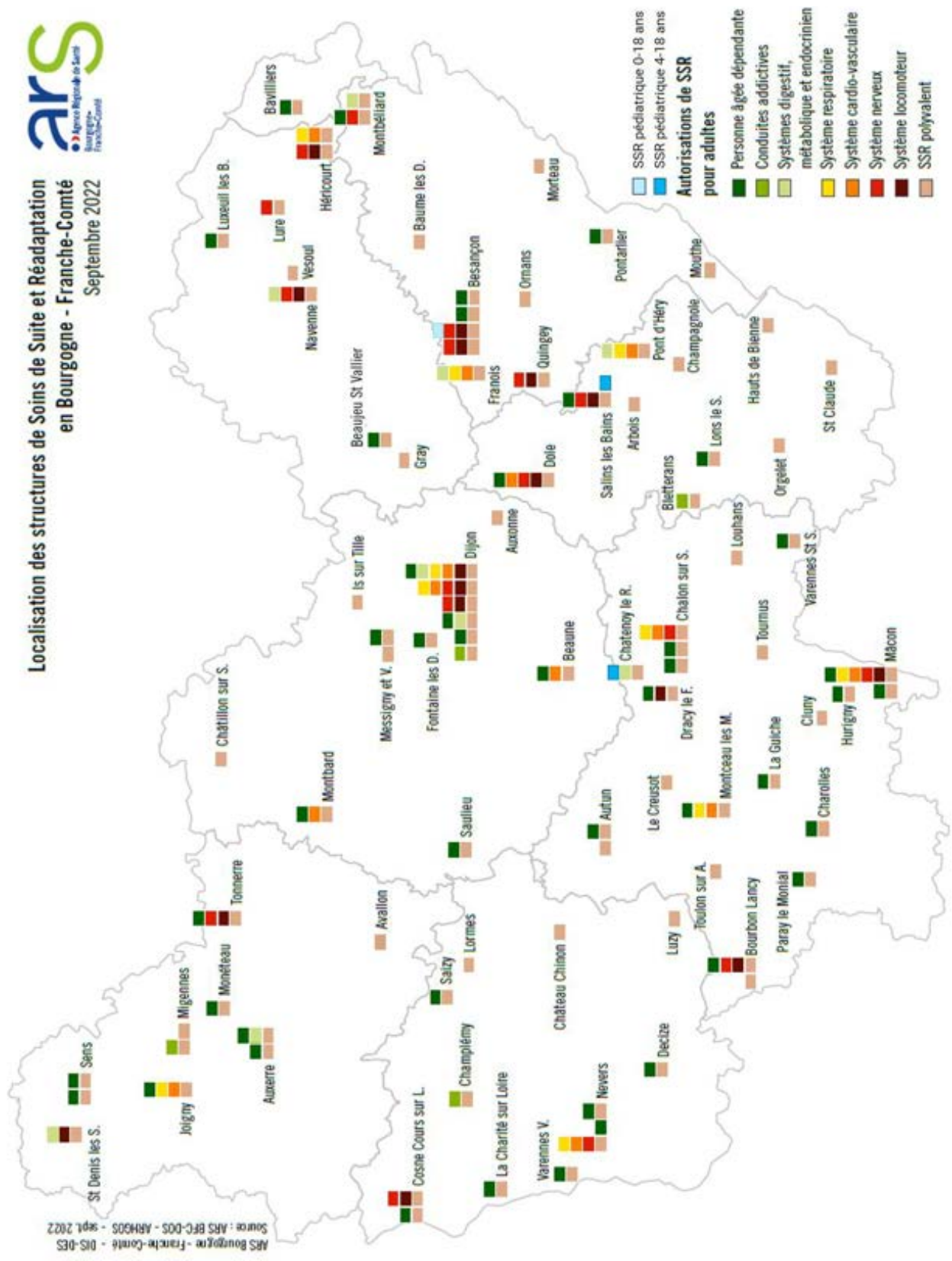
Proportion de prise en charge en hospitalisation partielle sur le total de journées d'activité, par mention de spécialité et par année, tous établissements de la région Bourgogne-Franche-Comté confondus (données PMSI au 20/04/2023, filtrées par autorisation d'unité médicale)



Les mentions « polyvalent », « gériatrie » et « conduites addictives » n'ont pas dépassé les 5% de part d'hospitalisation partielle chacune sur les 5 dernières années.

La mention « pédiatrie » regroupe des journées codées sous « 50E – Soins polyvalents », « 51P – Affections de l'appareil locomoteur », « 52P – Affections du système nerveux », « 54J – Affections respiratoires » et « 55J – Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ».

Localisation des structures de Soins de Suite et Réadaptation en Bourgogne - Franche-Comté
 Septembre 2022



Source : ARS Bourgogne - Franche-Comté - DTS-DES
 ARS BFC-DOS - ARH905 - sept. 2022

Taux d'attractivité intra-régionaux et inter-régionaux par mention et par zone de planification sanitaire, selon le code Geo PMSI du patient et le FINESS géographique de l'établissement l'accueillant, de 2018 à 2022

Zone de planification sanitaire	Polyvalent		Gériatrie		Locomot.		Neurologie		Cardiologie		Pneumo.		Nutrition		Addicto.		Pédiatrie	
	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter
Côte d'Or	15%	7%	5%	2%	10%	5%	16%	5%	13%	3%	6%	6%	18%	10%	36%	33%		
Haute-Saône	4%	0%	5%	1%	6%	1%	6%	2%										
Nord Franche-Comté	5%	1%	4%	0%	12%	2%	21%	4%	20%	1%	10%	0%	5%	0%				
Centre Franche-Comté	4%	0%	9%	1%	17%	1%	10%	1%	20%	3%	18%	0%	14%	2%			55%	2%
Jura	12%	2%	14%	1%	44%	0%	49%	1%	63%	10%	72%	6%	74%	2%	53%	36%	79%	14%
Bourgogne Méridionale	18%	11%	5%	18%	29%	30%	25%	31%	11%	32%	5%	25%						
Saône-et-Loire-Bresse-Morvan	18%	5%	14%	3%	23%	14%	16%	1%	26%	5%	16%	2%	35%	30%			38%	11%
Nièvre	8%	8%	5%	8%	7%	32%	7%	44%	0%	14%	0%	15%			23%	20%		
Yonne	3%	8%	1%	3%	2%	6%	4%	5%	3%	4%					20%	53%		
Région BFC	Polyvalent		Gériatrie		Locomot.		Neurologie		Cardiologie		Pneumo.		Nutrition		Addicto.		Pédiatrie	
	11%	7%	7%	3%	15%	9%	16%	10%	20%	1%	31%	4%	31%	22%	33%	36%	64%	8%

Données d'activité, HC et HP confondues, en nombre de journées extraites du PMSI SSR DIAMANT en Mars 2023. Les données de 2022 ne sont pas exhaustives. Filtre définissant la mention de l'activité : « PMSI SSR – Autorisation UM ». Les cases vides représentent soit l'absence d'autorisation sur FINESS géographique dans la zone, soit l'absence de données PMSI > 10 journées entre 2018 et 2022 inclus

Taux de fuite intra-régionaux et inter-régionaux par mention et par zone de planification sanitaire, selon le code geo PMSI du patient et le FINESS géographique de l'établissement l'accueillant, de 2018 à 2022

Zone de planification sanitaire	Polyvalent		Gériatrie		Locomot.		Neurologie		Cardiologie		Pneumo.		Nutrition		Addicto.		Pédiatrie	
	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter	Intra	Inter
Côte d'Or	3%	3%	2%	0%	5%	4%	5%	2%	3%	1%	11%	3%	38%	13%	29%	34%	28%	59%
Haute-Saône	14%	17%	19%	1%	14%	6%	25%	2%	83%	17%	84%	16%	59%	41%	55%	45%	63%	26%
Nord Franche-Comté	9%	24%	3%	0%	3%	6%	4%	3%	8%	30%	42%	57%	11%	24%	33%	67%	60%	31%
Centre Franche-Comté	21%	2%	6%	0%	21%	4%	27%	1%	56%	2%	48%	3%	57%	23%	56%	44%	30%	26%
Jura	17%	6%	12%	2%	29%	30%	10%	18%	3%	5%	2%	22%	59%	12%	11%	42%	12%	68%
Bourgogne Méridionale	7%	4%	42%	8%	14%	27%	27%	25%	48%	29%	32%	54%	90%	10%	30%	70%	9%	88%
Saône-et-Loire-Bresse-Morvan	28%	3%	8%	1%	23%	14%	14%	8%	18%	4%	3%	11%	2%	4%	47%	38%	9%	75%
Nièvre	4%	5%	4%	4%	21%	9%	14%	5%	19%	48%	33%	51%	34%	66%	22%	14%	6%	89%
Yonne	4%	9%	6%	4%	11%	52%	29%	48%	22%	17%	9%	91%	39%	61%	26%	29%	14%	84%
Région BFC	Polyvalent		Gériatrie		Locomot.		Neurologie		Cardiologie		Pneumo.		Nutrition		Addicto.		Pédiatrie	
	11%	7%	7%	2%	14%	14%	16%	8%	26%	11%	27%	18%	32%	18%	33%	36%	24%	62%

Activités d'expertise dans le cadre des réformes du financement et des autorisations SMR

Dans l'optique de la réforme du financement des SMR (entrée en vigueur juillet 2023), une liste d'activités d'expertise a été arrêtée par le ministère des solidarités et de la santé. L'instruction DGOS relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations SMR a intégré cette notion d'expertise dans la gradation des soins. Il s'agit de prises en charge qui concernent un nombre limité de patients et/ou nécessitent des compétences, des équipements, un plateau technique ou une organisation spécifiques qui n'ont pas vocation à être portées par tous les établissements possédant une même mention de spécialisation. Cette liste d'activités d'expertise n'est pas figée et sa révision fait l'objet de groupes de travail nationaux.

- Réadaptation neuro-orthopédique (mention « Système nerveux » pré-requise)
- Service de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR)
- Unité de soins dédiée aux personnes en Etat Végétatif Chronique ou en Etat Pauci-Relationnel (EVC-EPR)
- Réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN) (mention « Système nerveux » pré-requise)
- Réadaptation PREcoce Post-Aiguë Respiratoire (PREPAR) (mention « Pneumologie » pré-requise)
- Réadaptation PREcoce Post-Aiguë Cardiologique (PREPAC) (mention « Cardio-vasculaire » pré-requise)
- Troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébro-lésés (mention « Système nerveux » pré-requise)
- Troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive (mention « Conduites addictives » pré-requise)
- Lésions médullaires (mention « Système nerveux » pré-requise)
- Obésités complexes (mention « Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » pré-requise)
- Patients amputés, appareillés ou non (mention « Locomoteur » pré-requise)

La liste des établissements reconnus experts, établie en Novembre 2022 selon les critères du cahier des charges national et leur file active de patients concernés, est susceptible d'évoluer selon le développement de l'offre, et ne relève pas des objectifs quantifiés de l'offre de soins du schéma régional de santé.

Unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC-EPR) - Etat des lieux 2022

Département	Population ¹	Evaluation besoins en lits (circulaire 2002) ²	SROS 2018-2023	Etat des lieux au 01/01/2022	
			Cibles	Etablissements	Nbre lits
21	534 424	11 (10,69) à 14 (14,25)	2	CH de la Haute Côte d'Or	10
				Centre convalescence gériatrique Fontaine les Dijon	8
58	199 373	4 (3,98) à 5 (5,32)	1	CRF Pasori	8
71	546 577	11 (10,93) à 15 (14,58)	2	CH Macon	10
				SSR Marguerite Boucicaut	8
89	330 074	7 (6,60) à 9 (8,80)	1	CH Avallon	10
25	547 572	11 (10,95) à 15 (14,60)	2 unités de 6 lits à Besançon	CRRF Bregille (Besançon)	12 (6 + 6)
39	257 128	5 (5,14) à 7 (6,86)	7 lits à Salins les Bains	CHI du pays du Revermont	7
70	232 531	5 (4,65) à 6 (6,20)	14 lits à Héricourt	CMPR Brétegnier	14
90	137 714	3 (2,76) à 4 (3,67)	-		-
Total	2 785 393	57 à 75			87

1 Source : Estimation INSEE au 1er janvier 2022

2 Circulaire 2002-288 du 3/05/2002 : une unité de 6 à 8 lits / 300 000 hab ; au moins une unité par département

Durant ces 5 dernières années ont été ouvertes une nouvelle unité de 6 lits sur la zone Centre Franche-Comté ainsi qu'une unité de 8 lits sur la zone Saône-et-Loire-Bresse-Morvan.

Articulation avec l'activité de soins palliatifs dans le cadre de la réforme des autorisations SMR

Bien que l'activité de soins palliatifs ait toujours été possible au sein des SSR en étroite collaboration avec une équipe mobile de soins palliatifs, la création de la nouvelle modalité « oncologie » et sa réglementation posent un cadre pour ces établissements qui seront a priori davantage concernés par cette activité. Les conditions techniques de fonctionnement des SMR de la modalité « oncologie » exigent l'existence sur site « d'au moins un espace dédié aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes atteintes d'un cancer tout au long de la maladie », ainsi qu'une formation de l'équipe pluridisciplinaire aux « soins et soutiens nécessaires à ces patients tout au long de la maladie, dont la fin de vie ». (Cf. fiche Soins palliatifs, livret Offre de santé)

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Les structures de soins de suite et de réadaptation sont réparties sur tout le territoire et les différentes spécialisations assurent globalement un maillage de la région.

Les enjeux essentiels sont le développement des alternatives à l'hospitalisation et la structuration de l'offre de soins, afin d'éviter la dispersion des moyens humains et techniques, d'améliorer l'attractivité et de garantir la qualité des soins, dans le contexte des réformes du financement et des autorisations.

L'instruction nationale relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations identifie :

- des structures de proximité : SMR polyvalents et gériatriques en premier lieu.
- des structures de recours :
 - de niveau interrégional pour la mention « brûlés ».
 - de niveau régional, voire interrégional, pour l'oncohématologie, et les SMR pédiatriques.
 - de niveau territorial, voire interterritorial, pour les SMR cardio-vasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, de l'appareil locomoteur, du système nerveux, des conduites addictives et oncologiques.
- des structures reconnues expertes au sein de leur mention spécialisée, selon une liste d'activités d'expertise énumérées sur un cahier des charges national (cf. supra), ayant une mission de recours interterritorial, régional voire interrégional en fonction de la prise en charge concernée.

Il est à noter que certains établissements situés à la frontière d'autres régions ont de fait une activité interrégionale.

Objectifs

Objectif général n°1 : proposer une offre de soins en SMR graduée adaptée aux besoins sur l'ensemble du territoire régional

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Réaliser un diagnostic de l'offre de soins et des prises en charge en SMR, incluant notamment les ressources mobilisées, la nature des prises en charge et les trajectoires des patients
- ☞ 2 - Affirmer la place des SMR polyvalents et gériatriques dans l'offre de prise en charge de proximité, en veillant à les intégrer dans des filières de soins
- ☞ 3 - Développer les coopérations entre établissements, au niveau régional, au niveau infra régional, entre secteur public et secteur privé, et au sein des GHT

Exemples d'actions :

- ⦿ Mise en œuvre de projets communs permettant de fédérer les établissements

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Localiser les points de rupture dans la filière SMR
- ☞ Mise en place d'une organisation régionale graduée de l'offre de soins
- ☞ Développement des coopérations entre établissements

Objectif général n°2 : améliorer l'accès aux SSR sur l'ensemble du territoire régional et fluidifier les parcours de soins, en amont et en aval du SSR

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Développer les équipes mobiles pluriprofessionnelles de réadaptation et d'orientation, afin de mettre en œuvre une rééducation précoce et de fluidifier la filière dans sa globalité
- ☞ 2 - Développer les articulations précoces avec le secteur médico-social, tant dans le domaine des personnes âgées que du handicap, en particulier dans l'offre de soins de proximité
- ☞ 3 - Développer la télémédecine et la téléexpertise, notamment pour les établissements de recours

Exemples d'actions :

- ⊙ Mise en place d'actions visant à renforcer les échanges et connaissances réciproques entre établissements SMR et dispositifs médico-sociaux

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Diminution du taux de demandes d'admission subissant de longs délais d'attente
- ☞ Diminution de la durée moyenne de séjour trop longue
- ☞ Développement de l'accessibilité aux avis spécialisés par téléexpertise

Objectif général n°3 : améliorer la qualité des prises en charge et développer les alternatives à l'hospitalisation complète

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Développer l'offre de soins en hospitalisation de jour en fonction des besoins et en tenant compte des contraintes d'éloignement géographique.
- ☞ 2 - Développer les filières de prises en charge à domicile, en renforçant notamment le partenariat des SMR avec les établissements d'HAD et les professionnels de santé libéraux.
- ☞ 3 - Développer la mutualisation des ressources humaines intervenant en rééducation et réadaptation, sur des postes attractifs et pérennes.
- ☞ 4 - Favoriser l'accès aux plateaux techniques spécialisés, en développant notamment leur mutualisation

Exemples d'actions :

- ⊙ Conventions entre établissements afin de mutualiser les hôpitaux de jour, les équipements médicaux lourds

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Meilleure accessibilité à des soins de qualité adaptés au besoin du patient, pourvus par des professionnels intervenant en rééducation et réadaptation
- ☞ Développement de l'hospitalisation de jour en SMR, sans négliger pour autant les besoins en hospitalisation complète

Objectif général n°4 : accompagner les établissements dans l'optimisation de l'organisation de leurs activités, dans le cadre de la réforme de financement

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Favoriser l'accès à une expertise en information médicale et améliorer la qualité du recueil, du codage des données PMSI et la déclaration des molécules onéreuses
- ☞ 2 - Améliorer l'exhaustivité du recueil et l'analyse de l'activité
- ☞ 3 - Poursuivre une démarche de regroupement des lits de SMR entre établissements de faible capacité et la reconversion éventuelle en lits de médecine ou en établissements et services médico-sociaux (ESMS), en tenant compte de la spécificité des établissements

Exemples d'actions :

- ⊙ Mise en place de formations en PMSI SMR
- ⊙ Conversion en EHPAD d'un établissement de faible capacité

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Amélioration du recueil et du codage des données PMSI à des fins financières et diagnostiques
- ☞ Optimisation de la gestion des ressources des petits établissements

Evolutions (créations, transformation, coopérations)

Les évolutions mentionnées ci-dessous concernent les implantations géographiques et prennent en compte les situations suivantes :

- Création ex nihilo de nouvelles implantations d'activité de SMR (par exemple, une nouvelle entité géographique)
- Attribution d'une mention spécialisée à des établissements auparavant avec seule mention « polyvalent »

En accord avec la réforme des autorisations, toute mention non-spécifiée « enfants et adolescents » ou « jeunes enfants, enfants et adolescents » concerne exclusivement la prise en charge des adultes, sauf dérogation pour prise en charge d'un enfant à partir de 16 ans.

- Zone de Côte d'Or :
 - Polyvalent : +1
 - Gériatrie : +2
 - Pneumologie : +1
 - Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition : +1 dans le cadre de la prise en charge spécifique aux troubles du comportement alimentaire
 - Enfants et adolescents : +1 idem ci-dessus
 - Jeunes enfants, enfants et adolescents : +1
 - Oncologie : +3
 - Oncologie et hématologie : +1
- Zone de la Nièvre :
 - Polyvalent : +1
 - Gériatrie : +1
 - Cardio-vasculaire : +1 avec préférence pour offre d'hospitalisation complète supplémentaire
 - Pneumologie : +1 idem
 - Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition : + 1
 - Oncologie : +1
- Zone Saône et Loire Bresse Morvan :
 - Polyvalent : +3
 - Gériatrie : +1
 - Appareil locomoteur : +1
 - Système nerveux : +1
 - Affections liées aux conduites addictives : +1
 - Oncologie : +1
- Zone Bourgogne méridionale :
 - Polyvalent : +2
 - Gériatrie : +2
 - Cardio-vasculaire : +1 avec préférence pour offre d'hospitalisation complète supplémentaire
 - Pneumologie : +1 idem
 - Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition : +1
 - Oncologie : +1
- Zone Yonne :
 - Polyvalent : +2
 - Gériatrie : +2
 - Appareil locomoteur : +1
 - Système nerveux : +2
 - Cardio-vasculaire : +1
 - Pneumologie : +1, voir +2 si offre d'hospitalisation complète
 - Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition : +1
 - Oncologie : +2

- Zone Centre Franche-Comté :
 - Polyvalent : +2
 - Gériatrie : +2
 - Appareil locomoteur : 1 caducité d'autorisation prévue pour 2026 pour cessation d'activité
 - Système nerveux : 1 idem ci-dessus
 - Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition : +1
 - Conduites addictives : +1
 - Enfants et adolescents : +1 pour relocalisation depuis zone du Jura
 - Oncologie : +2
 - Oncologie et hématologie : +1
- Zone du Jura :
 - Polyvalent : +2
 - Gériatrie : +2
 - Appareil locomoteur : +1
 - Conduites addictives : +1 pour projet d'hôpital de jour en coopération avec structure existante
 - Enfants et adolescents : 1 relocalisation prévue en zone Centre Franche-Comté
 - Oncologie : +1
- Zone Nord Franche-Comté :
 - Polyvalent : +1
 - Appareil locomoteur : +1
 - Cardio-vasculaire : +1 avec préférence pour offre d'hospitalisation complète supplémentaire
 - Pneumologie : +1 idem ci-dessus
 - Conduites addictives : +1
 - Oncologie : +1
 - Oncologie et hématologie : +1
- Zone de Haute-Saône :
 - Polyvalent : +1
 - Gériatrie : +2
 - Pneumologie : +1
 - Conduites addictives : +1
 - Oncologie : +1

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION**

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023 Activité de SMR

Modalité/Mention	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Mériodionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne	
Mention "polyvalent"	15 à 16	6 à 7	5 à 6	11 à 13	9 à 11	9 à 11	13 à 16	12 à 13	11 à 13	
Mention "gériatrie"	10	4	2	6	4	8	8	8	9	
Mention "locomoteur"	3	1	2	4	2	2	2	1 à 2	3	
Mention "système nerveux"	2	2	2	4	1 à 2	2 à 3	2	2 à 3	3	
Mention "cardio-vasculaire"	4	0 à 1	1 à 2	2	1	1 à 2	2	2	2	
Mention "pneumologie"	3	1	1 à 2	1 à 2	1	2	2	2	2 à 3	
Mention "système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition"	3	1	1 à 2	2	1	1	1	1	3	
Mention "brûlés"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Mention "conduites addictives"	1	1 à 2	1	1	2	0	1	1	1	
Mention "enfants et adolescents"	1	0	0	1	1	0 à 1	1	0	0	
Mention "jeunes enfants, enfants et adolescents"	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
Mention "oncologie"	3	1	1	2	1	1	1	1	2	
Mention "oncologie et hématologie"	1	0	1	1	0	0	0	0	0	

Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)

Les titulaires d'une autorisation d'activité de SSR doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation d'activité de SMR

Sauf dérogation, le titulaire de l'autorisation organise un mode de prise en charge en hospitalisation complète et à temps partiel.

Si le titulaire ne peut proposer qu'un seul mode de prise en charge, il propose l'autre mode grâce à une convention avec un autre établissement autorisé pour celui-ci.

3) ARTICULATION

- Coopérations hospitalières – GHT, amélioration des parcours de santé, schéma régional des ressources humaines en santé, développement de la e-santé, démographie des professionnels de santé, efficience et performance du système de santé (virage ambulatoire), coopération et contractualisation (CPOM), conseils départementaux (maison départementale des personnes handicapées (MDPH)).

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours, Fiches :
 - Parcours grand âge
 - Parcours Handicap
 - Parcours Diabète et maladies rénales chroniques
 - Parcours Maladies cardio-neuro-vasculaires
 - Parcours Nutrition-santé
 - Parcours Addictions
 - Parcours Cancer
- Livret Offre de santé, fiches Evolution de l'offre médico-sociale et Soins palliatifs
- Ce livret, fiches HAD et Soins de longue durée

7.1.6. MEDECINE NUCLEAIRE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

L'activité de médecine nucléaire, telle que définie dans le code de la santé publique, consiste en l'utilisation, dans un but diagnostique ou thérapeutique, d'un médicament radiopharmaceutique ou d'un dispositif médical implantable actif, en sources non scellées, émetteur de rayonnements ionisants, administré au patient, incluant l'utilisation d'une caméra à tomographie d'émission mono photonique ou à tomographie par émission de positons et intégrant, le cas échéant, d'autres systèmes d'imagerie (Art. R. 6123-34 CSP).

Cette spécialité médicale utilise les propriétés de la radioactivité à des fins médicales. Les éléments radioactifs, ou radionucléides, ont la particularité d'émettre des rayonnements qui traversent différemment les organes selon leur densité. Cette propriété est exploitée pour observer les organes durant leur fonctionnement, permettant ainsi l'étude, le diagnostic et le suivi de très nombreuses maladies, apportant ainsi un complément à la radiologie, à l'échographie et à l'IRM.

Deux grands systèmes de détection coexistent :

- La scintigraphie gamma ou tomoscintigraphie par émission monophotonique (TEMP) réalisée à l'aide de détecteurs spécialisés dénommés « gamma caméras » ou « caméras à scintillation. La scintigraphie permet d'étudier le fonctionnement des organes grâce à la détection d'un traceur radio-pharmaceutique préalablement administré au patient (par inhalation, injection ou ingestion) ;
- la tomographie à émission de positons (TEP) est un examen d'imagerie médicale performant qui s'intéresse au fonctionnement, au métabolisme et à l'anatomie des organes ; la caméra couplée à un scanner (PET-scan ou TEP-scan) permet d'obtenir des images fusionnées en 3D qui superposent l'imagerie fonctionnelle (scintigraphie) et morphologique (TDM). Le TEP peut également être associé à l'IRM (TEP-IRM).

Les rayonnements radioactifs, à fort dosage, ont aussi la capacité de détruire certaines cellules. Cette propriété est utilisée à des fins thérapeutiques pour détruire de manière ciblée des tumeurs cancéreuses. On parle alors de radiothérapie interne vectorisée. L'administration du médicament radio-pharmaceutique s'effectue le plus souvent par voie veineuse ou par voie orale.

La médecine nucléaire offre donc un outil de diagnostic non-invasif qui est utilisé pour des pathologies telles que les maladies cardio-vasculaires (artériosclérose, infarctus), les cancers ainsi que des affections neurologiques (démences de type Alzheimer, maladie de Parkinson, épilepsie et tumeurs cérébrales). Son usage à des fins thérapeutiques, en oncologie notamment, se développe rapidement.

La réforme intervenue en début d'année 2022 fait suite au constat d'un déficit d'équipements matériels lourds (EML) en la matière en France et témoigne d'une volonté d'assurer une meilleure qualité et sécurité des soins des patients en encadrant leur prise en charge.

Par son inscription à l'article R. 6122.25 du CSP, la nouvelle réglementation en vigueur à compter du 1er juin 2023 reconnaît cette activité comme une activité de soins et précise les conditions de mise en œuvre de l'activité en organisant la prise en charge des patients et en introduisant une gradation des soins. Jusqu'à présent seules les activités nucléaires (détention et utilisation de produits ou dispositifs contenant des sources radioactives, détention et utilisation d'appareils électriques émettant des rayonnements ionisants) étaient encadrées par le CSP, sous le contrôle de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (Art. R. 1333-1 et suivants du CSP), l'ASN délivrant par ailleurs une autorisation d'exercer une activité nucléaire à des fins médicales en sus de la décision d'autorisation ARS.

Ces dispositions réglementaires (décret³⁶ du 30/12/2021, décret³⁷ et arrêté³⁸ du 01/02/2022) concernent deux catégories de structures, les titulaires d'autorisations :

- d'équipements matériels lourds mentionnés au 1° de l'article R. 6122-26 CSP : caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- de la pratique thérapeutique de traitement du cancer mentionnée au 3° de l'article R. 6123-87 CSP : utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées.

Les nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement définissent les règles applicables, entre autres, en terme de :

- gradation des soins : mention A ou B ;
- site d'implantation ;
- nombre et mixité d'appareils ;
- locaux, en particulier pour la préparation et la reconstitution de médicaments radiopharmaceutiques, secteur d'hospitalisation, soins critiques ;
- équipements, système d'information et assurance qualité, procédure d'urgence ;
- ressources humaines, en particulier physicien médical et radiopharmacien.

L'autorisation de médecine nucléaire comportera l'une des deux mentions suivantes :

- Mention A, lorsque l'activité comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique prêt à l'emploi ou préparé conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos ;
- Mention B, lorsque l'activité comprend, outre les actes de la mention A, les actes suivants:
 - Les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique préparé selon un procédé aseptique en système ouvert ;
 - Les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides ;
 - Les actes thérapeutiques réalisés par l'administration de dispositif médical implantable actif;
 - Les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique.

³⁶ Décret no 2021-1930 du 30 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine nucléaire

³⁷ Décret no 2022-114 du 1er février 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine nucléaire

³⁸ Arrêté du 1er février 2022 fixant pour un site autorisé le nombre d'équipements de médecine nucléaire en application du II de l'article R. 6123-136 du code de la santé publique

Etat des lieux

Nombre de sites au 01/01/2023

Zone de planification sanitaire	Structures autorisées*		Centres de médecine nucléaire**
	Avec EML	Traitement du cancer	
Côte d'Or	3	1	2
Nièvre	2	1	1
Saône-et-Loire – Bresse – Morvan	3	0	3
Bourgogne méridionale	2	0	1
Nord Yonne	1	0	1
Sud Yonne – Haut Nivernais	1	0	1
Bourgogne	11	2	9
Centre Franche-Comté	2	1	2
Jura	1	0	1
Haute-Saône	1	0	1
Nord Franche-Comté	1	1	2
ex Franche-Comté	5	2	6
Région	16	4	15
France métropolitaine	275	87	

(source ARHGOS)

(* : le nombre de structures autorisées correspond au nombre de titulaires d'autorisation d'installation d'un équipement matériel lourd ou d'exercice de l'activité de traitement du cancer ;

** : le nombre de centres est un reflet plus exact de la réalité, deux structures autorisées pouvant collaborer sur un même site géographique (chacune étant par exemple titulaire d'une autorisation d'installation d'un EML, gamma-caméra pour l'une et PET-scan pour l'autre) ;

C'est cette notion qui est retenue dans la nouvelle réglementation ce qui se traduira par une autorisation délivrée par centre de médecine nucléaire)

Par million d'habitants, le nombre de structures autorisées est légèrement supérieur à la moyenne nationale :

- Structures avec EML : 5,70/Mhab (dont au moins un site par département ou par zone) contre 4,22 en France métropolitaine :
- Structures traitement du cancer : 1,43/Mhab (4 sites autorisés en région : CGFL, CHU Besançon, CHAN Nevers et HNFC site Montbéliard) contre 1,34 en France métropolitaine

Le nombre de centres est égal à 15 dont 11 avec EML seuls, 1 avec TC et 3 avec EML+TC.

Taux d'équipement EML

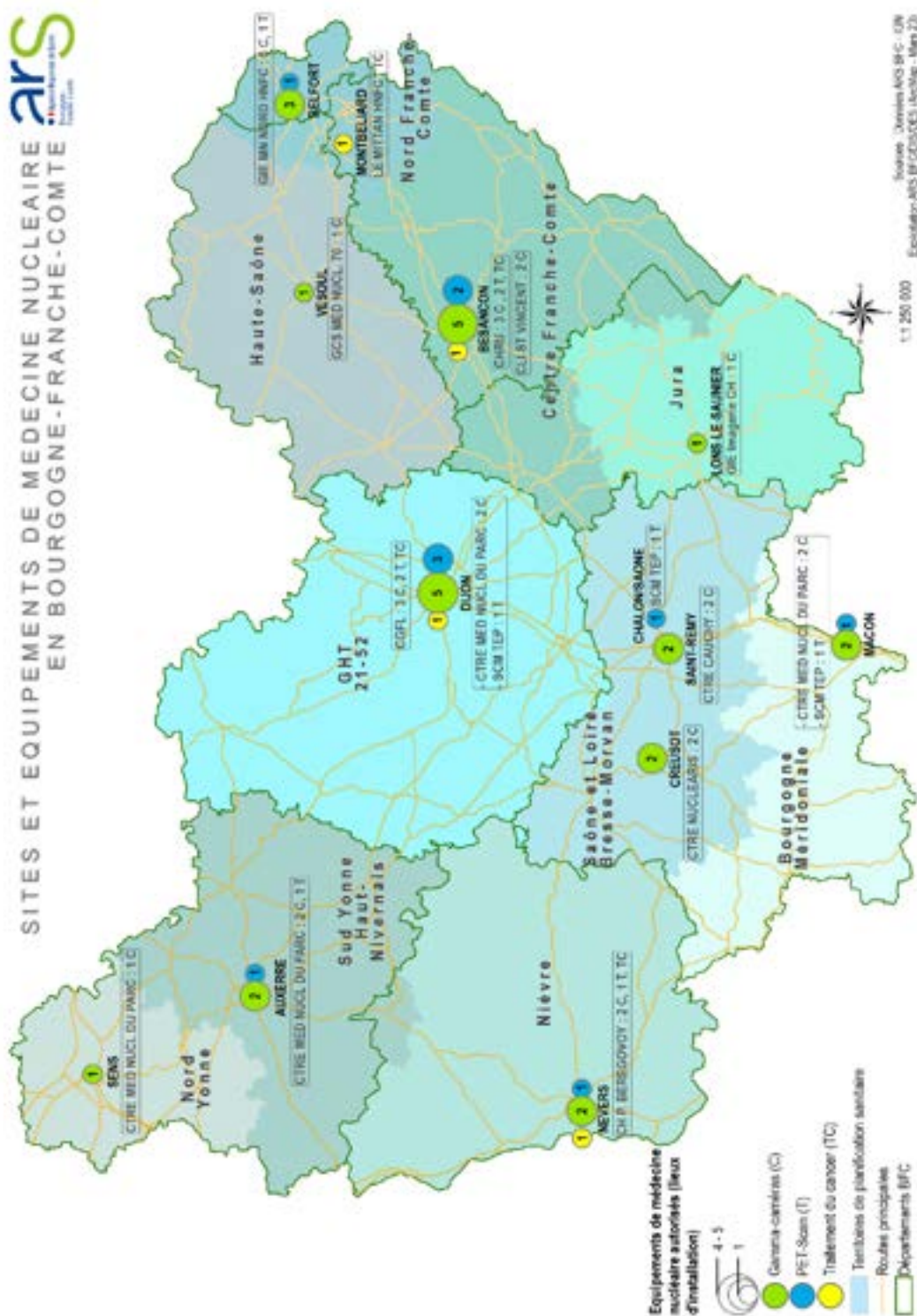
En Bourgogne Franche-Comté, les appareils d'imagerie médicale autorisés au 1er janvier 2023, sont au nombre de :

- 10 TEP scans ;
- 26 gamma-caméras.

Les taux régionaux d'équipements (autorisés) par million d'habitants, par rapport à ceux de France métropolitaine, sont pour les :

- TEP scan : inférieur de 5% : 3,56 par million d'habitants versus 3,78
- Gamma-caméras, supérieur de 21 % : 9,27 par million d'habitants versus 7,63.

La carte ci-dessous présente la répartition géographique des équipements et activités ainsi que la localisation des centres de médecine nucléaire (encadrés avec indication des partenariats).



Zone de planification sanitaire	Population	TEP Scan		Gamma-caméras	
		Autorisés au 01/01/2023	Tx équipt / million hab	Autorisées au 01/01/2023	Tx équipt / million hab
Côte d'Or	533 924	3	5,62	5	9,36
Nièvre	198 091	1	5,05	2	10,10
Saône-et-Loire – Bresse – Morvan	353 074	1	2,83	4	11,33
Bourgogne méridionale	198 407	1	5,04	2	10,08
Nord Yonne	146 311	0	0,00	1	6,83
Sud Yonne – Haut Nivernais	198 930	1	5,03	2	10,05
Bourgogne	1 628 737	7	4,30	16	9,82
Centre Franche-Comté	511 200	2	3,91	5	9,78
Jura	169 710	0	0,00	1	5,89
Haute-Saône	172 115	0	0,00	1	5,81
Nord Franche-Comté	326 045	1	3,07	3	9,20
Franche-Comté	1 179 070	3	2,54	10	8,48
Région	2 807 807	10	3,56	26	9,26
France métropolitaine	65 096 768	246	3,78	497	7,63

(source ARHGOS)

Par contre, ces taux d'équipement sont très variables en infrarégional, entre départements ou zones de planification sanitaire :

- TEP scan : 3 zones n'ont pas d'autorisation (Nord Yonne, Jura, Haute-Saône) et 4 zones départements ont un taux supérieur à 5 (Côte d'Or, Nièvre, Bourgogne méridionale et Sud Yonne) ;
- Gamma-caméras : 2 zones ont des taux inférieurs à 6 appareils par million d'habitants (Jura, Haute-Saône) et les autres zones (à l'exception du Nord Yonne) ont des taux supérieurs à 9.

Par rapport à 2018, on constate que le nombre d'appareils, en particulier les TEP, a nettement augmenté, passant de 167 à 246 en France métropolitaine, soit +47 % et de 8 à 10 en région, soit +25%, phénomène de rattrapage permettant de se rapprocher du taux d'équipement mesuré dans d'autres pays (par exemple 4 appareils/million d'habitants en Belgique et 7 aux Etats-Unis). Dans la même période, le nombre de gamma-caméras est passé de 467 à 497 (+6,4%) en France métropolitaine et est resté inchangé en région.

Par site de médecine nucléaire, le taux d'équipement est en moyenne de :

- 1,37 gamma-caméra par site [0 ; 3] et
- 0,52 PET-scan [0 ; 2].

Ainsi, 7 sites disposent des 2 types d'équipement et répondent déjà à l'obligation de mixité. Avec 3 à 5 appareils, ces mêmes sites ont par ailleurs atteint ou dépassé le seuil d'appareils fixé par la nouvelle réglementation.

Activité des centres

Examens TEMP

Le nombre d'examens est, sur les dernières années, relativement stable en France avec toutefois une baisse significative de l'activité (-12 %) touchant tous les types d'examen en 2020 (effet Covid).

En région BFC, l'évolution est strictement comparable, la baisse étant de 7 % en 2020 avec toutefois un rebond en 2021 (sans doute en raison d'un effet rattrapage après la période marquée par le COVID).

Rapporté à la population, cela représente un volume moyen, en 2020, de 149 examens/10 000 habitants en France et 196 en région BFC.

Nb Examens	Type	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total BFC dont		56 144	55 429	56 702	58 892	54 916	60 288
	Cœur	19 954	20 926	22 029	23 510	23 690	26982
	Os	21 314	20 157	20 548	20 168	17 097	18904
	Poumons	4350	4028	4334	4353	3789	4858
	Endocrinologie/Thyroïde	4817	4217	4274	4055	3094	3422
	Reins	898	800	856	854	691	770
	Lymphoscintigraphie	1048	456	487	564	563	2326
	Irathérapie	618	606	505	569	550	424
	Digestif	49	52	75	127	115	Neuro 1341
	Leucocytes marqués	673	310	258	185	152	Autres 654
France		1 153 022	1 069 979	1 115 318	1 127 843	995 453	

(2016-2020 : source SFMN – Société française de médecine nucléaire et d'imagerie moléculaire ; 2021 : enquête centres BFC)

L'analyse de l'activité 2021 recueillie auprès de tous les centres de médecine nucléaire régionaux permet de dégager les points suivants :

- L'âge moyen des patients se situe autour de 62/65 ans et la part de patients de + 75 ans représente 21,8 % avec des proportions variant de 21% à 50 % par centre ; le nombre de patients jeunes est relativement peu élevé (une trentaine de patients de moins de 15 ans/centre avec cependant un centre qui déclare 59 enfants de moins de 6 ans)
- Plusieurs centres indiquent prendre en charge des patients hors département (jusqu'à 32%)
- La part de patients hospitalisés représente 8 %
- Le volume d'examens par centre est de : 4637 examens (intervalle [2910 ; 6703])
- Le volume moyen par appareil est de : 2233 examens (intervalle [1541 ; 3581])

Scintigraphie	2018	2019	2020	Indication
Scintigraphie cardiaque	39 %	40 %	43 %	Diagnostic d'insuffisance coronarienne, bilan après infarctus du myocarde
Scintigraphie osseuse	37 %	35 %	31 %	Détection de métastases osseuses, de maladies osseuses (maladie de Paget, par ex), de fracture de fatigue, etc.
Scintigraphie pulmonaire	8 %	7 %	7 %	Diagnostic d'embolie pulmonaire, suivi de maladie bronchique chronique
Scintigraphie thyroïdienne/endocrino	8 %	7 %	6 %	Diagnostic dans le cas d'une hyperthyroïdie, recherche d'une maladie de Basedow, de nodules, d'une thyroïdite...
Scintigraphie rénale	2 %	1 %	1 %	Diagnostic de malformation ou de dysfonctionnement du rein, bilan en cas de tumeur ou d'infection rénale (pyélonéphrite par ex)

Les traceurs utilisés sont par exemple : le biphosphonate marqué au technétium 99m (os), l'iode 123 (thyroïde), le thallium 201 (scintigraphies myocardiques), le DTPA, le MAG3, le DMSA (reins), l'HIDA (voies hépato-biliaires.)...

En volume, les examens les plus nombreux sont les scintigraphies cardiaques (plus de 40 %) puis osseuses (31 %), pulmonaires (7 %) et endocriniennes (6 %).

Examens TEP

Le TEP Scan est un examen particulièrement performant, devenu incontournable dans la prise en charge de nombreux cancers, à la phase initiale, en cas de récurrence, ainsi que pour évaluer la réponse au traitement.

Le nombre d'examens est en croissance constante et géométrique en France. Le taux d'augmentation est supérieur à 10% par an : 11,61% en 2019 et 12,34 % en 2020 malgré un possible ralentissement lié au Covid. En région, la même tendance est observée avec des hausses encore plus marquées : +8,61% en 2019 mais + 23,89% en 2020. Cette évolution se poursuit en 2021.

Rapportée à la population, cela représente un volume moyen, en 2020, de 94 examens/10 000 habitants en France et 109 en région BFC.

Nb Examens	Traceur	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total BFC dont		18 377	18 728	22 734	24 693	30 592	31 107
	FDG	17 789	17 978	21 584	23 290	28 046	28802
	FCH	521	616	930	1017	1802	1425
	FDOPA	26	66	179	283	470	442
	Ga68	0	0	0	48	213	232
	FNa	4	0	4	4	1	1
	amyloïdes	2	30	10	5	12	6
France		422 632	451 671	500 808	560 367	625 928	

(2016-2020 : source SFMN – Société française de médecine nucléaire et d'imagerie moléculaire ; 2021 : enquête centres BFC)

L'analyse de l'activité 2021 recueillie auprès de tous les centres de médecine nucléaire régionaux permet de dégager les points suivants :

- L'âge moyen des patients se situe autour de 66/68 ans ce qui peut se traduire par des prises en charge plus longues ; la part de patients de + 75 ans représente ainsi 32,6 % avec des proportions variant de 23% à 63 % par centre ; il en est de même pour les enfants cependant le nombre de patients jeunes est relativement peu élevé (max 35 patients de moins de 15 ans/centre)
- Plusieurs centres indiquent prendre en charge des patients hors département (jusqu'à près de 20%)
- La part de patients hospitalisés représente 9,4 %
- Le volume d'examens par centre est de : 3888 examens (intervalle [2871 ; 6962])
- Le volume moyen par appareil est de : 3111 examens (intervalle [2310 ; 3943])

Traceurs

L'examen TEP permet de détecter l'accumulation des traceurs au niveau des cellules et/ou organes. Les radiopharmaceutiques les plus utilisés sont marqués au Fluor 18.

Traceur (2020)		BFC	France	Indication
FDG	18-fluorodésoxyglucose	91,68 %	91,45 %	Maladies inflammatoires, infectieuses et cancers, troubles de la mémoire, maladies cérébrales dégénératives, viabilité cardiaque
FCH	18-fluorocholine	5,89 %	5,47 %	Cancers prostate, foie
FDOPA	18-fluorodihydroxyphénylalanine	1,54 %	1,55 %	Maladie de Parkinson, tumeurs neuroendocrines
Ga68	Gallium 68	0,7 %	1,18 %	Rechutes cancers de la prostate, tumeurs neuroendocrines
FNa	[18F]-fluorure de sodium	0 %	0,08 %	Métastases osseuses
	amyloïdes	0,04 %	0,04 %	Bilan des troubles de la mémoire et maladies dégénératives du cerveau
	autres	0,15 %	0,28 %	

(source SFMN – Société française de médecine nucléaire et d'imagerie moléculaire)

Traitement du cancer : Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

Quatre établissements de santé sont autorisés pour cette pratique thérapeutique de traitement du cancer : CGFL, CHRUB, CHAN et HNFC. Cette activité de radiothérapie interne vectorisée RIV (appelée aussi radiothérapie métabolique) se trouve intégrée par la nouvelle réglementation dans l'autorisation de médecine nucléaire en mention « B ».

La RIV nécessite d'injecter/d'ingérer des substances radioactives dans le corps ; elle repose sur des radiopharmaceutiques choisis pour leur ciblage sélectif de cellules tumorales, lesquelles doivent être de petite taille. Cette pratique thérapeutique permet d'administrer une plus forte dose de radiation qu'avec la radiothérapie externe mais ne peut être utilisée que pour traiter certains types de cancer. Les principales indications sont :

- Tumeurs neuro endocrines
- Thyroïde (cancers, hyperthyroïdie)
- Cancers de la prostate
- Neuroblastomes
- Lymphomes B (RIT)
- Métastases osseuses (douleurs)

Cette activité pour laquelle les évolutions thérapeutiques sont très rapides est en croissance forte. L'activité 2021 est présentée ci-dessous.

Principaux actes/séjours hospitaliers (2021)	Indication	Etablissement de santé			
		HNFC	CHRUB	CGFL	Total
Irradiation interne par injection intraveineuse transcutanée d'un agent pharmacologique radio-isotopique	Tumeurs neuroendocrines gastroentéropancréatiques/Lutathera		19	47	66
Irradiation interne de la glande thyroïde par administration d'iode 131 à une dose inférieure ou égale à 1 gigabecquerel [GBq]	Thyroïde	9	94	17	120
Irradiation interne de la glande thyroïde par administration d'iode 131 à une dose supérieure à 1 gigabecquerel [GBq]	Thyroïde		57	127	184
Synoviorthèse isotopique d'un membre	Genou/Synoviorthèse		2		2
Irradiation interne par injection intraveineuse transcutanée d'un agent pharmacologique radio-isotopique	Foie/Terasphère		6	32	38
Irradiation interne d'une lésion osseuse par injection intraveineuse d'agent pharmacologique radio-isotopique	Métastases osseuses d'un cancer de prostate/ Xofigo		1	1	2
Total		9	179	224	412

Démographie médicale

Le nombre de médecins nucléaires est stable depuis 2018 avec une densité de 1,1 médecins nucléaires/100 000 habitants, inférieure à la France métropolitaine (1,4/100 000 habitants).

Le nombre de postes proposés à l'internat est actuellement de 2/an. Ce nombre est considéré insuffisant par les centres pour permettre d'assurer à la fois la continuité (22 % des médecins nucléaires ont 55 ans ou plus en BFC) et l'adaptation des centres aux rapides évolutions de l'activité.

L'effectif en radiopharmaciens et en physiciens médicaux est relativement faible sur l'ensemble du territoire national.

Plusieurs centres ont indiqué qu'ils ont engagé des procédures de recrutement, en particulier pour des postes de médecin ou de manipulateur ; d'autres ont des perspectives de recrutement notamment en fonction de l'évolution de leur activité (équipement supplémentaire par exemple) mais tous font état cependant de difficultés pour pourvoir ces postes.

RH 2020	France		BFC 2020	
	Nb (ETP)	Nb/1 000 000 hab	Nb (ETP)	Nb/1 000 000 hab
Médecins	927	14,2	29	10,3
Dont Internes	135		4	
Dont Assistants	87			
Pharmaciens	172	2,6	5	1,8
Dont Assistants	23			
Préparateurs	113	1,7		
Physiciens	192	2,9	9	3,2
MER	1518	23,3	69,2	24,7
IdE	85	1,3		
Secrétaires	740	11,4	35,2	12,5

(2020 : source SFMN – Société française de médecine nucléaire et d'imagerie moléculaire)

Autres données de contexte

Locaux et équipements

PUI : La préparation des médicaments radiopharmaceutiques dans un établissement de santé nécessite que sa Pharmacie à Usage Intérieur (P.U.I) bénéficie d'une autorisation spécifique délivrée par le DGARS et un personnel qualifié, en particulier un radiopharmacien. Les 4 établissements de santé autorisés pour l'activité de traitement du cancer disposent d'une PUI autorisée à préparer les médicaments radiopharmaceutiques. La PUI devient obligatoire pour la mention B de médecine nucléaire.

Avant l'entrée en vigueur de la réglementation relative à l'activité de médecine nucléaire, cette condition n'était pas opposable à la médecine nucléaire exercée à titre libéral.

Chambres radioprotégées : deux établissements (CHRU Besançon et CGFL) disposent de chambres d'hospitalisation radioprotégées.

Innovations

En 2019, 95% du marché de la pharmaco-imagerie porte sur le diagnostic. Les perspectives à 2030 montrent que ce secteur pourrait évoluer, la partie thérapie étant susceptible de représenter à terme plus de 50% du marché (Source : MEDraysintell). La médecine nucléaire est une activité de soins en constante évolution/révolution ; le développement de l'activité de médecine nucléaire ainsi que les perspectives d'évolution, en particulier dans un but thérapeutique repose sur une collaboration avec la recherche publique et privée et un partenariat entre les acteurs.

En région, des groupements tels que le GIE Pharm'Image ou le GIS « Pôle hospitalo-universitaire de pharmaco-imagerie de Dijon », entre autres, ont contribué au développement de nouveaux médicaments.

Les équipements évoluent : le 1er PET-scan numérique de France a été installé au CGFL en 2017 suivi par le prototype d'un appareil préclinique PET-IRM intégrés. On dénombre, en 2022, 6 appareils PET-IRM en France. Ce type d'appareil plus performant ouvre la voie d'exams « tout en un » avec des exams simultanés TEP-IRM corps entier + IRM localisée.

L'arrivée de nouveaux traceurs de médecine nucléaire dans l'optique théranostique conduira à une augmentation de l'activité aussi bien sur les appareils qu'en RIV. Cette augmentation d'activité est déjà constatée puisque, par exemple, la prise en charge des cancers de prostates métastatiques par Lutécium PSMA a déjà débuté et va fortement augmenter ; de même l'extension des traitements par Lutathera dans d'autres indications verra très rapidement le jour suite à la décision ANSM du 27/07/2022 de modification du cadre de prescription compassionnelle du médicament Lutathera. Ainsi, les centres prévoient un doublement de l'activité RIV d'ici 2025.

Inspections ASN

Dans son rapport 2021 sur l'état de la sûreté nucléaire et de la radioprotection en BFC, l'ASN indique que l'état de la radioprotection dans le domaine médical (le secteur contrôlé concerne les services de radiothérapie externe, de curiethérapie, de médecine nucléaire, les pratiques interventionnelles radioguidées, les scanners à visée diagnostique, les appareils de radiologie médicale et les appareils de radiologie dentaire) est satisfaisant mais que des progrès sont attendus en matière de formation des professionnels à la radioprotection et de contrôle du transport des substances radioactives (notamment par la mise en place d'une démarche d'assurance de la qualité).

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Avec le nouveau régime d'autorisation, l'approche par équipement a évolué vers un raisonnement en « plateau de médecine nucléaire » laquelle doit permettre aux professionnels de la médecine nucléaire de mettre en avant l'approche « parcours » des prises en charge dans laquelle s'inscrit cette discipline.

Objectifs

Objectif général n°1 : Améliorer la prise en charge des patients sur tout le territoire

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Amélioration de l'organisation territoriale des soins par une approche « parcours » des prises en charge de médecine nucléaire
- ☞ 2 - Organisation d'une gradation des soins en médecine nucléaire
- ☞ 3 - Assurer à tous les patients atteints d'un cancer une prise en charge personnalisée et l'accès aux traitements innovants : dépistage précoce, thérapie ... (en lien avec les fiches Parcours Cancer et Traitement du cancer)
- ☞ 4 - Garantir au patient une offre complète de médecine nucléaire
- ☞ 5 - Favoriser la coopération/mutualisation
- ☞ 6 - Renforcer la qualité et la sécurité des soins

Exemples d'actions :

- ⊙ Inscription de l'activité de médecine nucléaire dans l'organisation territoriale de soins (GHT...)
- ⊙ Définition d'une gradation des soins par l'identification de centres de médecine nucléaire de mention A ou de mention B ;
- ⊙ Actions d'information/communication auprès des professionnels de santé et des usagers pour améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre de médecine nucléaire
- ⊙ Regroupement des professionnels au sein d'une nouvelle structure juridique habilitée à exercer une activité de soins
- ⊙ Conventionnement entre centres en cas d'équipement manquant sur site
- ⊙ Conventionnement avec les établissements de santé (médecine d'urgence, secteur d'hospitalisation, soins critiques)
- ⊙ Mutualisation des équipes sur un site et entre centres
- ⊙ Mise en place d'une démarche qualité dans les centres de médecine nucléaire et rédaction d'un plan d'organisation de la physique médicale
- ⊙ Poursuivre les actions de formation du personnel en radiopharmacie et en radioprotection

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Organisation territoriale et régionale de l'offre de médecine nucléaire
- ☞ Diminution des délais de rendez-vous pour dans le cadre d'un bilan initial de cancer

Objectif général n°2 : Accompagner le développement de l'activité

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Soutenir l'augmentation du parc d'appareils
- ☞ 2 - Promouvoir la recherche et l'innovation

Exemples d'actions :

- ⊙ Augmentation du nombre d'appareils en particulier PET-scan
- ⊙ Développement de la médecine nucléaire à visée diagnostique ou thérapeutique, notamment en oncologie
- ⊙ Prise en compte de l'innovation, par exemple par de nouveaux appareils PET-IRM corps entier et par l'intégration des nouveaux traceurs ciblés à visée thérapeutique

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Augmentation du taux d'équipement et diminution des écarts infrarégionaux
- ☞ Amélioration de l'accès à la radiothérapie interne vectorisée et aux nouvelles thérapies

Evolutions (créations, transformations, coopérations)

La carte des centres de médecine nucléaire présentée plus haut montre une répartition géographique satisfaisante. Il est donc proposé d'accompagner le développement de l'offre existante et des partenariats actuels.

La nouvelle réglementation se traduira par la délivrance d'une seule autorisation par centre de médecine nucléaire impliquant, dans certains cas une transformation du statut juridique des structures actuelles :

- pour permettre d'exercer une activité de soins ;
- pour transférer la responsabilité de toute l'activité à cette nouvelle entité juridique.

Le développement de l'activité pourra nécessiter des aménagements des locaux actuels des centres lesquels sont, pour partie sous-dimensionnés, se traduisant soit par des travaux d'agrandissement, soit par un déménagement sur un nouveau site. Trois opérations à l'étude verront prochainement le jour :

- Déménagement du centre de médecine nucléaire (TEMP+TEP) de Dijon, d'ici 2025 ;
- Rapprochement de l'activité TEP de Chalon avec la scintigraphie sur le site de St-Rémy, dans les 5 ans précises
- Regroupement sur un site unique de l'activité déployée aujourd'hui sur deux sites (HNFC Trévenans)

Le nombre d'appareils peut également être augmenté du fait :

- de la répartition inégale des implantations en infrarégional ;
- des indications croissantes de ce type d'examens ;
- de l'obligation de mixité des appareils.

Cette augmentation ne devrait pas ou peu concerner le nombre de gamma caméras dont le taux d'équipements est supérieur au niveau national et pour lesquelles la répartition infrarégionale semble correcte. Par contre, le nombre de PET-scan peut augmenter pour mieux répondre aux besoins de santé sur le territoire.

De même, pour faire face à l'arrivée de nouveaux traitements innovants et permettre aux patients d'y accéder dans les meilleures conditions, le nombre de centres de mention B peut être augmenté. L'évolution du centre de médecine nucléaire de Dijon par passage de la mention A à la mention B pourra être envisagée dans les 5 ans du SRS dans le cadre d'une concertation et en coordination avec les autres acteurs régionaux.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (cf tableau ci-après)

3) ARTICULATION

- Etablissements de santé publics et privés, GHT
- Centres de radiologie publics et privés,
- DSRC OncoBFC, DAC
- Autorité de sûreté nucléaire
- Société française de médecine nucléaire et d'imagerie moléculaire SFMN

4) TRANSVERSALITE

- Livret Innovation
- Livret Parcours, Parcours Cancer, Parcours Grand âge, Parcours Handicap
- Ce livret, Fiches Traitement du cancer, Cardiologie interventionnelle, neuroradiologie interventionnelle, Soins critiques, Radiologie

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
MEDECINE NUCLEAIRE**

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023 : Activité de Médecine nucléaire

Modalité	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Nombre d'implantations prévues	1 à 0**	1	1 à 0 *	1	1	1	3 à 2*	0	2
	1 à 2**	0	1	1	0	0	0	1	0

Mention A : lorsque l'activité comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapies cancéreuses, réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique prêt à l'emploi ou préparé conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos ;

Mention B : lorsque l'activité comprend, outre les actes mentionnés dans la Mention A, les actes suivants :

- Les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique préparé selon un procédé aseptique en système ouvert ;
- Les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides ;
- Les actes thérapeutiques réalisés par l'administration de dispositif médical implantable actif ;
- Les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique.

* : les fourchettes 1 à 0 et 3 à 2 traduisent les opérations de regroupement ; après réalisation les OQOS sont ainsi respectivement fixés à 0 et 2

** : les fourchettes 1 à 0 et 1 à 2 traduisent l'opération d'évolution d'un centre de mention B, après réalisation les OQOS sont ainsi respectivement fixés à 0 (mention A) et 2 (mention B)

Les titulaires d'une autorisation d'installation d'un équipement matériel lourd ou d'une activité de traitement du cancer délivrée avant le 1er juin 2023 doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation pour l'activité de médecine nucléaire

7.1.7. CHIRURGIE CARDIAQUE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

La chirurgie cardiaque est règlementée par les articles :

- R. 6123-69 à R. 6123-74, s'agissant des conditions d'implantation³⁹ ;
- D. 6124-121 à D. 6124-130, s'agissant des conditions techniques de fonctionnement⁴⁰

Ces dispositions sont complétées par l'arrêté du 24 janvier 2006 qui fixe un seuil minimal d'activité de⁴¹ :

- 400 interventions pratiquées sous circulation sanguine extracorporelle ou par la technique « à cœur battant » par site en chirurgie cardiaque adultes ;
- 150 interventions par site en chirurgie cardiaque pédiatrique

Définition

Elle se définit comme « les interventions chirurgicales intrathoraciques portant sur l'appareil cardiovasculaire : le cœur, le péricarde, les artères coronaires, les veines afférentes, les gros vaisseaux afférents et efférents, que ces interventions nécessitent ou non une circulation sanguine extracorporelle ».

Contexte et cadre juridique

Les dispositions qui régissent l'activité de soins de chirurgie cardiaque ne font l'objet que d'un toilettage. Elle reste autorisée selon deux modalités :

- Chirurgie cardiaque pratiquée chez des patients adultes ;
- Chirurgie cardiaque pédiatrique.

Le développement de l'activité interventionnelle sous imagerie en cardiologie a limité le nombre de patients ayant besoin d'une chirurgie cardiaque et a conduit à organiser l'offre, en inter-région, sur un nombre limité de sites regroupant les moyens techniques et humains qualifiés, à optimiser les coûts d'interventions lourdes. La cardiologie interventionnelle requiert, pour certaines modalités, une convention avec un établissement autorisé en chirurgie cardiaque.

Le titulaire de l'autorisation doit garantir

³⁹ Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie

⁴⁰ Décret n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie

⁴¹ Arrêté du 24 janvier 2006 fixant l'activité minimal des établissements exerçant les activités de soins de chirurgie cardiaque prévues à l'article R. 6123-74 du Code de la santé publique

1. Un accès à :
 - Une unité d'hospitalisation à temps complet
 - Des salles d'intervention protégées dédiées à cette activité :
 - Deux salles d'intervention protégées dédiées dotées chacune d'un appareil de circulation sanguine extracorporelle et disposant d'un appareil de récupération du sang
 - Une salle d'intervention protégée disposant d'un moyen de guidage par imagerie et permettant la pratique d'une intervention radioguidée et d'un acte chirurgical en simultané, en succession ou par conversion
 - D'un appareil d'assistance cardio-circulatoire, accessible immédiatement
 - D'un local aseptique réservé au stockage des appareils de circulation sanguine extracorporelle
 - Une unité de réanimation autorisée encadrée par un protocole quant à la mise à disposition de lits de réanimation et les modalités de prise en charge des patients
 - Une unité de médecine pratiquant la cardiologie
 - Une unité de soins intensifs de cardiologie autorisée
2. D'être titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie suivant les modalités :
 - Rythmologie interventionnelle
 - Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte
3. La disposition :
 - Des appareils d'échocardiographie, d'échographie transthoracique, d'échographie transoesophagienne et d'angiographie numérisée, utilisables et accessibles à tout moment
 - D'un laboratoire d'analyses de biologie médicale en mesure de pratiquer des examens nécessaires à la réalisation de l'activité de chirurgie cardiaque
 - Des produits sanguins labiles, 24h/24 et 7j/7

L'activité nécessite des qualifications et compétences médicales et paramédicales spécifiques :

- Deux chirurgiens diplômés en chirurgie thoracique et cardiovasculaire ou compétentes en chirurgie thoracique.
- La collaboration d'un chirurgien formé ou expérimenté en chirurgie des cardiopathies congénitales pour la chirurgie des cardiopathies congénitales complexes de l'adulte
- Un médecin justifiant d'une formation universitaire en circulation sanguine extracorporelle
- Deux médecins spécialisés ou compétents en anesthésie réanimation ayant une expérience en chirurgie cardiaque
- Deux infirmiers, dont un de bloc opératoire

La permanence des soins est assurée par en lien avec le service d'aide médicale urgente et les structures des urgences.

La continuité des soins est assurée exclusivement sur le site de l'autorisation par :

- un chirurgien titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires en chirurgie thoracique et cardiovasculaire ou compétents en chirurgie thoracique .
- Un anesthésiste réanimateur
- Un médecin ou un infirmier compétent en circulation sanguine extracorporelle

L'activité de soins de chirurgie cardiaque doit également répondre aux exigences en matière d'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques : recueil et analyse des données issues des pratiques professionnelles, obligation de renseigner les registres professionnels lorsqu'ils sont opérationnels.

Focus sur la chirurgie cardiaque pédiatrique

Le titulaire de l'autorisation doit garantir :

1. Un accès à :

- Une unité d'hospitalisation à temps complet dédiée et des salles d'intervention protégées dédiées comportant des dispositifs médicaux adaptés au nouveau-né et à l'enfant, notamment pour les appareils de circulation sanguine extracorporelle, les respirateurs et les appareils d'assistance circulatoire prolongée
- Une unité de réanimation pédiatrique autorisée spécialisée pour la chirurgie cardiaque ou un secteur individualisé au sein d'une unité de réanimation pédiatrique
L'unité doit notamment comporter un appareil dépuratif extrarénale et un appareil de photothérapie
- Une unité de médecine pratiquant la cardiologie
- Une unité de soins intensifs de cardiologie pédiatrique autorisée

2. D'être titulaire d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie suivant la modalité rythmologie interventionnelle

L'équipe médicale et paramédicale est la même que celle intervenant pour la chirurgie cardiaque adulte, mais complétée par un praticien expérimenté en cardio-pédiatrie hémodynamique et interventionnelle. Les chirurgiens justifient d'une formation et d'une expérience attestée en chirurgie des cardiopathies congénitales. Ils assurent la continuité des soins.

Le titulaire doit être en mesure de réaliser ou de faire réaliser 24h/24 les examens suivants :

- Les examens des gaz du sang, les examens biologiques par microtechniques et les examens de l'hémostase ;
- L'échocardiographie bidimensionnelle transthoracique et transoesophagienne par un appareil mobile avec sondes ;
- L'électroencéphalographie et l'échographie transfontanellaire ;
- L'endoscopie respiratoire ;
- Les explorations rythmologiques ;
- La stimulation cardiaque ;
- L'hémodynamique avec possibilité d'angiographie et de cathétérisme interventionnel ;
- Les examens en scanographie, angiographie et imagerie par résonance magnétique ;
- Les examens utilisant des radioéléments en sources non scellées

Bilan de l'existant

Au 1er janvier 2023, la région comporte 2 implantations autorisées pour l'activité de chirurgie cardiaque pour des patients adultes : ce sont les deux CHU de la région qui en sont détenteurs.

Sur les régions voisines :

- Grand Est :
 - Chirurgie cardiaque des adultes : Hôpital Emile Muller à Mulhouse, CHU de Nancy, CHR de Reims, et CHR de Metz-Thionville, Hôpital – Clinique Claude Bernard à Metz
 - Chirurgie cardiaque des adultes et des enfants : Hopitaux universitaires de Strasbourg
- Auvergne Rhône-Alpes :
 - Chirurgie cardiaque des adultes : CH Annecy Genevois, Clinique de la Sauvegarde, Association hospitalière protestante de Lyon, Médipôle Hôpital privé, CHU de Clermont-Ferrand, CHU de Saint-Etienne, CHU Grenoble Alpes
 - Chirurgie cardiaque des adultes et des enfants : Hospices civils de Lyon – Hôpital Louis Pradel
- Centre Val de Loire –
 - Chirurgie des adultes : NCT+ Saint Gatien et Alliance
 - Chirurgies des adultes et des enfants : CHU de Tours site CHRU Clocheville Tours (adultes), site CHRU Triousseau – Chambray (enfants)

Taux de recours

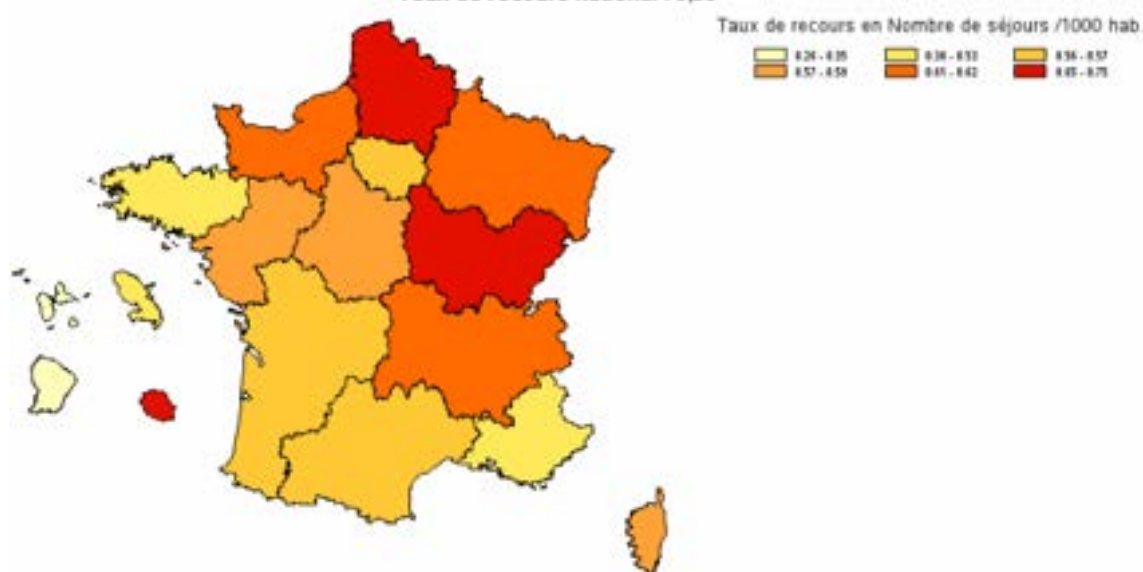
Le taux de recours régional diminue légèrement entre 2018 et 2021, mais reste supérieur au taux de recours national. Les séjours de chirurgie cardiaque, pour des patients de la région, représentent un peu plus de 5,4% du total de ces séjours sur la France entière.

Zonage sanitaire	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Nombre de séjours				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Bourgogne Méridionale	0,77	0,75	0,66	0,74	0,88	182	179	156	174	209
Centre Franche-Comté	0,81	0,82	0,78	0,66	0,7	364	370	356	304	324
GHT 21 52	0,68	0,79	0,77	0,69	0,73	374	430	424	378	400
Haute-Saône	0,75	0,73	0,66	0,58	0,64	174	170	156	137	151
Jura	0,9	1,09	0,99	0,52	0,78	182	218	199	104	155
Nièvre	0,61	0,63	0,48	0,47	0,49	161	168	128	118	124
Nord Franche-Comté	0,76	0,76	0,63	0,54	0,61	263	267	220	187	213
Nord Yonne	0,68	0,59	0,67	0,46	0,47	110	95	110	76	77
Saône-et-Loire Bresse-Morvan	0,68	0,66	0,79	0,57	0,68	291	287	338	242	292
Sud Yonne Haut-Nivernais	0,77	0,87	0,74	0,63	0,67	183	209	175	150	160
Région BFC	0,73	0,77	0,73	0,6	0,68	2 287	2 397	2 264	1 873	2 108
France entière	0,66	0,65	0,64	0,55	0,58	43 766	43 257	42 958	37 075	38 946

Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2021/pop. 2019 - Standardisé

Indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) - Chirurgie cardiaque

Taux de recours national : 0,58



Taux d'attractivité et taux de fuite ^{42 43}

En 2021, le taux de fuite inter-régional sur le périmètre de la chirurgie cardiaque est de 35,7%, ce qui est important au regard du faible volume d'activité (2 108 séjours).

Ces fuites se font principalement en direction d'établissements d'Auvergne-Rhône-Alpes (64,2% des fuites), puis vers des établissements d'Ile-de-France (30,1% des fuites) et de Grand Est (4,0% des fuites).

Le taux d'attractivité inter-régional des deux CHU est faible (7,8%). Par contre, leurs taux d'attractivité intra-régional, dans leurs territoires sanitaires, est de plus de 49% (52,8% pour le CHU de Dijon et 49,5% pour le CHU de Besançon).

Activité ⁴⁴

Aujourd'hui compte tenu du périmètre actuel de l'activité, seuls les deux CHU sont autorisés à prendre en charge les actes de chirurgie cardiaque, pour les adultes.

Activité des deux CHU quelle que soit l'origine géographique des patients

Nombre de séjours	2018	2019	2020	2021
CHU de Dijon	886	863	747	863
CHU de Besançon	673	657	551	574

Pour les patients de la région BFC, l'activité sur le périmètre de la chirurgie cardiaque baisse légèrement entre 2018 et 2021. Comme pour d'autres activités, l'activité a connu une baisse en 2020, possiblement liée à la crise covid.

Région de prise en charge des patients de la région BFC

⁴² Séjours consommés dans d'autres régions rapportés aux séjours consommés par les patients de la région (hors patients d'autres régions ayant consommé un séjour dans la région).

⁴³ Source Scansanté - Indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) - Chirurgie cardiaque.

⁴⁴ Source PMSI - séjours de chirurgie cardiaque identifiés par l'ATIH dans « Indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) » - Chirurgie cardiaque.

Nombre de séjours	2018	2019	2020	2021
Adultes				
ARA	436	443	331	451
IDF	307	255	209	203
Grand Est	57	36	27	26
BFC	1 511	1 457	1 238	1 359
Autres régions	9	14	8	13
Sous-total adultes	2 320	2 205	1 813	2 052
Enfants				
ARA	48	30	31	32
IDF	29	22	26	23
Grand Est	7	9	4	4
BFC	1	5	0	0
Autres régions	0	0	1	0
Sous-total enfants	85	66	62	59
TOTAL adultes+enfants	2 405	2 271	1 875	2 111

Les axes de développement

- Maintenir et consolider des centres à haut niveau techniques et d'expertises pour l'approche diagnostique et thérapeutique.
- Favoriser des coopérations, des projets régionaux communs entre les établissements porteurs de l'autorisation de chirurgie cardiaque adulte et enfant
- Maintenir et développer la chirurgie cardiaque adulte et enfant dans les établissements de recours selon des parcours permettant un accès égal à tous sur les territoires.
- Poursuivre et accompagner la diffusion des plateaux techniques innovants et attractifs
- Accompagner les travaux de recherches et de l'innovation

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Objectif général n°1 : Développer, conforter et maintenir l'offre de soins en chirurgie cardiaque adultes et enfants pour mieux répondre aux besoins et aux exigences réglementaires.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1- Veiller au recrutement des spécialistes chirurgicaux et des anesthésistes réanimateurs requis.
- ☞ 2 - Assurer un suivi rigoureux des seuils d'activités et des conditions techniques de fonctionnement.
- ☞ 3 - Soutenir les actions pour développer l'attractivité et limiter des fuites de patients relevant d'une prise en charge de chirurgie cardiaque vers d'autres inter régions.
- ☞ 4 - Poursuivre et développer les filières de prises en charge.
- ☞ 5 - Elaborer un projet régional commun entre les établissements de la région porteur de l'autorisation de chirurgie cardiaque pour la prise en charge des patients en urgence (cf : fiche PDSSES, livret Offre de santé).

Objectif général n°2 : Soutenir et encourager la mise en œuvre de réunions de concertation pluridisciplinaires entre les équipes participant à la chirurgie cardiaque et les équipes participant à la cardiologie interventionnelle, dans le respect des recommandations, permettant la définition ou la proposition de parcours, de protocoles, dans chaque établissement avec une dynamique régionale voire hors région si nécessaire.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Renforcer les partages, les complémentarités avec les équipes de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle pour mettre en œuvre des réunions de concertation pluridisciplinaires communes
- ☞ 2 - Améliorer l'accessibilité à la filière d'aval

En lien avec les services de soins de suite et de rééducation cardiaque adaptés pouvant répondre aux différents besoins d'aval en post opératoire (cf : fiches SMR et SLD, ce livret)

Objectif général n°3 : Soutenir et accompagner une coopération et dynamique régionale

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Favoriser des coopérations inter établissements des équipes à la fois de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque pour aboutir à l'écriture d'un projet fédératif de développement de cette activité de soins
- ☞ 2 - Favoriser les projets fédératifs qui pourraient renforcer l'inter région, par exemple, en matière de recherche, d'innovations, de formation, d'évaluation.
- ☞ 3 - Soutenir un suivi et une évaluation intra régionale pour la chirurgie cardiaque. Par exemple, suivi et analyse d'indicateurs, pour analyser les pratiques de chirurgie cardiaque et le suivi des recommandations, pour évaluer la mise en œuvre des techniques innovantes de la veille réglementaire et scientifique ...
- ☞ 4 - favoriser la mise en œuvre au niveau régional et interrégional, des projets de recherche et d'évaluation (la mise en œuvre des recommandations, la maladie coronaire, la réalité de l'activité TAVI, les thérapeutiques émergentes).

Objectif général n°4 : développer la prévention tertiaire

(cf. fiche parcours maladies neuro cardiovasculaires, livret Parcours)

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE DE CHIRURGIE CARDIAQUE****Réglementation en vigueur avant le 01/06/2023**

Modalité		Zone	
		Bourgogne	Franche-Comté
Nombre d'implantations autorisées	Chirurgie cardiaque pratiquée chez des patients adultes	1	1
	Chirurgie cardiaque pédiatrique	0	0

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023

Modalité		Zone	
		Bourgogne	Franche-Comté
Nombre d'implantations prévues	Chirurgie cardiaque pratiquée chez des patients adultes	1	1
	Chirurgie cardiaque pédiatrique	0 à 1	0 à 1

Les titulaires d'une autorisation d'activité délivrée avant cette date doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation d'activité

3) ARTICULATION

- Les établissements de santé
- Les neurologues et cardiologues libéraux et des établissements publics
- Les acteurs de la prévention cardio-neuro-vasculaire
- Les réseaux des urgences.

4) TRANSVERSALITE

- Livret Prévention
- Livret Innovation
- Livret Parcours, fiche Parcours maladies cardio-vasculaires
- Livret Offre de santé, Fiche Transports sanitaires urgents, PDES
- Ce livret, Fiches Médecine, Médecine d'urgence, SMR, activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie, SLD, Soins critiques

7.1.8. ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

(Pour le contexte épidémiologique, se reporter à la fiche Parcours Maladies cardio-neuro-vasculaires) du livret Parcours

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie est règlementée par les articles R.6123-128 à R.6123-133-2 et D.6124-179 à D.6124-185-1⁴⁵. Ces dispositions sont complétées par l'arrêté du 16 mars 2022⁴⁶ fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133-2 du code de la santé publique ainsi que par l'instruction n°DGOS/R3/2023/46 du 6 avril 2023 relative à la mise en oeuvre de la réforme de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie.

Définition

L'activité interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie est généralement identifiée sous l'appellation « cardiologie interventionnelle ». Elle se définit comme toute méthode non chirurgicale permettant de corriger les troubles du rythme cardiaque, des malformations cardiaques ou des troubles vasculaires relatifs au muscle cardiaque.

Contexte de la réforme

Un enjeu fort au travers la réforme de l'activité est celui de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients par :

- la revue du périmètre de l'autorisation et son élargissement aux actes diagnostiques ;
- le renforcement des exigences en termes de plateau technique et de qualifications ;
- la gradation de l'activité pour tenir compte de la complexité des techniques et des gestes ;
- la prise en compte du parcours patient pré, per et post opératoire ;
- l'intégration de la gestion des risques et du management par la qualité à travers la référence aux recommandations de bonnes pratiques, à la pertinence des actes, à l'expérience et la validation de la maîtrise de l'activité par les équipes ;
- le relèvement des seuils d'activité ;
- la recherche permanente de l'optimisation de la radioprotection.

⁴⁵ Décret n° 2022-380 du 16 mars 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et décret n° 2022-382 du 16 mars 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation publiés au JO du 18 mars 2022

⁴⁶ Arrêté du 16 mars 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133-2 du code de la santé publique publié au JO du 18 mars 2022

Le nouveau cadre juridique

Le périmètre de l'activité est strictement défini par l'arrêté susvisé et les actes en relevant ne peuvent être pratiqués que par les établissements autorisés. Il inclut désormais les actes diagnostiques et les activités de stimulation cardiaque classique : pose de stimulateur cardiaque simple et double avec sonde.

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie se répartit, comme précédemment, en trois modalités mais avec des mentions :

- Modalité « rythmologie interventionnelle » graduée en 4 mentions :
 - Mention A comprenant chez l'adulte, les actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde ;
 - Mention B comprenant, chez l'adulte, en sus des actes autorisés en mention A, les actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites ;
 - Mention C comprenant, en sus des actes autorisés en mention B, les actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe ;
 - Mention D comprenant, en sus des actes autorisés en type C, les actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe.
- Modalité « Cardiopathies congénitales hors rythmologie » graduée en deux mentions :
 - Mention A comprenant les actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales ;
 - Mention B comprenant, en sus des actes autorisés en mention A, tout geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire.
- Modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte ».

Les environnements pour les modalités « rythmologie interventionnelle » et « cardiopathies congénitales hors rythmologie » devront être adaptées, en tant que de besoin, à la prise en charge des enfants.

Certaines mentions ne peuvent être exercées sans la détention simultanée d'une autre mention ou modalité :

- les mentions B , C et D de la modalité « rythmologie interventionnelle » ne peuvent être exercées sans la détention simultanée de la modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte » ;
- à l'inverse, la modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte » peut être exercée sans obligation de détenir une autorisation pour une autre modalité ;
- la mention D de la modalité « rythmologie interventionnelle » exige la détention simultanée de la modalité « Cardiopathies congénitales hors rythmologie » en cas d'intervention sur un patient adulte ayant une cardiopathie congénitale complexe » ;
- pour exercer la mention C de la rythmologie exclusivement pédiatrique, la détention simultanée de la modalité « Cardiopathies congénitales hors rythmologie » est exigée.

A chaque mention sont attachées des exigences en termes d'environnement, de qualifications et d'organisation. La mise en place d'une permanence des soins est requise pour la rythmologie dès la mention A, la présence d'une unité de soins intensifs en cardiologie sur site dès le niveau B de la rythmologie et pour les autres modalités quelle que soit la mention.

L'ARS doit s'assurer annuellement de l'atteinte des seuils d'activité fixés par l'arrêté du 16 mars 2022 susvisé pour chaque établissement de santé autorisé et par type d'activité. Ces seuils ont été relevés. La liste des actes pris en compte pour le calcul de chaque seuil sera publiée par le niveau national et mis en ligne sur le site de l'ATIH⁴⁷.

Le texte rappelle également que les plateaux techniques réalisant la prise en charge des cardiopathies ischémiques de l'adulte doivent être identifiés dans le schéma régional de santé comme plateaux techniques spécialisés à accès direct en lien avec les centres 15 et les structures des urgences.

L'ensemble des données ci-dessous a été établi sur la base du périmètre actuel de la cardiologie interventionnelle et non du futur périmètre.

Bilan de l'existant

Au 1er janvier 2023, la région comporte 9 implantations autorisées pour des activités de cardiologie interventionnelle, réparties sur les établissements supports des groupements hospitaliers de territoire et sur deux établissements de santé privés à but lucratif (Cf. cartographie ci-dessous).

Les exceptions :

- les zones sanitaires de Haute-Saône, Nord Yonne et Jura ne comportent pas de plateau technique de cardiologie interventionnelle ;
- deux zones ne comportent pas de site autorisé pour la rythmologie interventionnelle : celle de la Nièvre et celle de la Bourgogne méridionale.

Les cardiopathies de l'enfant pour lesquelles le CHU de Dijon était autorisé sont prises en charge hors région compte tenu du faible volume d'activité. Les patients sont pris en charge par les centres des régions voisines (Nancy, Strasbourg, Lyon) et d'Ile-de-France.

A noter que les deux CHU bénéficient également d'une autorisation pour l'activité de soins de chirurgie cardiaque adulte. Au sein de la région voisine Grand Est, ce sont les hopitaux universitaires de Strasbourg qui sont titulaires de l'autorisation de chirurgie cardiaque pédiatrique. Sur la région Auvergne Rhône Alpes, seuls les hospices civils de Lyon disposent de cette autorisation (cf. *fiche Chirurgie cardiaque*).

13 unités de soins intensifs en cardiologie adossées aux établissements exerçant la cardiologie interventionnelle et/ou disposant de services de médecine en cardiologie complète cette offre de soins : 131 lits installés au 31/12/2021 qui font l'objet d'une reconnaissance contractuelle entre l'ARS et les établissements concernés (cf *fiche Soins critiques*).

⁴⁷ Consultable sur le site de ATIH <http://www.atih.sante.fr/>

Les principales évolutions depuis 2018 : fermeture de l'USIC du CH de Dole et autorisation de cardiologie interventionnelle pour les actes de type 3 délivrée en mai 2022 au centre hospitalier de Chalon-sur-Saône. Un constat important : l'ensemble des établissements aujourd'hui autorisés respecte les seuils réglementaires d'activité fixés par typologie d'actes selon le périmètre actuel.

La réduction des délais de prise en charge

Mettant en jeu le pronostic vital du patient, le syndrome coronarien aigu et l'infarctus du myocarde doivent être pris en charge le plus précocément possible et dans un délai global inférieur à 90 minutes⁴⁸. Aussi, le circuit optimal de prise en charge repose sur une coordination des services d'urgence (SAMU, SMUR) et des établissements disposant d'un plateau d'angioplastie : appel direct au centre 15, diagnostic et prise en charge pré-hospitalière par le SMUR (premier contact médical), adressage direct du patient au centre d'angioplastie le plus proche sans passage par le service des urgences, développement d'une filière de soins post-opératoire. Elle suppose également une meilleure éducation du patient à détecter les premiers signes de l'IDM pour faciliter le diagnostic.

La délivrance d'une autorisation au centre hospitalier de Chalon-sur-Saône dans le cadre du groupement de coopération sanitaire du sillon central bourguignon associant le CHU de Dijon et le CH de Mâcon, vise notamment à répondre à cette exigence d'amélioration des temps d'accès d'une partie de la population du nord et de l'est de la Saône-et-Loire, ainsi que du sud Côte-d'Or.

93 % de la population de BFC a accès en 60 minutes à un plateau d'angioplastie coronaire, 99,6% en 90 minutes. Une partie de la population du Jura ainsi que des usagers du Haut-Doubs se situent au-delà de ce délai.

Zones de planification sanitaire	Répartition de la population par temps d'accès à un établissement pratiquant les autres cardiopathies de l'adulte dont l'angioplastie (actes type 3)									
	[0-30[%	[30-60[%	[60-90[%	>=90	%	Total général	%
Bourgogne Méridionale	106 392	3,8	71 541	2,5	20 420	0,7			198 353	7,1
Centre Franche-Comte	243 755	8,7	199 764	7,1	35 241	1,3	255	0,01	479 015	17,1
GHT 21-52 (y compris sud 21)	426 998	15,2	84 930	3,0	22 909	0,8			534 837	19,1
Haute-Saone	38 819	1,4	154 669	5,5	12 795	0,5			206 283	7,4
Jura	3 153	0,1	98 024	3,5	55 701	2,0	12 292	0,44	169 170	6,0
Nievre	101 802	3,6	73 039	2,6	22 008	0,8			196 849	7,0
Nord Franche-Comte	299 208	10,7	25 954	0,9	174	0,0			325 336	11,6
Nord Yonne	16 071	0,6	121 123	4,3	8 944	0,3			146 138	5,2
Saone-et-Loire Bresse Morvan	190 987	6,8	156 468	5,6	4 972	0,2			352 427	12,6
Sud Yonne Haut-Nivernais	119 128	4,2	77 316	2,8	728	0,0			197 172	7,0
Total général	1 546 313	55,1	1 062 828	37,9	183 892	6,6	12547	0,45	2 805 580	100

Les temps d'accès ont été calculés en intégrant les plateaux d'angioplastie coronaires des départements limitrophes de la région, qui ont un impact favorable sur les temps d'accès des patients de BFC : Bourg-en-Bresse (1), Mulhouse (2), Troyes (1), Vichy (1). Moulins, en proximité pour les patients sud nivernais et de l'ouest de la Saône-et-Loire ne dispose que d'une activité de rythmologie interventionnelle.

⁴⁸ Conférence de consensus - 23 novembre 2006 - Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie -- Texte des recommandations – Haute autorité de santé
Guidelines -for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation- European Society of cardiology - 2017

Le tableau ci-dessous retrace les séjours de cardiologie interventionnelle dont les angioplasties coronaires dont les séjours identifiés avec un passage par les urgences.

	2015		2019		2020		2021	
	Ambulatoire	HC	Ambulatoire	HC	Ambulatoire	HC	Ambulatoire	HC
Activité de type 1								
Mode d'hospitalisation	71	3 015	128	3 810	266	3 432	536	4 039
Avec passage par les urgences	2	650	1	741	5	720	9	856
Part PU sur activité type 1	20,53%		18,84%		19,61%		18,91%	
Activité de type 3								
Mode d'hospitalisation	107	7 817	188	10 207	323	9 558	1 030	9 846
Avec passage par les urgences	22	2 011	25	2 525	36	2 508	57	2 551
Part PU sur activité type 3	25,66%		24,53%		25,75%		23,98%	

HC = hospitalisation complète

Des taux de recours qui continuent de progresser sur l'ensemble de la région

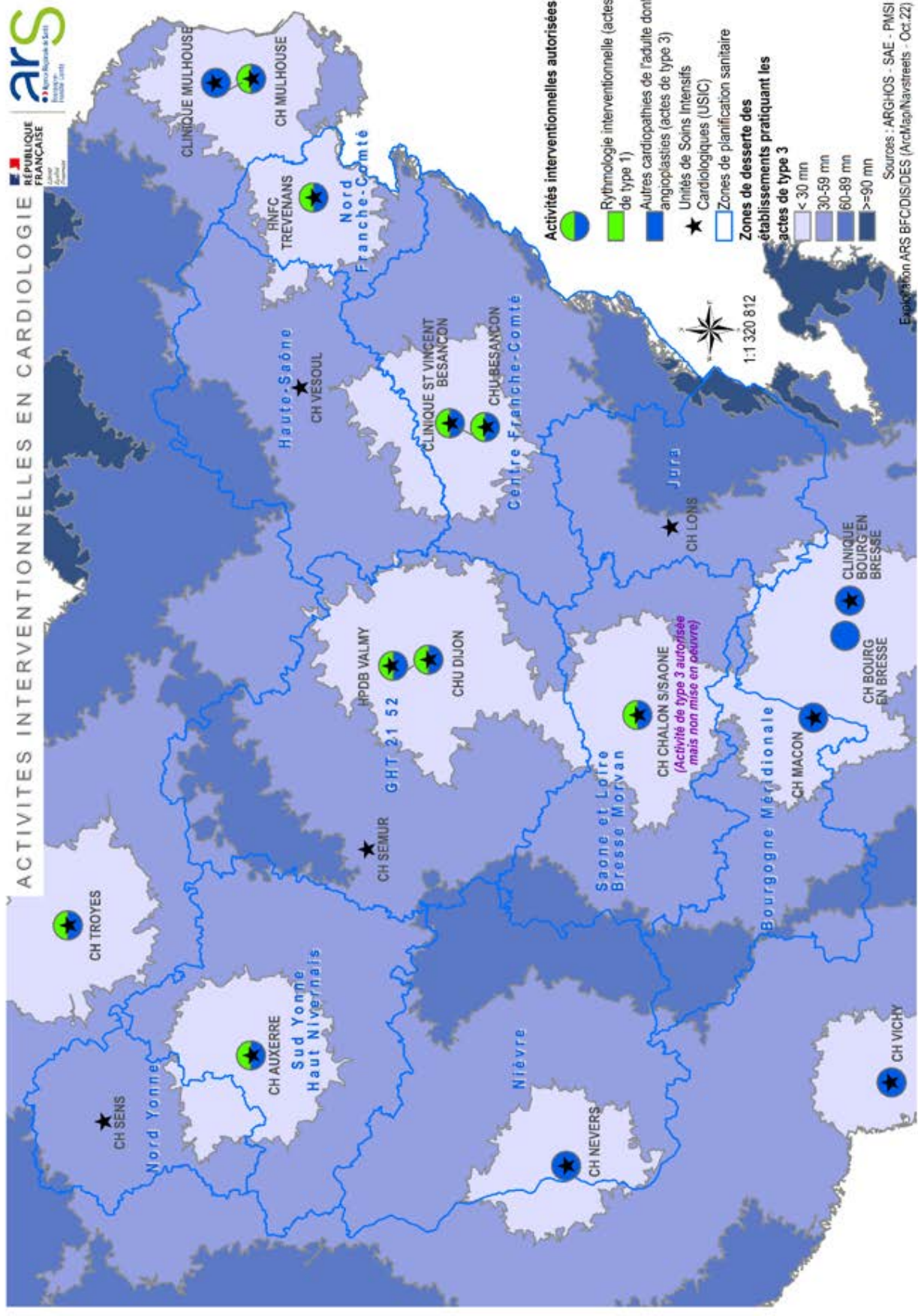
Le taux de recours régional à la cardiologie interventionnelle suit la tendance de la France avec le maintien d'une progression constante depuis 2011 et une légère baisse en 2020 lors de l'épisode principal de la crise sanitaire.

Contrairement à la chirurgie, le taux de recours régional augmente de nouveau en 2021 dépassant celui de 2019 dans l'ensemble des zones sanitaires de la région ; 5 zones présentent un taux de recours supérieur à celui de la France entière avec des disparités entre zones sanitaires.

Tableau : taux de recours standardisés pour 1 000 habitants⁴⁹ – Période 2013 à 2021 par zone sanitaire

Zonage Sanitaire	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.				
	2013	2015	2019	2020	2021
Bourgogne Méridionale	3,32	3,58	4,38	4,98	5,67
Centre Franche-Comte	3,13	3,44	5,25	5,18	6,01
Côte-d'Or	3,77	4,16	5,03	4,45	5,22
Haute-Saone	3,03	3,77	4,92	4,58	5,65
Jura	3,08	3,77	5,17	4,59	5,51
Nievre	3,61	4,36	5,36	4,88	5,71
Nord Franche-Comte	3,75	4,56	6,27	5,98	6,48
Nord Yonne	3,6	3,81	4,43	3,8	5,22
Saone-et-Loire Bresse Morvan	3,6	3,76	4,85	4,55	5,09
Sud Yonne Haut-Nivernais	3,29	3,85	5,22	4,26	4,75
Bourgogne-Franche-Comté	3,47	3,94	5,14	4,8	5,55
France entière	3,73	4,12	5,02	4,73	5,18

⁴⁹ Source : Scan Santé – Taux de recours - Evolution des taux de recours par zone de planification sanitaire : taux standardisés (sexe et âge) pour 1000 habitants - Indicateur IPA : cardiologie interventionnelle. mesurent le recours aux soins de la population d'une zone déterminée (quel que soit le lieu de réalisation des soins) rapportée à la population domiciliée dans cette zone.



Quelques pistes possibles d'explication sur cette progression du recours aux soins :

- le vieillissement de la population ;
- une meilleure prise en charge dans le cadre de filière de soins et une évolution des techniques de dépistage ;
- une augmentation des pathologies neuro-cardiovasculaires sur l'ensemble de la population liée à certaines comorbidités ;
- les effets directs ou indirects du SARS-CoV 2 sur certaines pathologies cardio-vasculaires en 2021 ;
- le développement de la rythmologie interventionnelle et de nouvelles techniques.

Un taux de fuite extra-régionale toujours important (19,90%)

En 2021, les établissements de la région ont pris en charge 86% des séjours de cardiologie interventionnelle consommés par des patients du territoire régional contre 88,5% en 2015.

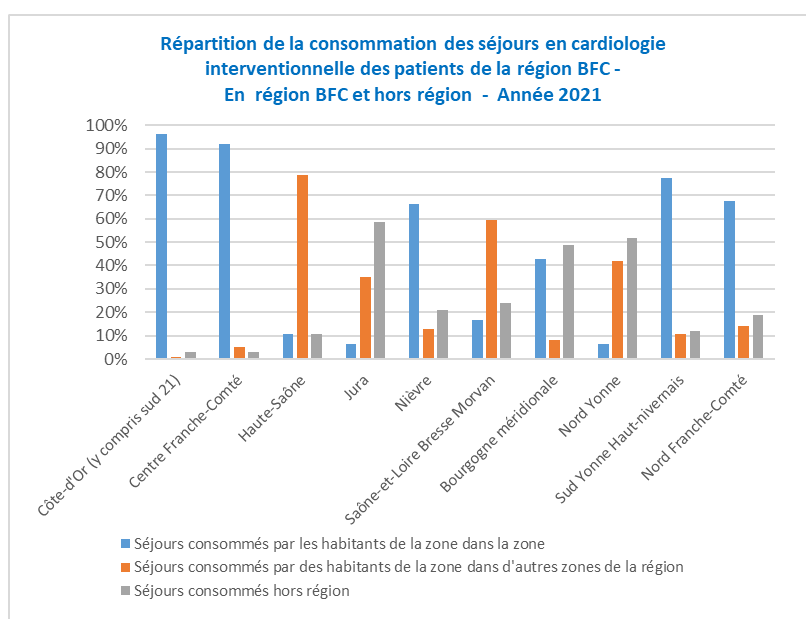
Pour les trois zones qui ne disposent pas d'un plateau technique de cardiologie interventionnelle :

- 32% des séjours réalisés pour des patients du Jura ont été pris en charge par les établissements du centre Franche-Comté (CFC) ; 59% ont eu recours aux soins dans la région voisine ;
- pour les patients de la Haute-Saône, 64,5% des séjours ont été réalisés sur les établissements du CFC et 12% en nord Franche-Comté ;
- 40% des séjours réalisés pour des patients du nord Yonne ont été pris en charge par le CH d'Auxerre et près de 52% dans un établissement d'Ile-de-France.

Sur les autres zones :

Les établissements de la Côte-d'Or sont les établissements de recours pour 42% des séjours des patients de Saône-et-Loire Bresse Morvan (SLBM).

34% des patients des deux zones Bourgogne méridionale et SLBM restent pris en charge en région Auvergne Rhône Alpes malgré la disponibilité d'une offre en cardiologie interventionnelle et un nombre de séjours consommés par des patients qui y sont domiciliés le plus élevé de la région.



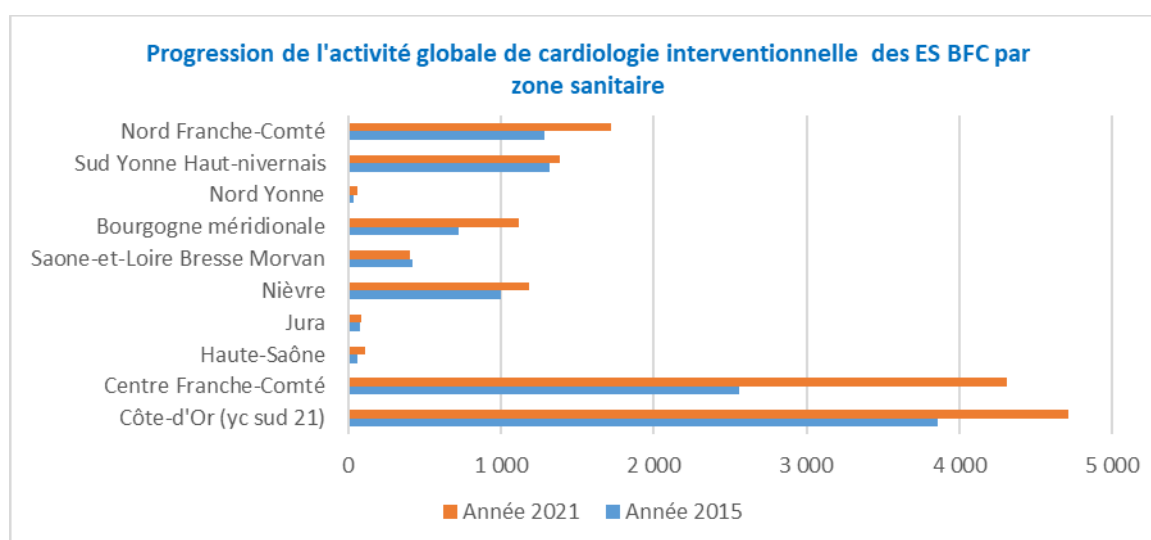
Le taux d'attractivité⁵⁰ de patients hors région reste faible : 7,10% (contre 6,30% en 2015) représentant 1 063 séjours principalement réalisés dans les établissements du centre Franche-Comté et de la Côte-d'Or.

Activité des établissements de santé en Bourgogne Franche- Comté⁵¹

Un premier constat : l'ensemble des structures autorisées remplit les conditions de seuils d'activité que ce soit dans le traitement des cardiopathies de l'adulte que sur le domaine de la rythmologie.

- Volume global de séjours produits en 2015 (types 1 et 3) : 11 100 correspondant à 11 942 actes
- Volume global de séjours produits en 2021 (types 1 et 3) : 15 451 correspondant à 16 940 actes.

Les séjours pour les autres cardiopathies de l'adulte – type 3 - (majoritairement angioplasties coronaires) représentent 71% de l'activité globale en 2015 et 70% en 2021. La progression des séjours est due à une augmentation de la part de la rythmologie interventionnelle dans l'activité globale.



Sur la région, 98% des séjours étaient pris en charge en hospitalisation complète en 2015 ; en 2021 ce sont 90 % des séjours. La progression des actes réalisés en mode ambulatoire est nette en 2021 pour les deux disciplines : rythmologie et cardiologie interventionnelle.

Tableau : Séjours selon les modes d'hospitalisation Hospitalisation complète/ambulatoire par type d'activité

	2015		2019		2020		2021	
	Ambulatoire	HC	Ambulatoire	HC	Ambulatoire	HC	Ambulatoire	HC
Activité de type 1								
Mode d'hospitalisation	71	3 105	128	3 810	266	3 432	536	4 039
Part sur activité type 1	2,24%	97,76%	3,25%	96,75%	7,19%	92,81%	11,72%	88,28%
Activité de type 3								
Mode d'hospitalisation	107	7 817	188	10 207	323	9 558	1 030	9 846
Part sur activité type 3	1,35%	98,65%	1,81%	98,19%	3,27%	96,73%	9,47%	90,53%

HC = hospitalisation complète

⁵⁰ Séjours consommés par les patients d'autres régions rapportés aux séjours produits par les établissements de la région

⁵¹ Source : Diamant-PMSI

Les séjours en USIC⁵² recouvrent des situations diverses et accueillent d'autres patients que ceux ayant bénéficié d'un acte de cardiologie interventionnelle.

Le taux régional d'occupation atteint 78% en 2021, soit 3 points de moins qu'en 2015. Deux USIC se situent encore en dessous de 70% de taux d'occupation : celles de Chalon et de Mâcon. Celle du CHU de Dijon reste au-dessus de 90% d'occupation.

Tableau : Passages en soins intensifs au cours d'un séjour de cardiologie interventionnelle :

Activité de type 3 (autres cardiopathies de l'adulte)

	2015	2019	2020	2021
Part des séjours avec SI sur total des séjours	48%	46%	47%	43%
DMS des séjours avec SI	6,37	5,89	5,45	5,30

Activité de type 1 (rythmologie)

	2015	2019	2020	2021
Part des séjours avec SI sur total des séjours	54%	38%	38%	34%
DMS des séjours avec SI	8,44	7,19	7,22	7,50

On note une nette diminution de la proportion de séjours de cardiologie interventionnelle avec passage en soins intensifs et des durées de séjour en soins intensifs également en baisse.

Le taux de mortalité intra-hospitalière des patients pour syndrome coronarien aigu avait été retenu comme indicateur de suivi. Le tableau ci-dessous retrace les décès survenus sur l'ensemble de l'activité de cardiologie interventionnelle par typologie d'activité (type 1 et type 3) :

	2015		Total	2019		Total	2020		Total	2021		Total
	Ambulatoire	HC	2015	Ambulatoire	HC	2019	Ambulatoire	HC	2020	Ambulatoire	HC	2021
Activité de type 1												
Décès selon mode hospitalisation	2	18	20	22		22	37		37	2	32	34
Part décès sur activité type 1	0,06%	0,57%	0,63%	0,0%	0,6%	0,56%	0,0%	1,0%	1,00%	0,0%	0,7%	0,74%
Part décès sur activité par mode hospitalisation	2,82%	0,58%		0,00%	0,58%		0,00%	1,08%		0,37%	0,79%	
Activité de type 3												
Décès selon mode hospitalisation	29	195	224	23	219	242	30	216	246	46	208	254
Part décès sur activité type 3	0,37%	2,46%	2,83%	12,2%	2,1%	2,33%	9,3%	2,3%	2,49%	4,5%	2,1%	2,34%
Part décès sur activité par mode hospitalisation	27,10%	2,49%		12,23%	2,15%		9,29%	2,26%		4,47%	2,11%	

On constate que le nombre de décès sur l'activité de type 3 est stable mais rapporté au volume de l'activité qui augmente, il est en baisse. Il conviendrait de s'attacher à voir comment on peut influencer positivement sur ce taux de décès⁵³ : s'agit-il de l'absence de repérage précoce de la pathologie cardiaque et/ou des antécédents du patient, d'un retard dans la prise en charge hospitalière, du statut clinique du patient à son arrivée et/ou après intervention, ... ?⁵⁴

⁵² Source : SAE 2021 - données issues du PMSI.

⁵³ Voir aussi Comparaison de la prise en charge thérapeutique du syndrome coronarien aigu en 2006 et 2016 en France et analyse de son impact sur la létalité à 1 an – Bulletin épidémiologique hebdomadaire – 14 – 28 juin 2022 p.247

⁵⁴ Cf. Données dans le rapport annuel 2021 de France PCI (registre national des coronarographies et angioplasties coronaires) sur le site : <https://www.francepci.com/>

Focus sur les actes de cardiologie bénéficiant d'un encadrement au titre de l'article L.1151-1 du CSP

Compte tenu de leur niveau de technicité et des risques opératoires pour les patients, ces actes sont soumis à des règles spécifiques fixées par arrêté du ministère de la santé après avis de la Haute autorité de santé qui réévalue, à périodicité régulière, les critères définis.

Pour le domaine de la cardiologie, 4 actes/techniques sont concernés :

- La pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale (TAVI) ;
- Le rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne
- Le fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée
- L'implantation intraventriculaire droit d'un stimulateur cardiaque définitif simple chambre, par voie veineuse transcathéter, sans pose de sonde

Ces actes requièrent, pour être réalisés, des conditions de détention d'autorisation multiples, d'environnement technique, de qualification et d'expérience qui, aujourd'hui, ne sont en place qu'au niveau des deux CHU. Dans ces conditions, il est nécessaire que les cardiologues qui souhaitent se former ou qui souhaitent maintenir leur niveau de compétence et d'expérience puissent accéder à la réalisation de ces actes.

Ainsi, il convient de développer les partenariats entre établissements public/public et public/privé afin de préserver la ressource disponible et attirer d'autres cardiologues.

Démographie des médecins cardiologues⁵⁵

SPECIALITE
Cardiologie et maladies cardio-vasculaires

Zones	2017			2021			Evolution 2017-2021	
	Salariés exclusifs	Libéraux ou mixtes	Total	Salariés exclusifs	Libéraux ou mixtes	Total		
France métropolitaine	2007	4656	6663	2052	4826	6878	3%	215
Région BFC	82	145	227	84	173	257	13%	30
21	27	35	62	27	41	68	10%	6
25	11	35	46	12	35	47	2%	1
39	8	7	15	6	13	19	27%	4
58	3	14	17	2	14	16	-6%	-1
70	3	6	9	6	6	12	33%	3
71	19	27	46	22	37	59	28%	13
89	10	19	29	13	21	34	17%	5
90	4	7	11	2	14	16	45%	5

⁵⁵ À partir de l'édition 2017 du STATISS, la méthode de calcul a été modifiée : les professionnels dénombrés par département et région sont ceux ayant au moins une activité sur ces territoires. Si un professionnel a deux activités sur un même territoire, il n'est compté qu'une seule fois, par contre, s'il a deux activités sur deux territoires différents, il est compté une fois dans chaque. De ce fait, il est possible que la somme des départements d'une région ne soit pas égale à la valeur régionale. Par ailleurs, les remplaçants ne sont pas comptabilisés dans les données présentées. Attention : les données présentées ne sont pas comparables à celles des éditions du STATISS antérieures à 2017.

L'évolution de la profession n'est défavorable que sur le département de la Nièvre. On note toutefois que la progression des cardiologues mixtes ou libéraux est nettement plus importante que celle des praticiens salariés. Le département de la Saône-et-Loire est également mieux doté que le département du Doubs (Cf. Livret 2 Attractivité)

Les axes de travail

- Mise en conformité des autorisations en cours avec les nouvelles conditions d'implantation et techniques de fonctionnement, en particulier maintien ou renouvellement des autorisations sur la base des nouveaux seuils d'activité.
- Mise en œuvre de la PDES avec son impact, dès le premier niveau de la rythmologie, auparavant non exigée pour la rythmologie, et avec une gradation dans la qualification des médecins d'astreinte. La permanence des soins attachée à l'activité de cardiologie interventionnelle (astreinte) et aux USIC (garde) exigera demain un nombre important de professionnels mobilisables 24h/24 tous les jours de l'année.
- Maintien et ajustement des objectifs actuels du schéma.

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Objectif général n°1 : promouvoir et améliorer l'accès du patient aux actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire (cf. fiche parcours maladies cardio—neurovasculaires, livret Parcours)

Objectif général n°2 : sécuriser l'accès à l'angioplastie (désobstruction coronaire) pour chaque personne atteinte d'un syndrome coronarien aigu (SCA ST+)

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Diminuer le délai de prise en charge pré-hospitalière et faciliter l'accès direct au plateau technique de cardiologie interventionnelle dans le respect des recommandations h24 7j/7j ;
- ☞ 2 - Etudier la réponse à apporter pour les patients situés au-delà du temps d'accès de 90mn, via la coopération transfrontalière (Suisse) ;

Exemples d'actions :

- ⊙ Identifier les plateaux d'angioplastie coronaire comme plateaux techniques spécialisés avec convention d'organisation avec la médecine d'urgence (centre 15, SU, SMUR)
- ⊙ Assurer la formation des équipes d'amont (SMUR, SU)

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Réduction du temps écoulé depuis le début de la symptomatologie jusqu'à la reperméabilisation coronarienne
- ☞ Formation adaptée des équipes soignantes
- ☞ Accessibilité territoriale aux soins en journée et en nuit

Objectif général n°3 : garantir à chaque patient l'accès à une prise en charge de qualité et sécurisée en cardiologie interventionnelle

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Adapter les implantations à l'évolution des besoins et au nouveau cadre règlementaire :

Exemples d'actions :

- ⊙ Redéfinir les niveaux de prise en charge : proximité, recours, régional de recours, interrégional, sur la base des nouvelles modalités d'organisation de la cardiologie interventionnelle
 1. Niveau de proximité effectuant les actes de cardiologie interventionnelle relevant du champ de l'autorisation ;
 2. Niveau régional de recours pour la chirurgie cardiaque et pour les actes soumis à réglementation spécifique (article L.1151-1 du code de la santé publique : poses de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale ; fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée...);
 3. Niveau interrégional pour la cardiologie interventionnelle pédiatrique.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Homogénéité de la couverture régionale et lisibilité de l'offre
- ☞ Diminution des fuites de patients en intra-régional et en inter-régional

- ☞ 2 - S'assurer du respect des conditions d'implantation et techniques de fonctionnement des centres de cardiologie interventionnelle :

Exemples d'actions :

- ⊙ Vérifier l'atteinte des seuils d'activité et de formation des équipes
- ⊙ Vérifier que seuls les établissements autorisés réalisent des actes de cardiologie interventionnelle.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Qualité et sécurité des prises en charge

- ☞ 3 - Développer l'évaluation des pratiques et interroger la pertinence des actes en cardiologie interventionnelle

Exemples d'actions :

- ⦿ Inciter les établissements à participer à la démarche mise en place par France PCI (registre national français de coronarographies et d'angioplasties coronaires) d'évaluation des pratiques et d'amélioration de la qualité des soins.
- ⦿ Inciter les équipes à la démarche d'accréditation individuelle et collective

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Nombre d'établissements autorisés ayant intégré ces programmes
- ☞ Réduction du nombre d'évènements indésirables associés aux soins

Objectif général n°4 : consolider les filières de cardiologie incluant la cardiologie interventionnelle sur l'ensemble du territoire régional

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Poursuivre l'organisation et le suivi de la coopération médicale entre les établissements de santé autorisés (fédération médicale inter-hospitalière, groupement de coopération sanitaire...);
- ☞ 2 - Adapter le nombre de cardiologues au développement des besoins ainsi qu'à la continuité et permanence des soins ;
- ☞ 3 - Faciliter l'accès du patient à la réadaptation cardiaque et développer et évaluer la télésurveillance des patients à domicile ;

Exemples d'actions :

- ⦿ Favoriser la coopération entre établissements de santé permettant aux cardiologues exerçant en établissements non autorisés de se former et de réaliser des actes de sur-spécialité au sein des établissements autorisés
- ⦿ Augmenter les postes d'internes et d'assistants
- ⦿ Organiser les ressources inter GHT pour assurer la continuité des soins et la PDSSES
- ⦿ Expérimenter les protocoles de coopération cardiologue/IDE- médecin traitant pour le télésuivi des patients

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Diminution des fuites de patients en intra-régional et en extra-régional
- ☞ Optimisation et valorisation des ressources médicales formées
- ☞ Gain en qualité de vie pour le patient

Evolutions (créations, transformations, coopérations)

Les conditions de seuil et de formation des équipes constituent un critère de maintien et de développement des implantations autorisées.

Rythmologie interventionnelle

Mention A (actes diagnostiques et thérapeutiques qui entrent désormais dans le périmètre de l'activité) : les indicateurs épidémiologiques (taux d'hospitalisation et de mortalité liés à des pathologies cardiaques – insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, cardiopathie ischémique) croisés à l'activité des établissements non encore autorisés et aux fuites de patients constituent les critères discriminants pour l'ajout d'une implantation sur des zones non couvertes, dans le cadre d'une filière de soins, en partenariat avec un site de mention C et D ;

Mention B : à étudier en lien avec les mentions A et C.

Mention C : il convient de mettre en regard les nouvelles exigences réglementaires : contractualisation avec une UNV, une unité de réanimation et obligation de détenir une autorisation pour la chirurgie dans la pratique thérapeutique spécifique de chirurgie thoracique et cardiovasculaire. Dès lors qu'un établissement ne pourra pas remplir ces conditions, il ne pourra être autorisé que pour la mention B.

Mention D : seuls les deux CHU regroupent l'ensemble des conditions nécessaires à l'exercice de cette mention. Son volume est peu important en région.

Cardiopathies congénitales hors rythmologie

Mention A et Mention B : le volume d'actes est peu élevé et ces actes relèvent majoritairement de la mention A – sont constatées des fuites de patients de Saône-et-Loire et du nord Franche-Comté.

Il n'est pas envisagé de nouvelle implantation en dehors de celles des deux CHU.

Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte

Il convient également d'étudier la possibilité d'une implantation nouvelle pour la Haute-Saône et pour le Jura compte tenu du niveau de prise en charge en extra-régional élevé tant sur des actes diagnostiques que des actes thérapeutiques. Se pose cependant la question des ressources médicales et paramédicales et des investissements nécessaires pour assurer le fonctionnement de ces deux plateaux techniques. Il n'est pas prévu par la réglementation d'autoriser un établissement uniquement pour les actes diagnostiques.

Les coopérations entre les structures autorisées, les services de médecine cardiologique, les structures d'urgence et les professionnels de santé de ville doivent être structurées et/ou consolidées.

La coopération transfrontalière avec la Suisse peut être considérée comme une option de réponse à la population jurassienne et du Haut-Doubs situé à plus de 90 mn d'un centre d'angioplastie et travaillée en ce sens.

La consolidation de la structuration de la cardiologie sur le sillon central bourguignon doit être poursuivie.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

3) ARTICULATION

- Les établissements de santé
- Les cardiologues libéraux et des établissements publics
- Les acteurs de la prévention cardio-vasculaire
- Les personnes atteintes d'une maladie cardio-vasculaire avec prise en charge en cardiologie interventionnelle
- Les réseaux des urgences.

4) TRANSVERSALITE

- Livret Prévention
- Livret Parcours, Parcours maladies cardio-neuro vasculaires
- Livret Offre de santé, PDES
- Ce livret, fiches Médecine et: Médecine d'urgence

OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE

Réglementation en vigueur avant le 01/06/2023

Modalité	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Nombre d'implantations autorisées									
Activité de type 1	2	0	1	2	0	0	1	0	2
Activité de type 2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Activité de type 3	2	0	1	2	0	1	0	1	2

Activité de type 1 : Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme

Activité de type 2 : Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence

Activité de type 3 : Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023

Modalité/Mention	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Rythmologie interventionnelle	Mention A	1	1	0	0	1	0	0	1
	Mention B	0	0	0	1	0	0	0	0
	Mention C	1	0	1	0	0	0	1	1
	Mention D	1	0	0	1	0	0	0	0
Cardiopathies congénitales hors rythmologie	Mention A	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mention B	1*	0	0	1*	0	0	0	0
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	2	0	1	2	0	1	1	1	1

* dans le cadre d'une coopération inter-CHU pour respecter la condition de seuil d'activité

La modalité "rythmologie interventionnelle" comprend les mentions suivantes :

Mention A, comprenant, chez l'adulte, les actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde;

Mention B, comprenant, chez l'adulte, en sus des actes autorisés en mention A, les actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisisites

Mention C, comprenant, en sus des actes autorisés en mention B, les actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe

Mention D, comprenant, en sus des actes autorisés en type C, les actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe

La modalité "cardiopathies congénitales hors rythmologie" comprend les mentions suivantes :

Mention A, comprenant les actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales

Mention B, comprenant, en sus des actes autorisés en mention A, tout geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire

Les titulaires d'une autorisation d'activité délivrée avant cette date doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation d'activité

7.1.9. NEUROCHIRURGIE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

- La neurochirurgie est règlementée par le Code de la santé publique : dans la section 8 neurochirurgie par les articles R.6123-96 à R.6123-103⁵⁶, s'agissant des conditions d'implantation.
- Dans la sous-section 10 par les articles D.6124-135 à D.6124-146⁵⁷, s'agissant des conditions techniques de fonctionnement.
- Ils sont complétés par l'arrêté du 19 mars 2007 qui fixe un seuil minimal de 100 interventions portant sur la sphère crânio-encéphalique pour la neurochirurgie adulte. Cet arrêté n'a pas été modifié. Cependant, il pourra prochainement être modifié ou complété par un nouvel arrêté établissant un seuil minimal pour la neurochirurgie pédiatrique. La liste des actes relevant de l'activité autorisée est strictement définie et limitative.

Définition et périmètre

Elle se définit comme « la prise en charge des patients présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discale, méninges) et leurs vaisseaux et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radiochirurgical en conditions stéréotaxiques ».

L'activité de neurochirurgie autorisée couvre un spectre très large de pathologies qui peuvent nécessiter une intervention chirurgicale, radiochirurgicale ou de stimulation cérébrale profonde. Les principales concernent les traumatismes crâniens, les tumeurs du système nerveux central, certaines les maladies neurologiques réfractaires aux traitements médicamenteux (épilepsie, parkinson, Huntington, sclérose en plaques, douleurs...).

Cadre juridique

La réforme de l'activité des soins n'a qu'un impact superficiel sur l'activité de neurochirurgie pour laquelle on observe qu'un léger toilettage, à la différence d'autres activités de soins.

La neurochirurgie se décline en 3 pratiques :

- Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale, vise à ajuster les fonctions des réseaux neuronaux impliqués dans le mouvement, la spasticité, la douleur, le comportement. Par modulation de certains groupes de neurones, le chirurgien peut augmenter ou diminuer leur activité à des fins thérapeutiques (pour exemples, ultrasons focalisés guidés par IRM, stimulations cérébrales profondes...).
- Neurochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques; consiste à utiliser des coordonnées précises de l'espace tridimensionnel pour guider des gestes thérapeutiques ou diagnostiques neurochirurgicaux.
- Neurochirurgie pédiatrique, mineur en dessous de 18 ans.

⁵⁶ Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie

⁵⁷ Décret n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie

La demande d'autorisation ou de renouvellement devra préciser le choix des pratiques retenues. La réponse après instruction devra réaffirmer la ou les pratique(s).

Par dérogation, le législateur donne la possibilité de pratiquer certains actes de neurochirurgie au titulaire de l'autorisation de l'activité de soins de chirurgie au travers de la pratique thérapeutique 8 (Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière). Cette chirurgie est définie dans la fiche Chirurgie avec ses conditions d'implantation et conditions de fonctionnement.

Les exigences en termes d'environnement restent identiques à celles fixées antérieurement. Le titulaire de l'autorisation doit permettre l'accès à :

- Une unité d'hospitalisation à temps complet et deux salles d'intervention protégées, dont une réservée, équipée et accessible en permanence. Une troisième selon les actes réalisés.
- Une unité de réanimation autorisée encadré par un protocole
- Un plateau technique d'imagerie permettant la pratique d'examens de neuroradiologie
- Des activités interventionnelles en neuroradiologie
- Une unité de neurologie comprenant une activité neurovasculaire
- Des examens de bactériologie, hématologie, biochimie, hémostase, gaz du sang et d'anatomopathologie en extemporané
- Des examens d'imagerie par résonance magnétique et de tomodensitométrie
- Des produits sanguins labiles
- Pour les interventions de radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques, un appareil de radiochirurgie dédié

Les unités d'hospitalisation complète, de jour et de consultation de neurochirurgie doivent permettre l'accessibilité et la prise en charge des patients lourdement handicapés à mobilité réduite.

L'activité nécessite également des qualifications et compétences médicales et paramédicales spécifiques :

- Au moins deux médecins qualifiés spécialistes en neurochirurgie ;
- Des anesthésistes-réanimateurs sur la base d'un protocole ;
- Des médecins qualifiés spécialistes d'autres disciplines pour les activités de soins non opératoires pour assurer la prise en charge des patients ;
- Du personnel infirmier et aide-soignant ;
- Des masseurs-kinésithérapeutes

Dans le cas des interventions en radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques, la présence d'un neurochirurgien, d'un neuroradiologue, d'un radiothérapeute et d'un radiophysicien est exigée.

La permanence des soins doit être assurée H24 7j/7J mais elle peut être mutualisée entre plusieurs sites autorisés en neurochirurgie dans le cadre d'une convention entre établissements de santé. Ladite convention doit préciser les modalités d'organisation entre les sites, de participation des personnels et les modalités d'orientation et de prise en charge des patients.

La permanence, ainsi que la continuité des soins, doivent être assurées sur chaque site par un neurochirurgien et un anesthésiste-réanimateur, soit sur place, soit en astreinte opérationnelle dont le délai d'arrivée doit être compatible avec les impératifs de sécurité.

Enfin, tout établissement doit disposer d'un système d'information et des moyens de communication permettant la pratique de la télémedecine.

Comme pour la chirurgie, des exigences en matière d'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques ont été ajoutées : analyse des données issues des pratiques professionnelles, obligation de renseigner les registres professionnels lorsqu'ils sont opérationnels.

Focus sur la neurochirurgie pédiatrique

Partant de l'environnement susmentionné pour la neurochirurgie adultes, celui pour la neurochirurgie pédiatrique est adapté au nouveau-né et à l'enfant :

- L'unité d'hospitalisation à temps complet est dédiée à cette activité, dans un environnement pédiatrique ou à proximité d'une unité de neurochirurgie adultes.
La présence continue du ou des représentants auprès des enfants hospitalisés est assurée dans cette unité.
En cas d'urgence : l'activité de soins de neurochirurgie pédiatrique peut être pratiquée dans une unité de soins de neurochirurgie adultes en abstraction des conditions particulières liées à la pédiatrie. Un espace doit alors être réservé aux enfants au sein de cette unité.
- La réanimation pédiatrique neurochirurgicale est exercée dans un secteur individualisé au sein d'une unité de réanimation pédiatrique.
- Le bloc interventionnel protégé et la salle de surveillance sont adaptés aux patients et l'anesthésie est réalisée par un personnel médical et paramédical expérimenté en pédiatrie

Le personnel en neurochirurgie pédiatrique est le même que celui prévu pour la neurochirurgie adultes, complété par un médecin qualifié spécialiste en pédiatrie. De même, le personnel médical justifie d'une formation et d'une expérience attestées en neurochirurgie pédiatrique. Le personnel paramédical est qualifié à la prise en charge pédiatrique et compte une puéricultrice.

Focus sur la neurochirurgie dans le traitement du cancer

En principe, le titulaire d'une autorisation d'activité de soins en neurochirurgie ne peut traiter neurochirurgicalement des lésions cancéreuses que s'il dispose également de l'autorisation d'exercer l'activité de soins « traitement du cancer ».

Par exception, cette autorisation supplémentaire n'est pas requise lorsqu'un neurochirurgien, exerçant sous l'autorisation d'activité de soins de neurochirurgie au travers de la pratique radiochirurgie intra et extracrânienne en conditions stéréotaxiques, se limite aux interventions relevant de la modalité « radiothérapie externe, curiethérapie ».

Il demeure cependant soumis aux dispositions selon lesquelles il doit disposer d'un plateau technique comprenant deux accélérateurs de particules dont au moins un est émetteur de rayonnements d'énergie égale ou supérieure à 15 MeV, d'une unité de radiothérapie et d'un plateau technique d'imagerie permettant d'assurer la préparation et les contrôles du traitement de radiothérapie.

Pour la pratique de radiothérapie intracrânienne sous conditions stéréotaxiques pour les tumeurs primitives cérébrales, une protocolisation doit être établie avec des neurochirurgiens pratiquant la radiochirurgie intracrânienne sous conditions stéréotaxiques.

Par ailleurs, les conditions techniques de fonctionnement propres au traitement du cancer (articles D. 6124-131 à D. 6124-134-11) sont opposables, à l'exception :

- De la présence d'un médecin exerçant la radiothérapie ou la curiethérapie à la réunion de concertation pluridisciplinaire relative au dossier d'un patient susceptible de recevoir un traitement de radiothérapie externe ou de curiethérapie
- De l'organisation de la continuité du traitement par une astreinte opérationnelle lorsque la curiethérapie est pratiquée en continue sur plus de douze heures

Enfin, le titulaire doit permettre l'adaptation :

- De la validation finale de la délimitation des volumes cibles et des organes à risque par un neurochirurgien après avis d'un radiothérapeute
- De la validation de la préparation de chaque traitement par un neurochirurgien et un physicien médical après avis d'un radiothérapeute
- La réalisation du traitement de chaque patient par deux manipulateurs d'électroradiologie médicale ou par un seul avec un infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat

Rappelons que la neurochirurgie et la neuroradiologie interventionnelle sont étroitement liées : cette dernière traite les pathologies de la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne par des méthodes non invasives par voie endovasculaire ou percutanée, la première relève du domaine d'une chirurgie de haute technicité. Les équipes des deux spécialités hautement qualifiées sont conduites à travailler en étroite collaboration avec des anesthésistes réanimateurs et un personnel paramédical spécifiquement formés ; en aval, avec les filières de la réadaptation.

La neurochirurgie est également à l'interface d'autres spécialités : l'oncologie, la rhumatologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie...

Bilan de l'existant

Au 1er janvier 2023, l'offre en Bourgogne-Franche Comté et dans les régions limitrophes se répartit de la manière suivante :

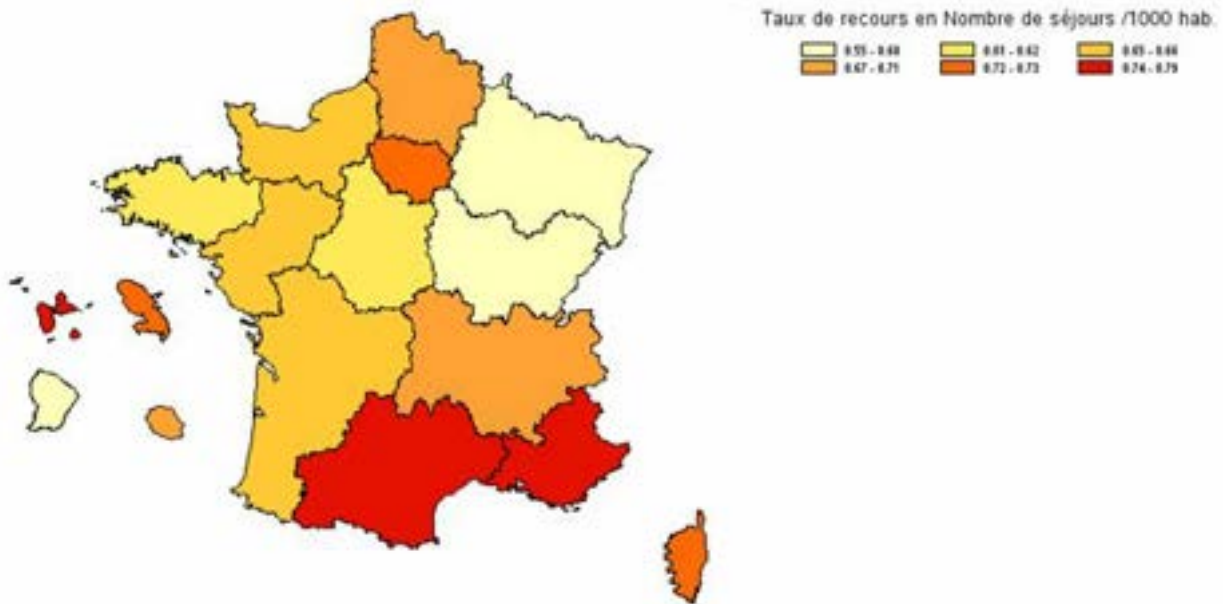
Etablissements/modalité	Neurochirurgie pédiatrique	Neurochirurgie adulte		
		Fonctionnelle cérébrale	En conditions stéréotaxiques	Sans précision
BFC				
CHU de Besançon	X			X
CHU de Dijon		X		
Grand Est				
Hopitaux univ de Strasbourg	X	X		
Hospices civils de Colmar		X		
CHRU de Nancy	X	X	X	
CHU de Reims		X		
Auvergne Rhône Alpes				
Hospices civils de Lyon	X		X (non meo)	X
Médipôle Hôpital privé				X
CH Annecy genevois				X
CHU de Grenoble	X			X
CHU de Clermont-Ferrand	X	X	X	
CHU de Saint-Etienne	X	X	X (non meo)	

Taux de recours⁵⁸

Le taux de recours reste relativement stable en moyenne nationale et régionale avec une baisse en 2020 liée certainement à la crise sanitaire. On voit que la région représente à peine 4% des séjours de neurochirurgie sur la France entière.

Zonage sanitaire	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Nombre de séjours				
	2015	2018	2019	2020	2021	2015	2018	2019	2020	2021
Bourgogne Méridionale	0,57	0,58	0,73	0,63	0,6	123	123	158	133	124
Centre Franche-Comte	0,65	0,69	0,63	0,52	0,58	323	314	290	242	269
GHT 21 52	0,58	0,62	0,66	0,59	0,6	312	335	353	319	327
Haute-Saone	0,58	0,58	0,62	0,58	0,55	101	128	137	130	120
Jura	0,62	0,58	0,59	0,53	0,55	113	110	110	101	102
Nievre	0,61	0,57	0,64	0,57	0,64	147	130	139	123	146
Nord Franche-Comte	0,66	0,55	0,59	0,47	0,59	225	187	199	157	197
Nord Yonne	0,58	0,58	0,52	0,59	0,59	90	91	81	91	92
Saone-et-Loire Bresse Morvan	0,61	0,59	0,59	0,5	0,53	237	227	233	195	213
Sud Yonne Haut-Nivernais	0,62	0,62	0,61	0,62	0,65	140	138	134	133	139
Région BFC	0,61	0,6	0,62	0,55	0,59	1813	1785	1838	1625	1732
France entière	0,67	0,69	0,69	0,63	0,68	43919	45 789	46 049	42 557	45 560

Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2021/pop. 2019 - Standardisé
Indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) - Neurochirurgie
Taux de recours national : 0,68



Si l'on prend en compte le groupe de planification (C02)⁵⁹ qui regroupe plus largement les chirurgies du système nerveux central avec ou sans affection cancéreuse et non cancéreuse, celles du rachis et de la moelle épinière (soit l'activité cumulée de neurochirurgie des deux CHU + activité de chirurgie adulte et pédiatrique des autres établissements de santé), le taux de recours est beaucoup plus important et a progressé même si le nombre de séjours en BFC représente moins de 5% des séjours au niveau national.

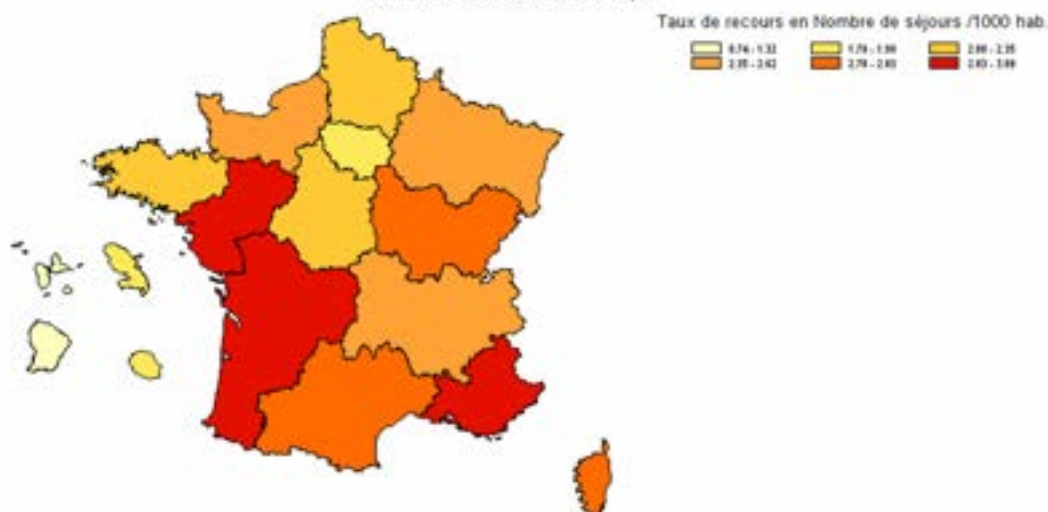
On notera le niveau des séjours sur la Saône et Loire qui se rapproche de celui du CHU de Besançon.

⁵⁸ Source Scansanté - Indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) - Neurochirurgie.

⁵⁹ Correspond à 10 racines de GHM : 01C03 Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans/01C04 - Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans/01C05 - Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques/01C11 - Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans/01C12 - Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans/08C27 - Autres interventions sur le rachis/08C51 - Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses/08C52 - Autres interventions majeures sur le rachis

Zonage sanitaire	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					Nombre de séjours				
	2015	2018	2019	2020	2021	2015	2018	2019	2020	2021
Bourgogne Méridionale	2,41	2,53	2,51	2,32	2,45	505	528	534	483	510
Centre Franche-Comte	2,89	2,83	2,88	2,41	2,68	1 419	1 409	1 444	1 111	1 241
Côte-d'Or (y compris sud 21)	2,62	2,58	2,51	2,28	2,8	1 390	1 381	1 350	1 226	1 508
Haute-Saone	3,08	3,03	2,7	2,81	3,16	540	535	480	616	686
Jura	2,78	2,93	2,81	2,45	2,69	511	544	525	453	496
Nievre	2,04	2,47	2,52	2,19	2,59	464	541	552	472	571
Nord Franche-Comte	2,53	2,71	2,79	2,18	2,87	857	916	940	732	958
Nord Yonne	2,95	3,14	2,64	2,62	2,98	443	476	400	398	450
Saone-et-Loire Bresse Morvan	2,74	2,76	2,64	2,39	2,95	1 057	1 054	1 021	914	1 129
Sud Yonne Haut-Nivernais	3,08	3	2,88	2,53	3,15	672	646	615	534	667
Région BFC	2,69	2,74	2,68	2,37	2,81	7867	8 037	7 869	6 947	8 220
France entière	2,3	2,47	2,48	2,21	2,47	151 529	164 778	165 477	147 915	166 007

Taux de recours MCO par Région (17) - séjours 2021/pop. 2019 - Standardisé
Groupes Planification (GP) - C02 - Chirurgie du rachis, Neuro-chirurgie
Taux de recours national : 2,47



Taux d'attractivité et taux de fuite 2021 ^{60 61}

Comme constaté à travers les SIOS précédents et toutes proportions gardées, le taux de fuite des patients de la région sur le périmètre de la neurochirurgie autorisée reste important, compte tenu du faible volume en séjours de l'activité. Les fuites sont présentes sur l'ensemble des zones même sur celles qui ont un plateau de neurochirurgie. En 2021, les principales fuites extra-régionales ont lieu vers les régions ARA, Ile-de-France et Grand Est (taux de fuite : 37,1%).

L'attractivité des deux CHU reste faible en extra-régional (taux d'attractivité : 8%). Elle s'élève à plus de 50 % en intra-régional.

Comme pour d'autres activités, le CHU de Dijon est le centre de recours des patients de l'ex-Bourgogne et le CHU de Besançon l'est pour les patients de l'ex-Franche-Comté.

⁶⁰ Séjours consommés dans d'autres régions rapportés aux séjours consommés par les patients de la région (hors patients d'autres régions ayant consommé un séjour dans la région).

⁶¹ Source Scansanté - Indicateurs de pilotage de l'activité (IPA) - Neurochirurgie.

Pour la neurochirurgie pédiatrique, en 2021, ce sont les régions Ile-de-France (hôpital Necker) et la région Grand Est (CHRU de Nancy) qui ont pris en charge respectivement 30% et 29% des enfants de 0 à 17 ans de la région, malgré l'offre existante au CHU de Besançon et malgré le faible nombre de séjours (136 au total pour des enfants de BFC).

Activité⁶²

Pour les patients de la région BFC, l'activité sur le périmètre de la neurochirurgie soumise à autorisation évolue peu entre 2018 et 2021. Comme pour d'autres activités, l'activité a connu une baisse en 2020, possiblement liée à la baisse des traumatismes graves du fait des confinements et de la crise covid.

Activité des deux CHU quelle que soit l'origine géographique des patients

Nombre de séjours	2018	2019	2020	2021
Adultes				
CHU Dijon	723	727	685	758
CHU Besançon	585	600	458	462
Enfants				
CHU Dijon	15	8	8	3
CHU Besançon	40	41	24	23

Région de prise en charge des patients de la région BFC

Nombre de séjours	2018	2019	2020	2021
Adultes				
Grand Est	66	58	53	65
ARA	240	277	210	237
BFC	1 094	1 116	1 029	1 071
IDF	158	176	154	158
Autres	69	56	51	76
Sous total adultes	1 627	1 683	1 497	1 607
Enfants				
Grand Est	48	51	40	40
ARA	37	42	29	25
BFC	40	36	26	25
IDF	34	29	32	41
Autres	4	2	2	5
Sous total enfants	163	160	129	136
TOTAL adultes+enfants	1 790	1 843	1 626	1 743

A noter que 130 actes de pose d'un cadre effractif pour irradiation intracrânienne en conditions stéréotaxiques ont été réalisés hors région sur les 132 réalisés pour des patients de BFC.

⁶² Source : PMSI - Périmètre de la neurochirurgie soumise à autorisation : <https://www.atih.sante.fr/indicateurs-de-pilotage-de-l-activite-ipa>

Démographie des médecins neurochirurgiens

La région a vu augmenter le nombre de ses neurochirurgiens. Toutefois, un nombre important de neurochirurgiens exercent sur des établissements de soins MCO sur la modalité chirurgie adulte PTS n°8. L'augmentation de la démographie médicale dans les deux CHU doit se poursuivre afin de maintenir et développer une activité de haute spécificité.

SPECIALITE - neurochirurgie

Zones	2017			2021			Evolution 2017-2021	
	Salariés exclusifs	Libéraux ou mixtes	Total	Salariés exclusifs	Libéraux ou mixtes	Total		
France métropolitaine	316	217	533	350	256	606	14%	73
Région BFC	11	12	23	14	14	28	22%	5
21	5	5	10	6	5	11	10%	1
25	4	4	8	5	4	9	13%	1
39	0	0	0	0	0	0	0%	0
58	0	0	0	0	0	0	0%	0
70	0	0	0	0	0	0	0%	0
71	2	3	5	2	4	6	20%	1
89	0	1	1	3	3	6	500%	5
90	0	1	1	0	2	2	100%	1

Les axes de développement

1. Liés à la pratique de la neurochirurgie :

- Maintenir et consolider des centres à haut niveau technique et d'expertises pour l'approche diagnostique et thérapeutique.
- Maintenir et développer la neurochirurgie fonctionnelle (douleur, tremblement, spasticité...)
- Accompagner la diffusion des plateaux techniques innovants et attractifs (microscope de dernière génération, assistance robotique, chirurgie endoscopique...)
- Accompagner les travaux de recherches (neurosciences) et l'innovation

2. Liés à l'activité de soins de chirurgie :

- Poursuivre et renforcer l'organisation des épisodes de soins chirurgicaux selon le triptyque : qualité-sécurité-pertinence (cf fiche Chirurgie)

Importance du volet recherche et innovation en lien avec les maladies neurologiques et neurodégénératives (cf fiche parcours handicap du livret Parcours et le livret Innovation)

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Objectif général n°1 : S'inscrire et maintenir un maillage territorial pour répondre aux urgences vitales de la neurochirurgie, ainsi que garantir la sécurisation des parcours de soins pour les patients et les professionnels.

Exemples d'actions :

- ⊙ Approche globale du parcours avec l'ensemble des acteurs intervenant dans ces PEC et formatlisation des différentes filières.
- ⊙ Encourager les coopérations et conventions entre les établissements de santé.

Objectif général n°2 : Développer des pratiques de la neurochirurgie fonctionnelle et en condition stéréotaxique.

Objectif général n°3 : Accompagner la mise en place de filières d'amont et d'aval.

Exemples d'actions :

- ⊙ En amont, mise en place de concertation pluridisciplinaire pour les cas complexes de la neurochirurgie.
- ⊙ En aval, poursuivre et renforcer la construction de la prise en charge précoce et secondaire de la rééducation (SMR) et longs séjours pour les situations de handicap (SLD) (cf fiches SMR et SLD).

Objectif général n°4 : Améliorer la réadaptions des patients neurochirurgicaux adultes et enfants en intégrant le projet de réadaptation du patient dès la phase aigüe en court séjour et en organisant leur transfert en services de soins de suite et de réadaptation (SMR) (Cf fiches SMR et SLD)

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Favoriser l'intervention de médecins rééducateurs ou d'une équipe mobile de réadaptation dans le service de neurochirurgie (pour permettre un diagnostic et une mise en œuvre précoce de réadaptation)
- ☞ 2 - Anticiper la mise en place d'unités mixtes de soins aigus et de réadaptation (type « service de réadaptation post réanimation »)
- ☞ 3 - Faciliter les transferts entre les services de neurochirurgie et les services de SSR en privilégiant l'utilisation de logiciels régionaux type (trajectoire ou IMAD) et en intégrant l'accueil de patients provenant de neurochirurgie dans les conventions bilatérales entre les établissements autorisés en neurochirurgie et les SSR spécialisés en affections du système nerveux
- ☞ 4 - Améliorer la prise en charge après la phase aigüe des patients neurochirurgicaux en état grave

Exemples d'actions :

- ⦿ Mettre en place dans chaque région au moins une unité mixte de soins aigus et de réadaptation (type « service de réadaptation post réanimation »).
- ⦿ Au minimum, mettre en place, dans chaque région, une unité d'éveil de coma dans une structure de SSR à proximité d'un service de réanimation.
- ⦿ Prendre en charge les patients en état végétatif ou paucirelationnel dans des unités adaptées.
- ⦿ Favoriser la possibilité d'accueil en unités de soins de longue durée (patients cérébrlésés graves).

👉 *5 - Optimiser les moyens humains et les compétences de chaque site permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins*

Exemples d'actions :

- ⦿ Maintenir les compétences médicales en neurochirurgie en formant de nouveaux neurochirurgiens pour remplacer ceux partant.
- ⦿ Renforcer la prise en charge anesthésique en neurochirurgie (adultes et enfants), par exemple au sein d'un pool d'anesthésie neurologique adapté à l'activité
- ⦿ Développer et consolider les compétences en neurosciences, compétences cliniques d'évaluation, compétences techniques

👉 *6 - Soutenir et encourager l'innovation et l'attractivité régionale et intrarégionale*

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE DE NEUROCHIRURGIE**

Réglementation en vigueur avant le 01/06/2023

Cette activité était inscrite dans le schéma interrégional d'organisation des soins (SIOS)

Pratique thérapeutique		Zone	
		Bourgogne	Franche-Comté
Nombre d'implantations autorisées	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	1	1
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	1
	Neurochirurgie pédiatrique	0	1

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023

Pratique thérapeutique		Zone	
		Bourgogne	Franche-Comté
Nombre d'implantations prévues	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	1	1
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	1	1
	Neurochirurgie pédiatrique	0 à 1	1

Les titulaires d'une autorisation d'activité délivrée avant cette date doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation d'activité

3) ARTICULATION

- Les établissements de santé
- Les neurologues et cardiologues libéraux et des établissements publics
- Les acteurs de la prévention cardio-neuro-vasculaire
- Les réseaux des urgences.

4) TRANSVERSALITE

- Livret Prévention
- Livret Innovation
- Livret Parcours, fiche Parcours maladies cardio-vasculaires
- Livret Offre de santé, Fiche Transports sanitaires urgents, PDSES
- Ce livret, Fiches Médecine, Médecine d'urgence, SMR, activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie, SLD, Soins critiques

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

(Pour le contexte épidémiologique, se reporter à la fiche Parcours Maladies cardio-neuro-vasculaires, livret Parcours)

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie est règlementée par les articles R.6123-104 à R.6123-110 et D.6124-147 à D. 6124-151-1.⁶³ Ces dispositions sont complétées par l'arrêté du 10 janvier 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie prévues à l'article R. 6123-110 du code de la santé publique⁶⁴. Une instruction du 19 décembre 2022 publiée au bulletin officiel vient préciser les modalités de mise en œuvre de l'activité. La liste des actes définissant son périmètre y est annexée.

Définition

L'activité se définit comme les actes diagnostiques et thérapeutiques portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne et qui sont réalisés par voie endovasculaire ou par voie percutanée, hors localisation ostéoarticulaire. Les actes sur la thyroïde ainsi que les actes d'angiographie interventionnelle des vaisseaux cervicaux réalisables avec une autorisation de chirurgie ne sont pas concernés. Elle prend principalement en charge, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques, hémorragiques et les accidents ischémiques transitoires (AIT).

Contexte et cadre juridique

La structuration de l'activité en deux niveaux (cf.ci-dessous) caractérise la volonté de faire entrer dans le périmètre de l'activité, les actes diagnostiques pour le dépistage des accidents vasculaires cérébraux et d'élargir aux établissements de niveau intermédiaire, la réalisation des thrombectomies mécaniques afin d'améliorer le maillage territorial de prise en charge.

Les thrombectomies mécaniques sont venues, en 2015, élargir l'arsenal de traitement de l'AVC ischémique (AVCi) aigu à côté ou en complément de la thrombolyse⁶⁵. En 2018, la Haute autorité de santé a publié un rapport portant sur l'évaluation et sur l'organisation de la prise en charge précoce de l'AVCi par thrombectomie mécanique.

Le nouveau cadrage juridique permet de faire évoluer le niveau de régulation de l'offre vers les régions, en introduisant une gradation des prises en charge pour améliorer la réponse de proximité et les chances de survie des patients avec un meilleur pronostic fonctionnel.

⁶³ Décret n° 2022-21 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie et décret n° 2022-22 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie

⁶⁴ Arrêté du 10 janvier 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie prévu à l'article R. 6123-110 du code de la santé publique

⁶⁵ thrombolyse IV rt-PA : injection intraveineuse de l'activateur tissulaire recombinant du plasminogène (rt-PA)

L'activité se répartit désormais en deux mentions :

- Mention A qui recouvre la réalisation de la thrombectomie mécanique et les actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu ;
- Mention B pour l'ensemble des actes de neuroradiologie interventionnelle.

Des seuils planchers annuels d'activité ont été fixés par voie réglementaire :

- pour les établissements autorisés pour la mention A uniquement : 60 actes de thrombectomie mécanique de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu ;
- pour les établissements autorisés pour la mention B : 140 actes interventionnels thérapeutiques en neuroradiologie.

La liste des actes pris en compte pour le calcul de chaque seuil définit strictement le périmètre de l'activité soumise à autorisation⁶⁶. Les établissements non autorisés ne peuvent exécuter les actes qui en relèvent.

Quelques conditions préalables communes aux deux mentions : les établissements doivent disposer H24 7j/7j et sur site, de l'accès à :

- une unité de réanimation ;
- une unité de soins intensifs de neurologie vasculaire ;
- un scanner et un appareil d'IRM ;
- une autorisation simultanée pour le traitement du cancer si l'établissement pratique des actes de neuroradiologie sur des lésions cancéreuses.

Les établissements doivent disposer de l'accès à une unité de neurochirurgie, sur site, à partir de la mention B.

Comme précédemment, la permanence des soins peut être commune à plusieurs sites.

Une salle d'angiographie numérisée sera exigée pour la mention A, deux salles dont une bi-plan pour la mention B.

Des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins sont également posées :

- collégialité de décisions pour la prise en charge thérapeutique des accidents cérébraux ischémiques aigus ;
- mise en place d'un processus de validation de la maîtrise de l'activité par chaque membre de l'équipe intervenante avec réévaluation en cas de modification substantielle de l'organisation ;
- prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et analyse des pratiques dans une démarche de gestion des risques ;
- radioprotection des patients et des soignants.

⁶⁶ Consultable sur le site de ATIH <http://www.atih.sante.fr/> :-Dernière version : Identification des activités de soins dans le champ MCO pour l'activité 2016 -Mise à jour de l'annexe au guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé -Septembre 2016

Bilan de l'existant

Au 1er janvier 2023, la région comporte 2 implantations autorisées pour des activités de neuroradiologie interventionnelle : ce sont les deux CHU de la région qui aujourd'hui sont les seuls autorisés à pratiquer la thrombectomie mécanique. A noter qu'ils bénéficient également d'une autorisation pour l'activité de soins de neurochirurgie.

Sur les régions voisines :

- Grand Est - 4 établissements sont autorisés : les hôpitaux civils de Colmar, les hôpitaux universitaires de Strasbourg, les CHU de Reims et de Nancy avec 2 sites autorisés dont un pour la NRI pédiatrique (site de Brabois).
- Une autorisation de NRI pédiatrique était prévue sur la période du SIOS 2014-2018 au bénéfice du CHU de Strasbourg. C'est au CHU de Nancy que l'autorisation a été délivrée.
- Auvergne Rhône-Alpes - 6 établissements sont autorisés : les hospices civils de Lyon, les CHU de Clermont-Ferrand, de Saint-Etienne et de Grenoble ; les CH d'Annecy Genevois et de Valence qui, de manière anticipée par rapport à la réforme, ne sont autorisés que pour la thrombectomie mécanique.
- Centre Val de Loire – 2 établissements sont autorisés (CHU de Tours et d'Orléans).

L'offre en région BFC est complétée par 7 unités de soins intensifs neuro-vasculaires bénéficiant d'une reconnaissance contractuelle et représentant 37 lits installés au sein des sites pivot des groupements hospitaliers de territoire. Les deux UNV de recours sont situées au sein des deux CHU.

Trois sites n'en disposent pas : Mâcon, Auxerre et Sens (*Cf. fiche Soins critiques*).

La prise en charge de l'AVC s'inscrit dans une filière de soins spécifique reposant sur un réseau de télémédecine : les 3 sites experts « télé AVC » sont les deux CHU et le CH de Chalon-sur-Saône.

Le CHU 21 couvre l'Yonne, la Nièvre, la Côte-d'Or et le sud Haute-Marne. Le CH de Chalon-sur-Saône couvre la Saône-et-Loire. Le CHU 25 couvre les départements de l'ex-Franche-Comté.

2 réseaux maillent la région et animent cette filière. Ils développent les outils de télémédecine, forment les professionnels de santé, favorisent les parcours de soins des patients avec AVC ou traumatisme crânien :

- le réseau des urgences neurologiques de Franche-Comté couvre les départements de l'ex-Franche-Comté et est animé par le CHU de Besançon.
- le réseau AVC Bourgogne/sud Haut-marnais couvre les départements de l'ex-Bourgogne et du sud de la Haute-Marne et est animé par le CHU de Dijon.

(*Cf. fiche SRS parcours maladies cardio-neuro vasculaires, livret Parcours*)

Temps d'accès

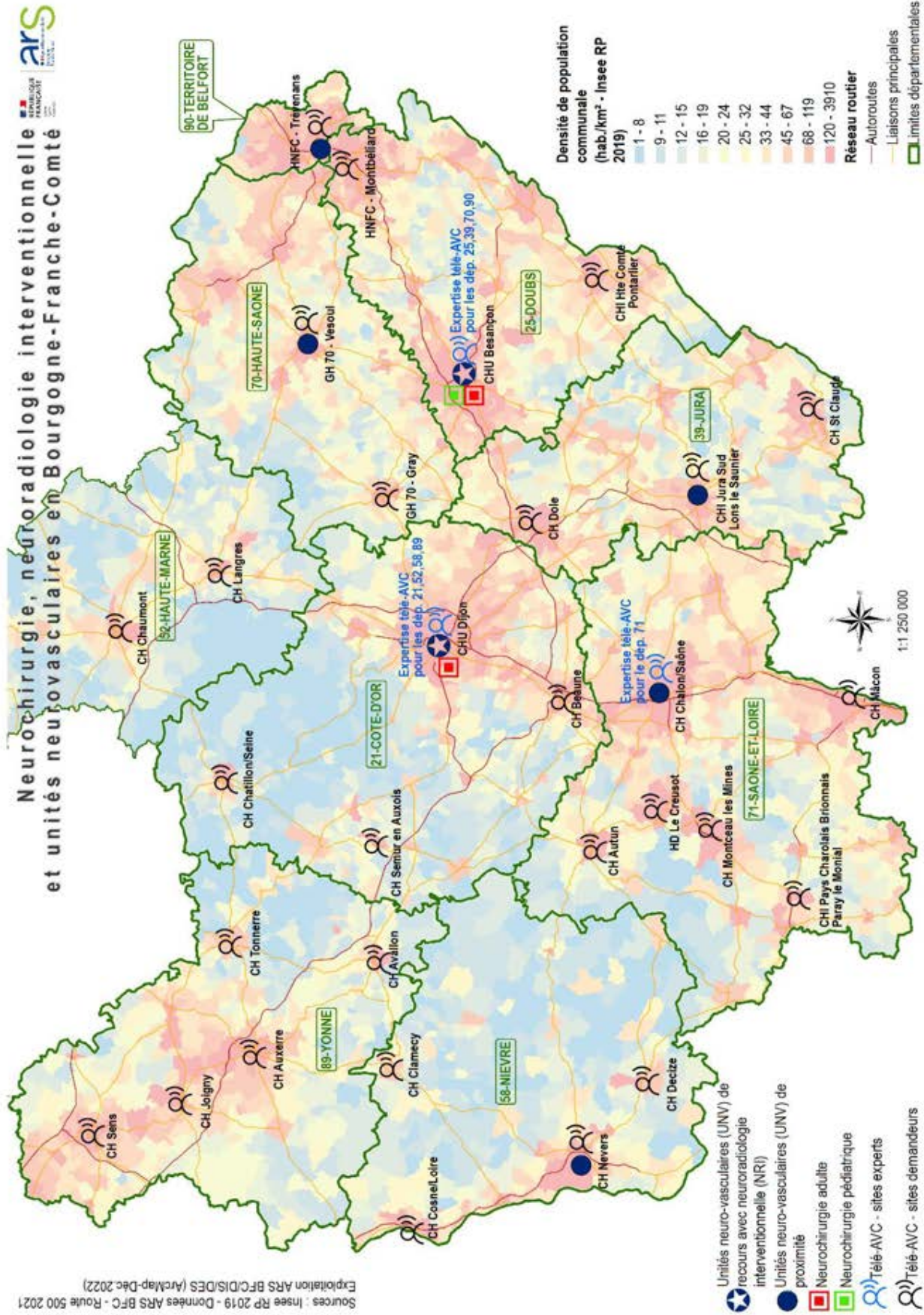
L'AVCi nécessite une prise en charge en extrême urgence. Le délai de prise en charge de la recanalisation vasculaire conditionne les chances de survie du patient, à tout le moins, sans handicap constitué. Le délai maximal est de 4h30 entre le début des symptômes et la thrombolyse, de 6h pour la thrombectomie en l'absence de contre-indications (Source : HAS⁶⁷). Le bénéfice clinique des deux techniques diminue avec l'allongement des délais de prise en charge.

⁶⁷ Haute autorité de santé - Rapport d'évaluation technologique : Organisation de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thrombectomie mécanique – Juillet 2018.

Rappel de l'organisation de la prise en charge : appel au 15 – mobilisation du transport sanitaire le plus adapté (terrestre ou hélicoptère) – arrivée aux urgences - prise en charge par un professionnel de la filière neuro-vasculaire soit en USINV adossée à un centre de NRI, soit dans une USINV de proximité – examen imagerie – prise en charge et/ou redirection si besoin vers l'USINV de recours.

Une bonne qualité de prise en charge suppose donc

- la disponibilité d'une imagerie cérébrale : IRM, scanner H24 couplé à la télé AVC pour les établissements de santé sans UNV, l'imagerie cérébrale permettant de fonder le diagnostic ;
- la disponibilité d'une USINV de proximité et/ou la disponibilité d'une expertise neuro-vasculaire ou neurologique ;
- la capacité à accéder en tant que de besoin une USINV de recours ;
- la capacité de l'USINV de recours à prendre en charge la thrombectomie mécanique dans le cadre de l'activité de NRI ;
- la disponibilité des ressources médicales qualifiées et expérimentées à chaque étape 24h/24 et 7j/7j : neurologue, neuroradiologue, neurochirurgien et anesthésiste ;
- la disponibilité des ressources paramédicales qualifiées.



Taux de recours⁶⁸

Le taux de recours aux soins en neurodiagnostic interventionnelle augmente depuis 2016, avec un très léger recul en 2020 mais de manière différenciée selon les zones sanitaires. Il reste inférieur à celui constaté en moyenne sur la France.

Taux de recours en nombre de séjours standardisés calculé à partir de l'indicateur de pilotage de l'activité : neuroradiologie interventionnelle⁶⁹ - - Période 2016 à 2021 par zone sanitaire

Zonage sanitaire	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bourgogne méridionale	0,16	0,2	0,2	0,2	0,2	0,19
Centre Franche-Comte	0,19	0,15	0,2	0,24	0,26	0,3
Côte-d'Or (y compris sud 21)	0,24	0,31	0,27	0,28	0,23	0,27
Haute-Saone	0,2	0,19	0,16	0,24	0,21	0,33
Jura	0,15	0,11	0,21	0,16	0,21	0,19
Nievre	0,13	0,15	0,17	0,25	0,2	0,21
Nord Franche-Comte	0,12	0,1	0,18	0,18	0,2	0,17
Nord Yonne	0,24	0,17	0,19	0,27	0,22	0,31
Saone-et-Loire Bresse-Morvan	0,16	0,16	0,22	0,2	0,19	0,2
Sud Yonne Haut-Nivernais	0,2	0,16	0,19	0,16	0,17	0,22
Région BFC	0,18	0,18	0,21	0,22	0,21	0,24
France entière	0,19	0,21	0,23	0,25	0,23	0,26

Si on considère de manière plus large les données regroupant l'ensemble des séjours dont le diagnostic principal est un AVC quelle que soit sa forme

Taux de recours en nombre de séjours standardisé calculé à partir du Groupe d'activité AVC (G049)⁷⁰ -- Période 2016 à 2021 par zone sanitaire

Zonage sanitaire	Taux de séjours Standardisé /1000 hab.					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bourgogne méridionale	3,22	3,53	3,45	3,52	3,64	3,31
Centre Franche-Comte	2,65	2,58	2,69	2,7	2,59	2,66
Côte-d'Or (y compris sud 21)	2,59	2,6	2,56	2,5	2,47	2,59
Haute-Saone	3,82	3,43	3,26	2,86	3,14	2,81
Jura	3,03	2,77	2,78	2,71	2,4	2,33
Nievre	2,89	2,98	2,94	3,11	2,81	2,54
Nord Franche-Comte	2,54	2,55	2,59	2,62	2,51	2,59
Nord Yonne	2,72	2,59	2,87	2,4	2,78	2,86
Saone-et-Loire Bresse-Morvan	3,08	3,04	3,07	3,19	2,92	3,04
Sud Yonne Haut-Nivernais	2,63	2,66	2,68	2,39	2,74	2,81
Région BFC	2,84	2,83	2,84	2,79	2,75	2,74
France entière	2,75	2,72	2,73	2,74	2,61	2,64

⁶⁸ Source : Scan santé – Consommation et production de soins 2021

⁶⁹ Correspond au périmètre de la NRI soumise à autorisation.

⁷⁰ Regroupe les GHM Libellé Racine 01M10, 01M015 (AIT sup.79 ans), 01M016 (AIT inf.80 ans), 01M30 (AVC intracérébraux non transitoires), 01M31 (autres AVC non transitoires), 01M36 (AVC non transitoires avec décès – séjours de moins de 2 jours).

Taux d'attractivité et taux de fuite 2021 ⁷¹

Comme les chiffres l'indiquent tant en séjours produits dans la région qu'en séjours consommés par des patients de la région, la NRI, limitée au périmètre autorisé en 2022 (avant réforme), représente un faible volume d'activité. Le taux de fuite est passé de 15,40% en 2019 à 12 % en 2021 et le taux d'attractivité de 9,60% à 8,20%.

Région d'implantation des établissements	Séjours produits dans la région	- dont séjours consommés par des patients d'autres régions	Taux d'attractivité de la région
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	692	57	8,20%
Région de résidence des patients	Séjours consommés par les patients de la région	- dont séjours consommés dans d'autres régions	Taux de fuite de la région
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	722	87	12,00%

Chaque CHU est le niveau de recours pour les départements du ressort des anciennes régions : le CHU de Dijon pour l'ex-Bourgogne et le CHU de Besançon pour l'ex-Franche-Comté. Le flux suit l'organisation mise en place dans le cadre des deux réseaux. Le CHU de Dijon prend également en charge des patients du sud haut-marnais. Les flux les plus importants vers les deux CHU proviennent de la Saône-et-Loire, du nord franche-Comté et de la Haute-Saône. Pour les deux premiers, l'explication est liée en grande partie, au volume de population ; pour la Haute-Saône, elle pourrait être liée à des indicateurs défavorables, notamment un taux de mortalité élevé par AVC.

S'agissant de la neuroradiologie interventionnelle sur des enfants, elle représente moins d'une trentaine d'actes par an pris en charge en région ARA et en Ile-de-France, plus ponctuellement au CHRU de Nancy et essentiellement pour des actes diagnostiques.

Activité⁷²

Aujourd'hui compte tenu du périmètre actuel de l'activité, seuls les deux CHU sont autorisés à prendre en charge les actes thérapeutiques de neuroradiologie dont la thrombectomie mécanique. Les deux établissements atteignent les seuils d'activité actuels et les seuils relatifs au périmètre futur de l'activité.

Il convient d'envisager cette activité avec son périmètre futur incluant les actes diagnostiques aujourd'hui exclus du périmètre autorisé de la NRI afin d'en considérer le volume :

Tableau : Activité de NRI (diagnostique et thérapeutique) réalisés sur des patients adultes quel que soit leur origine géographique par un établissements de la région BFC - - Période 2015 à 2022 (M06) - Exprimé en nombre d'actes⁷³

⁷¹ Source Scan santé - Consommation et production de soins 2021.

⁷² Activité partielle pour l'année 2022

⁷³ Source Diamant – PMSI MCO - Etabli à partir de la liste prévisionnelle d'actes soumis à autorisation (actes intervenant à titre principal)

	2015	2018	2019	2020	2021	2022 M07
CHU Dijon Bourgogne						
TOTAL	574	669	659	561	667	400
NRI diagnostique	285	227	235	223	244	158
NRI thérapeutique	289	442	424	338	423	242
dont thrombectomie mécanique (EAJF341)		74	204	158	190	109
dont fibrinolyse (EANF002)	70	134	4	1	8	2
CHRU de Besançon						
TOTAL	397	399	637	747	768	463
NRI diagnostique	235	229	367	432	439	263
NRI thérapeutique	162	170	270	315	329	200
dont thrombectomie mécanique (EAJF341)		47	96	150	162	94
dont fibrinolyse (EANF002)	3	2	2	8	15	5
TOTAL CHU 21 et 25	971	1 068	1 296	1 308	1 435	863
TOTAL REGION	997	1125	1322	1329	1475	893
dont NRI diagnostique	529	479	611	657	699	426
dont NRI thérapeutique	468	646	711	672	776	467
Evolution annuelle de l'activité		12,8%	17,5%	0,5%	11,0%	

Tous les AVC ne donnent pas lieu à un acte du champ de la neuroradiologie interventionnelle. Comme pour le taux de recours, on peut envisager plus largement, d'un point de vue quantitatif, les séjours pour un AVC, un AIT et les autres affections cérébrovasculaires pris en charge par les établissements de santé (attention : les deux tableaux, ci-dessus en actes avec un périmètre limité à la NRI et ci-dessous en séjours avec un périmètre plus large, ne sont pas comparables) :

Tableau : Nombre de séjours 2019-2022 (M07) pour des patients adultes de BFC pris en charge par un établissement de santé de la région BFC pour un accident ischémique transitoire (AIT) ou un accident vasculaire cérébral non transitoire dont séjours avec passage par les soins intensifs ⁷⁴

Zone de prise en charge	2019		part séjours avec SI	2020		part séjours avec SI	2021		part séjours avec SI
	Total séjours	dont avec supp. SI		Total séjours	dont avec supp. SI		Total séjours	dont avec supp. SI	
21 - Côte-d'Or	1 570	551	35%	1 563	532	34%	1 654	523	32%
25 - Doubs	1 092	454	42%	1 028	433	42%	1 093	375	34%
39 - Jura	786	260	33%	725	235	32%	671	203	30%
58 - Nièvre	698	35	5%	645	67	10%	565	31	5%
70 - Haute-Saône	553	255	46%	618	248	40%	538	208	39%
71 - Saône-et-Loire	2 042	606	30%	1 997	653	33%	1 959	666	34%
89 - Yonne	782	5	1%	916	4	0%	938	3	0%
90 - Territoire de Belfort	858	340	40%	836	353	42%	852	357	42%
Total région BFC	8 381	2 506	30%	8 328	2 525	30%	8 270	2 366	29%

⁷⁴ Regroupe les GHM Libellé Racine 01M10, 01M015 (AIT sup.79 ans), 01M016 (AIT inf.80 ans), 01M30 (Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires), 01M31 (autres AVC non transitoires), 01M36 (AVC non transitoires avec décès – séjours de moins de 2 jours) correspondant au groupe d'activité G049 AVC

Le recours aux soins intensifs sur les affections cérébrovasculaires reste globalement stable de même que le nombre de séjours annuels sauf sur l'Yonne. En 2019, les séjours pour accidents vasculaires intracérébraux non transitoires (O1M30) représentent 64% de l'ensemble des séjours dont 37% avec un passage en soins intensifs. Ces proportions restent stables au fil des années. Viennent ensuite les séjours pour AIT chez des patients de moins de 80 ans (O1M16) avec 16% des séjours dont 22% avec passage en soins intensifs. S'agissant de l'activité des soins intensifs en unité de neurologie vasculaire, le nombre de lits installés n'a pas évolué depuis 2015 ; par contre, le nombre annuel de journées réalisées est en augmentation – Région BFC – Comparaison 2015 et 2021⁷⁵

SI de l'UNV	2015	2021
Nombre de lits installés au 31/12	35	37
Journées lits-exploitables	11 351	13 583
Nombre de séjours	2 972	3 516
Nombre de journées	9 449	11 464
Taux d'occupation	83,24%	84,40%
DMS en jours	3,18	3,26

Les structures d'aval

Les soins médicaux et de réadaptation

Cf. ce livret, fiche SRS Soins médicaux et de réadaptation, pour l'évolution des implantations de SMR mention « système nerveux » et les unités pour les personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC/EPR).

Les soins de longue durée pour patients cérébrolésés

Cf. Fiche SRS Soins de longue durée - Il n'existe aujourd'hui aucune unité de soins de longue durée spécialisée pour cette typologie de patients en BFC. Les évolutions à venir sur les soins de longue durée devraient conduire à redéfinir les publics cibles sur des pathologies lourdes comme les personnes en état végétatif et/ou cérébrolésés.

La démographie médicale, le principal enjeu pour le déploiement de nouveaux centres

Le bilan réalisé lors de l'élaboration du SIOS avait mis en exergue la fragilité des équipes de neuroradiologie, en particulier sur Besançon.

La société française de neuroradiologie⁷⁶ a évalué le besoin en professionnels médicaux en fonction du volume de thrombectomies mécaniques réalisées. Pour les centres effectuant entre 100 et 300 TM par an ce qui est le cas des deux CHU de la région, l'effectif préconisé par centre s'élève à 5 ETP de praticiens.

L'ouverture de nouveaux centres requerrait 4 ETP médicaux par centre pour une activité de 100 TM par an.

La SAE 2021 fait apparaître pour le CHU de Dijon, 4 spécialistes en radiologie pour 2,80 ETP ; pour celui de Besançon, 4 spécialistes pour 3,80 ETP. Soit en dessous des recommandations de la SFNR.

⁷⁵ Source : SAE 2015 et 2021

⁷⁶ www.sfnr.net/

Sur la spécialité Neurologie, on constate une progression du nombre de neurologues salariés entre 2017 et 2021 au détriment de celui des neurologues libéraux ou mixtes.

SPECIALITE - Neurologie

Zones	2017			2021			Evolution 2017-2021	
	Salariés exclusifs	Libéraux ou mixtes	Total	Salariés exclusifs	Libéraux ou mixtes	Total		
France métropolitaine	1618	856	2474	1801	961	2762	12%	288
Région BFC	63	37	100	76	37	113	13%	13
21	17	13	30	24	13	37	23%	7
25	23	10	33	24	7	31	-6%	-2
39	2	1	3	2	2	4	33%	1
58	1	2	3	2	3	5	67%	2
70	2	2	4	2	2	4	0%	0
71	13	5	18	15	6	21	17%	3
89	5	2	7	4	4	8	14%	1
90	1	4	5	6	3	9	80%	4

Une vigilance particulière doit donc être portée aux ressources médicales de neuroradiologue et de neurologue et à leur renforcement pour consolider a minima l'existant et pouvoir envisager le développement de l'offre sur la région.

Axes de travail

En lien avec la recommandation de la HAS de 2018 et les recommandations de la société française de neuroradiologie, la première étape serait de consolider les équipes en place sur les centres de recours, d'installer des UNV dans chaque site pivot de GHT, puis d'envisager l'ouverture de nouveaux centres.

Un axe transversal :

- S'assurer au fil de l'eau du respect des conditions d'implantation et techniques de fonctionnement par les établissements autorisés dont la condition de seuil.

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Objectif général n°1 : consolider les unités de neurologie vasculaire de proximité et de recours ainsi que les centres de NRI existants

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Travailler sur l'attractivité et la stabilité des ressources médicales et paramédicales nécessaires (maquette de formation, postes d'assistants spécialistes et chef de clinique assistant – analyse des facteurs critiques et bloquants) ;
- ☞ 2 - Mutualiser la PDESES en neuroradiologie avec l'appui des neuroradiologues libéraux pour économiser des ressources humaines rares ;

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Augmentation du nombre de praticiens spécialisés en neuroradiologie y compris les anesthésistes

Objectif général n°2 : améliorer l'accessibilité territoriale à l'expertise et à la prise en charge neurovasculaire et radiologique

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Poursuivre le déploiement des unités de neurologie vasculaire de proximité dans les établissements de niveau intermédiaire, site pivot de GHT ;
- ☞ 2 - Permettre l'accessibilité à l'imagerie en coupe H24 7j/7j avec télé AVC sur les établissements avec structure des urgences sans UNV de chaque zone sanitaire ;
- ☞ 3 - Former les acteurs à chaque niveau de prise en charge (médecins urgentistes, manipulateurs d'électroradiologie sur site Télé AVC) ;
- ☞ 4 - Ouvrir la pratique des thrombectomies mécaniques à des établissements avec UNV pour améliorer la PEC des patients.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Gain en termes d'espérance de vie sans séquelle pour les patients
- ☞ 1 UNV armée par zone de planification sanitaire
- ☞ Une imagerie en coupe fonctionnant H24 sur les sites pivot

Objectif général n°3 : améliorer la coordination des acteurs pour réduire les risques d'AVC et les séquelles graves post-AVC

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Améliorer la prévention des facteurs de risques évitables de l'AVC (Cf. fiche SRS – parcours cardio- neuro-vasculaire)
- ☞ 2 - Optimiser la prise en charge des infarctus cérébraux éligibles aux trhombolyses/thrombectomies notamment à travers :
 - Le suivi des délais d'accès à l'imagerie cérébrale ;
 - L'accès à une UNV.
- ☞ 3 - Systématiser l'accès à une évaluation par un médecin de médecine physique et réadaptative (pronostic de récupération, adaptation de la PEC et orientation) et le suivi en sortie.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Diminution du nombre d'AVC
- ☞ Devenir fonctionnel et qualité de vie des patients amélioré
- ☞ Diminution des récidives (suite AIT) avec handicap constitué ou décès

Evolutions (créations, transformations, coopérations)

On peut envisager des évolutions en se fondant sur les critères définis par la SFNR :

- un bassin de population de 300 à 400 000 habitants ;
- une activité supérieure ou égale à 150 thrombolyses intraveineuses par an un éloignement géographique de 140 km ou 1h30 du centre de TM.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (cf tableau ci-après)

3) ARTICULATION

- Les réseaux des urgences et neuro-AVC.
- Les établissements de santé
- Les neurologues, neuroradiologues libéraux et des établissements publics
- Les acteurs de la prévention cardio-neuro-vasculaire

4) TRANSVERSALITE

- Livret Prévention
- Livret Innovation
- Livret Parcours, fiche Parcours maladies cardio-vasculaires
- Livret Offre de santé, Fiche Transports sanitaires urgents, PDSES
- Ce livret, Fiches Médecine, Médecine d'urgence, SMR, Radiologie

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN NEURORADIOLOGIE**

Réglementation en vigueur avant le 01/06/2023

Cette activité était inscrite dans le schéma interrégional d'organisation des soins (SIOs)

Activité	Zone								Yonne	
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre		
Nombre d'implantations autorisées	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023

Mention	Zone								Yonne	
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre		
Nombre d'implantations prévues	0	0	1	0	0	0	1	1	1*	0
	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0

* : concomitamment à la mise en place d'une UNV

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie s'exerce suivant deux mentions :

- Mention A comprenant uniquement la réalisation de la thrombectomie mécanique et les actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu
- Mention B comprenant l'ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie

Rappel de la condition de seuil :

- Mention A : 60 actes de thrombectomie mécanique de l'AVC aigu
- Mention B : 140 actes interventionnels thérapeutiques en NRI

Les titulaires d'une autorisation d'activité délivrée avant cette date doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation d'activité

7.1.11. SOINS CRITIQUES

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les soins critiques constituent un maillon essentiel du système de santé car ils délivrent des soins parmi les plus complexes et techniques, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, pour les patients dont le pronostic vital est engagé. Ils sont soumis au régime des autorisations d'activités de soins. Leur cadre de fonctionnement est renouvelé par l'élargissement du périmètre d'autorisation de la réanimation au champ des soins critiques dans son ensemble pour une approche plus intégrée. Selon l'instruction DGOS du 6 avril 2023⁷⁷, la restructuration des soins critiques repose sur le regroupement de capacités de prise en charge modulables, la consolidation des équipes formées aux soins critiques et un dispositif spécifique régional chargé de l'animation et de la coordination de l'ensemble des acteurs de la filière territoriale des soins critiques qui la composent, de la mutualisation des expertises et du partage d'informations nécessaires à l'organisation des prises en charge courantes et exceptionnelles en situation de crise. En ce sens, les soins intensifs sont constitués via la requalification des actuelles reconnaissances contractuelles des USI et d'une partie des USC répondant aux exigences en termes de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement. Ainsi, l'ensemble des patients relevant de soins critiques pris actuellement en charge dans les USC devront, lors de la mise en œuvre des modalités de la réforme, être pris en charge en unité de soins intensifs.

Définition

Ils se définissent comme une prise en charge destinée à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

Contexte et cadre juridique

Les articles R.6123-33 à 38 et D.6124-27 à 34 du Code de la Santé Publique, modifiés par les décrets n° 2022-690⁷⁸ et n° 2022-694⁷⁹ du 26 avril 2022, définissent les missions, les organisations, les conditions d'implantation et techniques de fonctionnement de chaque modalité : adultes et pédiatriques.

Les soins critiques adultes comprennent :

- La réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant ;
- Les soins intensifs polyvalents dérogatoires ;
- Les soins intensifs de cardiologie ;
- Les soins intensifs de neurologie vasculaire ;
- Les soins intensifs d'hématologie.

⁷⁷ Instruction n°DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques

⁷⁸ Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques

⁷⁹ Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques

Les soins critiques pédiatriques (patients âgés de moins de 18 ans) comprennent :

- La réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant ;
- La réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant ;
- Les soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires ;
- Les soins intensifs pédiatriques d'hématologie.

La réanimation s'applique à un patient qui présente ou est susceptible de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu son pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

La réanimation pédiatrique de recours s'applique lorsque l'affection peut requérir des avis et des soins particuliers, du fait de sa rareté ou sa complexité.

Les soins intensifs polyvalents, dérogatoires ou non, s'appliquent à un patient qui présente ou est susceptible de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu son pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation.

Les activités de réanimation et de soins intensifs polyvalents contiguës doivent s'organiser en plateau technique de soins critiques comprenant au moins une unité de réanimation et au moins une unité de soins intensifs polyvalents contiguës. Au sein de ces unités, les lits sont mutualisés et équipés à l'identique afin de pouvoir adapter la prise en charge aux variations de l'activité.

La contiguïté s'entend au même étage et en liaison directe permettant une organisation commune et modulable des moyens des deux unités sous le même pilotage médical et paramédical.

Concernant les unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires, elles devront disposer par convention d'un accès à une unité de réanimation dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité et de soins.

Les soins intensifs de cardiologie, neuro-vasculaires ou hématologique s'appliquent à un patient qui présente ou est susceptible de présenter une défaillance aigüe liée à une pathologie respectivement cardiovasculaire, neuro-vasculaire ou hématologique mettant directement en jeu son pronostic vital ou fonctionnel, imposant des traitements spécifiques respectivement cardiologiques et pouvant impliquer le recours à une méthode de suppléance, neuro-vasculaires, de prévention et de rééducation neurologique et cognitive ou hématologiques, nécessitant un ou des séjours en secteur stérile.

Les unités de réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant sont composées a minima de :

- Pour les soins critiques adultes : 8 lits de réanimation (voire 10 lits sous condition) et 6 lits de soins intensifs polyvalents contiguës ou de spécialités.
- Pour les soins critiques pédiatriques : 8 lits de réanimation pédiatrique de recours (voire 10 lits sous condition), 6 lits de réanimation pédiatrique (voire 8 lits sous condition), et 4 lits pour les soins intensifs pédiatriques polyvalents contiguës.

Les unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires sont composés a minima de 6 lits (voire 8 lits sous condition) pour les adultes, et de 4 lits pour les soins pédiatriques.

Enfin, les autorisations de réanimation pédiatrique et de soins intensifs pédiatriques polyvalents ne peuvent être accordées ou renouvelées que si le demandeur justifie d'une activité minimale annuelle (hors réanimation néonatale) :

- 200 nourrissons, enfants et adolescents de moins de 18 ans pour l'activité de réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents ;
- Ce seuil passe à 400 pour l'activité de réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents (arrêté du 4 août 2006 modifié par l'arrêté du 26 avril 2022).

Les activités de soins renforcés ne relèvent pas des soins critiques et ne sont pas régies par les décrets d'avril 2022 relatifs aux soins critiques, elles ne seront donc pas traitées dans cette partie. Dans l'attente des textes encadrant l'activité de soins renforcés, une fiche est dédiée aux unités de surveillance continue.

Bilan de l'existant

Au 1er janvier 2022⁸⁰, la région compte une implantation de réanimation autorisée par zone d'implantation.

Zones d'implantation	Autorisations de réanimation (adultes/enfants)			
	Cible SROS	Implantations autorisées	Lits installés au 01/01/2022	
Côte d'Or	2	2	DIJON	70
Centre Franche Comté	2	2	BESANCON	43
Nord Franche Comté	1	1	TREVENANS	23
Jura	1	1	LONS	6
Nièvre	1	1	NEVERS	12
Haute-Saône	1	1	VESOUL	12
Bourgogne méridionale	1	1	MACON	14
Saône-et-Loire Bresse Morvan	1	1	CHALON	12
Yonne	2	2	SENS et AUXERRE	18
TOTAL	12	12		210

Zones d'implantation	Reconnaitances contractuelles (implantations et lits)					
	USIC		USINV		Soins intensifs (hors USIC et USINV)	
	Implantations	Lits installés au 01/01/2022	Implantations	Lits installés au 01/01/2022	Implantations	Lits installés au 01/01/2022
Côte d'Or	3	32	1	10	4	56
Centre Franche Comté	2	25	1	10	1	96
Nord Franche Comté	1	16	1	4	-	-
Jura	1	6	1	3	-	-
Nièvre	1	16	-	-	-	-
Haute-Saône	1	8	1	4	-	-
Bourgogne méridionale	1	8	-	-	-	-
Saône-et-Loire Bresse Morvan	1	6	1	6	1	2
Yonne	2	14	-	-	-	-
TOTAL	13	131	6	37	6	154

⁸⁰ Source Statistiques Annuelles des Etablissements – SAE 2021

Zones d'implantation	Reconnaitances contractuelles (implantations et lits)			
	Surveillance continue adulte		Surveillance continue pédiatrique	
	Implantations	Lits installés au 01/01/2022	Implantations	Lits installés au 01/01/2022
Côte d'Or	7	97	1	10
Centre Franche Comté	4	82	1	16
Nord Franche Comté	2	14	-	-
Jura	4	13	-	-
Nièvre	4	19	-	-
Haute-Saône	2	21	-	-
Bourgogne méridionale	2	11	-	-
Saône-et-Loire Bresse Morvan	6	52	1	2
Yonne	7	32	-	-
TOTAL	38	341	3	28

Les titulaires des autorisations de réanimation sont les établissements publics, supports des groupements hospitaliers de territoire : Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et centres hospitaliers pivots disposant d'une autorisation de médecine d'urgence (SMUR et structure des urgences et/ou d'une activité de chirurgie.

Autorisations d'activité de réanimation pédiatrique : les CHU de Dijon et de Besançon disposent de lits de réanimation pédiatrique, chacun sur la même implantation géographique que leur autorisation pour la réanimation adulte, soit un total de 9 lits sur la région (Source Statistiques Annuelles des Etablissements – SAE 2021).

Taux d'équipement ⁸¹

Pédiatrique :

Le taux d'équipement en soins critiques pédiatriques a été calculé sur la base du total des lits de soins critiques (réanimation et surveillance continue), et à partir de la population des moins de 18 ans (données populationnelles issues du recensement de la population de 2018):

- Taux d'équipement en Bourgogne-Franche-Comté : 6,6 pour 100 000 habitants de moins de 18 ans
- Taux d'équipement en France métropolitaine : 8,3 pour 100 000 habitants de moins de 18 ans

La région apparaît comme sous-dotée en soins critiques pédiatriques.

⁸¹ Source : Scan santé – Consommation et production de soins 2021

Adulte :

Afin de pouvoir mener des comparaisons régionales et nationales sur le capacitaire en soins critiques, le taux d'équipement 100 000 habitants a été calculé sur la population âgée de 19 ans et plus d'une part, et sur la population âgée de 65 ans et plus d'autre part. En région, nous avons recentré notre analyse sur la réanimation et la surveillance continue considérée comme polyvalente soit celle pouvant évoluer vers des soins intensifs polyvalents. La somme des deux taux d'équipement a également été faite afin de pouvoir mettre en évidence les éventuelles situations de compensation et les complémentarités.

Les données populationnelles sont issues du recensement de la population de 2017 par territoire de GHT.

A noter :

Les données populationnelles du GHT de la Nièvre et de la Bourgogne Méridionale intègrent quelques communes limitrophes hors région afin de tenir compte de la réalité des parcours des patients de ces communes.

Dans les tableaux suivants, le taux d'équipement est noté « TE » : taux d'équipement de réanimation (TE REA) ; taux d'équipement surveillance continue polyvalente (TE SC polyvalente). Celui-ci est calculé sur les effectifs de population âgés de 19 ans et plus dans le premier tableau et sur les effectifs de population âgés de 65 ans et plus. Le taux de vieillissement de la population a un impact sur le besoin en lits de soins critiques.

Taux d'équipement en soins critiques – population de 19 ans et plus (1er tableau) et de 65 ans et plus (2nd tableau) :

GHT	TE REA – pop 19 ans et +	TE SC Polyvalente – pop 19 ans et +	TE REA + SC POLY – pop 19 ans et +
BM	7,3	0,0	7,3
CFC	11,1	8,0	19,1
21-52 et Sud Côte d'Or	12,5	3,2	15,6
GH 70	7,4	3,7	11,2
Jura Sud	4,5	1,5	6,0
Nièvre	5,0	5,6	10,6
Nord Franche- Comté	8,0	4,0	11,9
Nord Yonne	7,2	8,0	15,2
Saône et Loire Bresse-Morvan	4,3	8,6	12,9
Sud Yonne Haut Nivernais	6,3	10,1	16,4
Ensemble des GHT	8,3	5,2	13,5
Bourgogne	8,1	5,3	13,4
Franche-Comté	8,6	5,2	13,8
France mét. (SAE 2019)	9,9		

GHT	TE REA – pop 65 ans et +	TE SC Polyvalente – pop 65 ans et +	TE REA + SC POLY – pop 65 ans et +
BM	23,5	0,0	23,5
CFC	44,9	32,5	77,4
21-52 et Sud Côte d’Or	46,6	11,8	58,4
70	25,8	12,9	38,6
Jura Sud	15,1	5,0	20,1
Nièvre	14,3	15,8	30,1
Nord Franche- Comté	29,9	14,9	44,8
Nord Yonne	24,5	27,5	52,0
Saône et Loire Bresse-Morvan	13,7	27,4	41,1
Sud Yonne Haut Nivernais	20,3	32,5	52,9
Ensemble des GHT	29,0	18,2	47,2
Bourgogne	27,1	17,5	44,7
Franche-Comté	32,2	19,4	51,6
France métropolitaine (SAE 2019)	39,0		

Le taux d’équipement régional en réanimation est inférieur au taux moyen de France métropolitaine, cet écart est d’autant plus important pour la population âgée de 65 ans ou plus, compte tenu de la pyramide des âges de la région.

On constate une très grande hétérogénéité entre les territoires de la région et une vigilance particulière peut être faite sur les territoire du Jura Sud, de la Nièvre, de la Saône et Loire Bresse-Morvan et du Sud Yonne Haut Nivernais.

Concernant la surveillance continue polyvalente : Une très grande hétérogénéité entre les territoires de la région, qui s’accroît pour la population âgée de 65 ans et plus. Une vigilance particulière peut être faite sur les territoires de la Bourgogne-Méridionale, de la Côte d’Or, du Jura, de la Haute-Saône et du Nord-Franche-Comté.

Concernant la réanimation et la surveillance continue polyvalente : Les effets se cumulent pour certains territoires. Les taux d’équipements en soins critiques polyvalents apparaissent comme très inférieurs en Saône-et-Loire, dans la Nièvre, dans le Jura, en Haute-Saône et dans le Nord-Franche-Comté par rapport aux autres territoires de la région.

Activités, taux d'attractivité et taux de fuite ⁸²

D'après le programme de médicalisation des systèmes d'information, les services de réanimations ont enregistré environ 5 000 séjours adultes et un environ 400 séjours pédiatriques en 2021.

Soins critiques pédiatriques :

Etablissements	Mois d'entrée du séjour (UM 13A et 14A)												
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Total
HÔPITAL LE BOCAGE CHRU DIJON	264	242	268	222	242	244	216	233	237	277	267	241	2953
CHRU JEAN MINJOZ BESANCON	156	110	158	151	133	155	153	131	157	167	133	157	1761
CH WILLIAM MOREY CHALON SUR SAONE	137	140	125	106	94	98	83	78	107	91	109	100	1268

Séjours en soins critiques pour des enfants âgés de 1 à 17 ans entre 2019 et 2022 selon le mois de l'année, PMSI MCO, ARS BFC

Adultes :

Si l'activité de réanimation pédiatrique apparaît stable entre 2018 et 2021, l'activité de réanimation adulte voit son nombre de séjours augmenter de 1,2 %, avec un pic d'activité en 2020 lié au contexte sanitaire.

Activité en réanimation

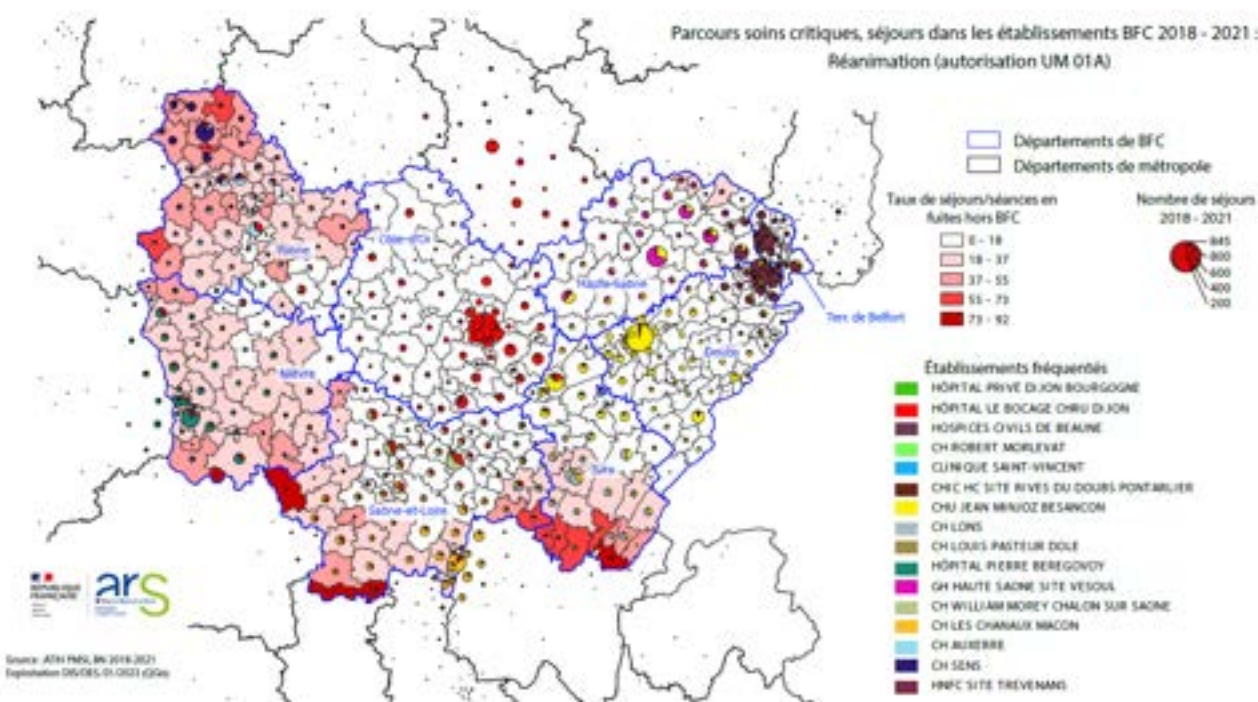


Figure 1 : cartographie des séjours hospitaliers en réanimation entre 2018 et 2021, ARS BFC Janvier 2023

⁸² Source Scan santé - Consommation et production de soins 2021.

Activité en soins intensifs hors USIC et USINV

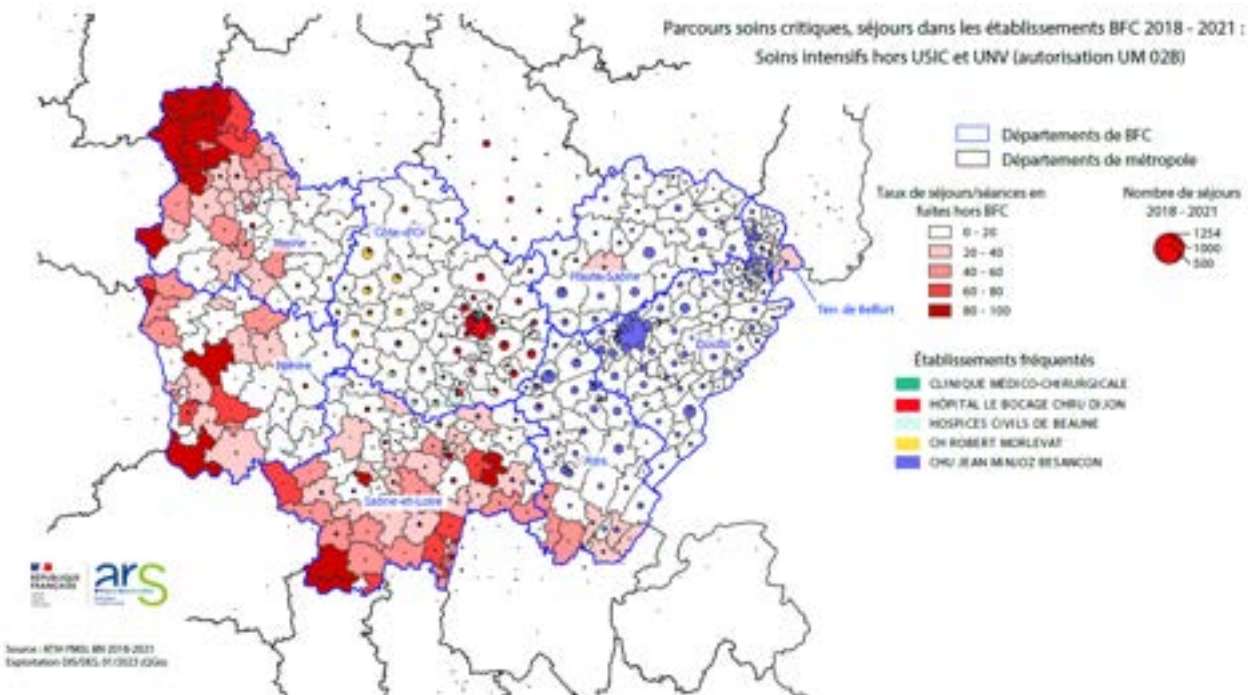
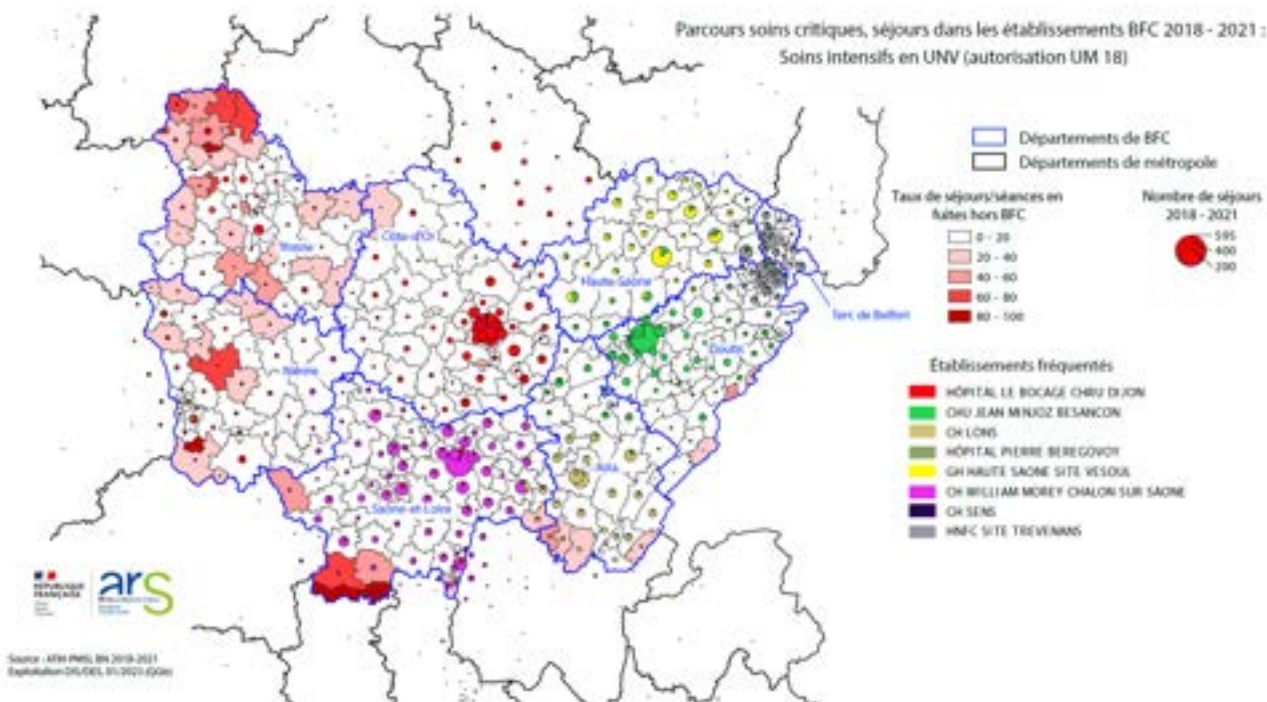
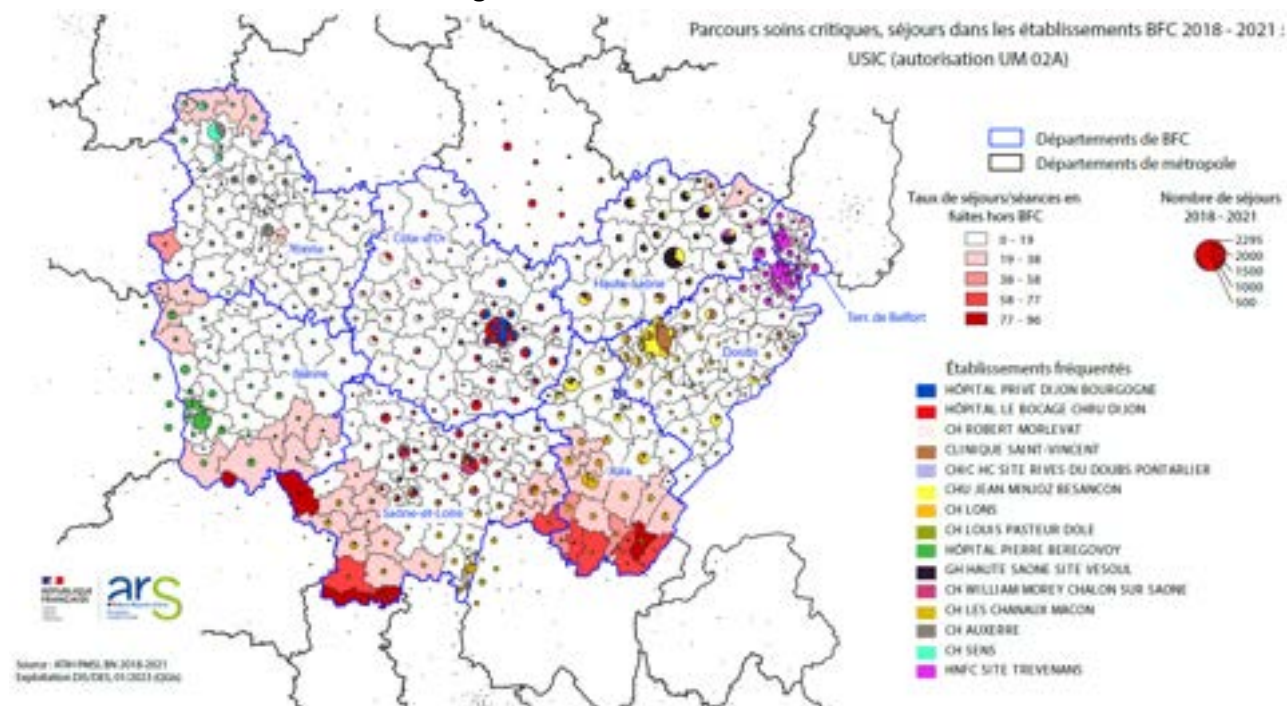


Figure 2: Cartographie des séjours hospitaliers en soins intensifs (hors USIC et USINV) entre 2018 et 2021, ARS BFC Janvier 2023

Activité en soins intensifs en UNV



Activités en soins intensifs en cardiologie



Attractivité :

GHT rattaché au territoire de résidence du patient	GHT de l'ES de prise en charge										
	Bourgogne Méridionale	Centre Franche Comté	GHT 21 52	Haute Saône	Jura	Nièvre	Nord Franche Comté	Nord Yonne	Saône et Loire Bresse-Morvan	Sud Yonne Haut Nivernais	hors BFC
Bourgogne Méridionale	61%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	16%
Centre Franche-Comté	0%	54%	3%	2%	4%	0%	2%	0%	0%	0%	4%
Côte d'Or	0%	1%	51%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	4%
Haute-Marne	0%	0%	8%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Haute-Saône	0%	17%	1%	94%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	2%
Jura	0%	12%	1%	0%	79%	0%	0%	0%	0%	0%	10%
Nièvre	0%	0%	5%	0%	0%	84%	0%	1%	3%	8%	18%
Nord Franche-Comté	0%	11%	1%	2%	0%	0%	92%	0%	0%	0%	5%
Nord Yonne	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	80%	0%	13%	17%
Saône et Loire Bresse-Morvan	12%	1%	14%	0%	14%	0%	0%	0%	87%	0%	10%
Sud Yonne Haut-Nivernais	0%	0%	8%	0%	0%	1%	0%	12%	0%	72%	14%
hors BFC	26%	3%	4%	1%	2%	15%	2%	7%	2%	6%	0%

Une analyse des flux de population sur une période de trois ans (2017-2019) avant la crise sanitaire, qui ne peut être prise en compte ici, montre logiquement une attractivité régionale des deux CHU. Il est à noter la situation particulière du centre hospitalier de Mâcon, site pivot du GHT Bourgogne méridionale. Effectivement, les patients provenant d'une autre région représentent un quart des séjours de réanimation de cet établissement. Sa proximité avec la région Auvergne Rhône Alpes implique des flux importants de la population, que nous retrouvons plus bas dans l'analyse des fuites.

Dans une moindre mesure, la part des séjours de réanimation du centre hospitalier de l'agglomération de Nevers atteint 15 % pour des patients résidents hors de la région dû à la proximité avec la région Centre Val de Loire.

Globalement, les sites pivots de GHT assurent 80% des séjours de réanimation de leur territoire. Seul le département de l'Yonne affiche une répartition des flux plus partagée entre le groupement Nord Yonne, dont le site pivot CH de Sens, et celui du Sud Yonne Haut Nivernais dont le site pivot est le CH d'Auxerre.

Fuite :

GHT rattaché au territoire de résidence du patient	GHT de l'ES de prise en charge										hors BFC
	Bourgogne Méridionale	Centre Franche Comté	GHT 21 52	Haute Saône	Jura Nièvre	Nord Franche Comté	Nord Yonne	Saône et Loire Bresse Morvan	Sud Yonne Haut Nivernais		
Bourgogne Méridionale	43%	0%	12%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	41%
Centre Franche-Comté	0%	80%	9%	1%	1%	0%	3%	0%	0%	0%	7%
Côte d'Or	0%	1%	93%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%
Haute-Marne	0%	1%	97%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Haute-Saône	0%	40%	5%	42%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	6%
Jura	0%	31%	4%	0%	34%	0%	0%	0%	0%	0%	31%
Nièvre	0%	0%	16%	0%	0%	45%	0%	0%	1%	3%	34%
Nord Franche-Comté	0%	12%	1%	0%	0%	0%	80%	0%	0%	0%	6%
Nord Yonne	0%	0%	8%	0%	0%	0%	0%	36%	0%	8%	48%
Saône et Loire Bresse-Morvan	5%	2%	38%	0%	3%	0%	0%	0%	35%	0%	16%
Sud Yonne Haut-Nivernais	0%	0%	32%	0%	0%	1%	0%	4%	0%	33%	30%
hors BFC	28%	10%	28%	1%	1%	16%	6%	4%	2%	5%	0%

Globalement, les établissements de la région absorbent 90 % des séjours en réanimation.

Comme évoqué plus haut, le tableau ci-dessous fait apparaître un taux de fuite hors région de 41 % pour les séjours de réanimation du GHT Bourgogne méridionale. Ce taux est nettement supérieur à la part de séjours des résidents de ce territoire assurée par le CHU de Dijon.

Par ailleurs, la proximité du centre hospitalier de Sens avec la région Ile de France implique un taux de fuite particulièrement important pour la population résidente dans le territoire du groupement hospitalier Nord Yonne, puisque près d'un patient sur deux est pris en charge en dehors de la région.

Il est à noter que les taux de fuite des patients nivernais et jurassiens se démarquent par rapport aux territoires dont la situation géographique régionale est plus centrale. Les patients nivernais étant majoritairement pris en charge en Ile de France. Les patients jurassiens sont, pour leur quasi-totalité, tournés vers la région Auvergne Rhône Alpes.

L'étude de la période 2017-2019 fait apparaître un appui important du CHU de Besançon pour les groupements hospitaliers franc comtois, en particulier pour ceux de la Haute-Saône et du Jura. Au regard de son nombre de lits, l'hôpital Nord Franche Comté affiche un taux de fuite particulièrement bas.

Les structures d'amont

La chirurgie

Cf. Fiches SRS de l'activité relatives aux différentes chirurgies : chirurgie (dont chirurgie bariatrique), traitement du cancer (chirurgie oncologique), neurochirurgie, chirurgie cardiaque.

Les urgences

Cf. Fiche SRS de l'activité de médecine d'urgence

Les structures d'aval

La médecine

Cf. Fiche SRS de l'activité de médecine.

La chirurgie

Cf. Fiches SRS de l'activité relatives aux différentes chirurgies : chirurgie (dont chirurgie bariatrique), traitement du cancer (chirurgie oncologique), neurochirurgie, chirurgie cardiaque.

Les soins médicaux et de réadaptation

Cf. Fiche SRS Soins médicaux et de réadaptation, pour l'évolution des implantations de SMR et les unités pour les personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC/EPR).

La démographie des professionnels de santé⁸³

⁸³ Source STATISS 2017 et 2021 - https://www.scoresante.org/tab_statiss.aspx

Unités de réanimation		BFC		Côte d'Or 70 lits		Doubs 43 lits		Jura 6 lits	Nièvre 12 lits	Haute Saône 12 lits	Saône et Loire 30 lits	Yonne 28 lits	Territoire de Belfort 23 lits	
		Adultes	Enfants (hors néonatal)	Adultes	Enfants (hors néonatal)	Adultes	Enfants (hors néonatal)	Adultes	Enfants (hors néonatal)	Adultes	Adultes	Adultes	Adultes	Adultes
Médecins (hors internes) : réanimateurs, pédiatres réanimateurs, anesthésistes réanimateurs	Effectifs temps plein	84	-	29	-	4	-	6	3	8	19	15	-	
		64	4	36	4	5	-	2	1	-	14	6	-	
	Effectifs temps partiel	52	20	4	4	23	16	3	4	1	5	1	11	
	ETP moyens annuels	81,20	3,42	18,95	2,35	13,50	1,07	5,27	6,82	9,30	12,94	8,93	6,49	
Infirmiers DE avec spécialisation et personnels d'encaissement infirmiers	Effectifs temps plein	15	10	4	10	1	-	-	1	1	3	2	3	
		8	2	1	-	2	2	-	1	-	2	-	2	
	Effectifs temps partiel	2	5	-	4	1	1	1	-	-	-	-	-	
	ETP moyens annuels	14,99	12,19	3,83	12,01	1,74	0,18	0,75	1,18	0,69	2,05	1,75	3,00	
Infirmiers DE sans spécialisation	Effectifs temps plein	427	6	147	3	76	3	15	22	19	61	44	43	
		412	158	148	-	70	1	13	20	2	63	38	58	
	Effectifs temps partiel	121	7	11	3	33	4	4	5	19	19	7	23	
	ETP moyens annuels	499,74	11,81	138,51	5,69	98,58	6,12	18,99	25,14	29,06	74,43	49,47	65,56	
Aides-soignants	Effectifs temps plein	256	7	88	4	36	3	11	13	7	42	31	28	
		245	2	82	-	41	2	11	14	-	35	28	34	
	Effectifs temps partiel	67	7	8	4	23	3	1	4	16	8	3	4	
	ETP moyens annuels	294,28	10,18	82,25	6,15	53,68	4,03	12,90	15,57	16,58	45,15	34,35	33,80	
Massesurs kinésithérapeutes	Effectifs temps plein	7	3	6	3	1	-	-	-	-	-	-	-	
		14	19	12	19	2	-	-	-	-	-	-	-	
	Effectifs temps partiel	8	4	4	3	4	1	-	-	-	-	-	-	
	ETP moyens annuels	9,85	2,24	6,89	2,02	2,96	0,22	-	-	-	-	-	-	
Autre personnel non médical	Effectifs temps plein	53	-	18	-	8	-	2	-	3	18	4	-	
		37	-	5	-	11	-	1	1	1	12	6	-	
	Effectifs temps partiel	24	2	3	1	7	1	-	1	4	4	3	2	
	ETP moyens annuels	66,10	1,29	24,01	0,25	11,66	1,04	0,67	0,70	4,60	15,52	8,30	0,64	
	48,91	1,09	4,86	-	11,13	1,09	2,69	1,00	4,20	14,57	8,21	2,25		

Sources SAE - enquêtes 2017 et 2021

Axes de développement

D'après l'instruction, le choix de la dénomination de l'activité « soins critiques » illustre la portée du périmètre de la réforme d'autorisation qui va au-delà de la révision des textes, avec les objectifs suivants :

- Confirmer le haut niveau de sécurité nécessaire à la pratique des soins critiques par des obligations réglementaires structurantes dans un cadre d'autorisation rénové et unifié ;
- Mettre en cohérence les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement avec une gradation du champ des soins critiques ;
- Renforcer la régulation de l'offre régionale de soins critiques de manière homogène et le pilotage territorial de la filière de soins critiques.

Selon le rapport IGAS publié en juillet 2021, le vieillissement démographique demeure le principal critère à prendre en compte dans la détermination de la trajectoire d'évolution du capacitaire. Au niveau national, l'augmentation des séjours de patients âgés de plus de 60 ans (+ 8,1% entre 2015 et 2019) est quasi proportionnelle à l'augmentation des effectifs de cette catégorie d'âges de la population générale (+ 7,5%).

La crise COVID a conduit les acteurs de BFC à mener de travaux concernant la filière des soins critiques. Un RETour d'Expérience (RETEX) COVID a été mené au printemps 2021 et a permis de partager bon nombre de constats et de réflexions. La dynamique régionale mise en place vise à proposer une organisation territoriale renouvelée, potentiellement redimensionnée et graduée, permettant en particulier de répondre à des afflux de patients importants en limitant les conséquences directes sur les autres prises en charge hospitalières, en particulier la chirurgie. A plus long terme, la mise en place d'un groupe régional de professionnels, en lien avec le réseau régional des urgences permet une synergie autour des compétences, des ressources, de la qualité du parcours réanimatoire / soins intensifs des patients de la région. Les orientations définies ci-dessous font référence au rapport régional relatif aux soins critiques établi fin 2021.

A noter que les travaux du SEGUR de la Santé se poursuivent. De nombreux établissements ont identifiés des transformations à mener sur les soins critiques.

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Objectif général n°1 : Structurer la filière de soins critiques, à l'échelle régionale, intégrant une gradation des établissements et des services.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - *Accompagner l'adaptation progressive du capacitaire de soins critiques (réanimation et unité de soins intensifs polyvalents tant sur la filière adulte que pédiatrique) ;*
- ☞ 2 - *Renforcer et fidéliser les ressources humaines médicales et paramédicales*
- ☞ 3 - *Développer la numérisation des services (gestion de lits, dossier patient, télésanté)*
- ☞ 4 - *Développer la filière d'aval en diversifiant l'offre post-réanimatoire*

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Restreindre les séjours en réanimation aux situations le nécessitant

Objectif général n°2 : fluidifier le parcours du patient réanimatoire

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Développer la prise en charge précoce en rééducation et réadaptation, dès le séjour en soins critiques ;
- ☞ 2 - Généraliser la mise en place de registre d'admission ;
- ☞ 3 - Améliorer le suivi post-réanimatoire
- ☞ 4 - Assurer la fluidification du parcours des patients traumatisés crâniens-traumatisés médulaires

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Limiter les risques de séquelles après un passage en réanimation

Objectif général n°3 : Organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles :

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Constituer une réserve médicale et paramédicale, au niveau régional et territorial
- ☞ 2 - Accompagner et partager les plans de flexibilité de l'organisation intégrant le volet formation
- ☞ 3 - Conforter les mesures d'organisation à l'adaptation définies pendant la crise sanitaire COVID-19

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Adapter l'offre à un afflux important de patients

Objectif général n°4 : Développer les leviers de pilotage et d'animation régionaux

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Pérenniser le comité régional soins critiques
- ☞ 2 - Mettre en œuvre le dispositif spécifique régional soins critiques
- ☞ 3 - Favoriser les actions de coopération inter-établissements et inter-services (formation paramédicale, partage d'expériences...)

RESULTATS ATTENDUS

🔑 Dynamiser la filière de soins critiques à l'échelle régionale en lien avec les urgences

Evolutions (créations, transformations, coopérations)

Le constat d'un déficit en lits de réanimation en région et d'une inégalité dans leur répartition entre les territoires est clair. Aussi, L'augmentation souhaitée du nombre de lits de réanimation doit s'accompagner d'un nombre de lits d'USIP suffisants afin de répondre aux besoins de la population mais également dans une logique de réduction des durées de séjour en réanimation.

Une cible théorique régionale en termes de lits de réanimation est proposée en appliquant le taux d'équipement moyen de France métropolitaine : il apparaît un besoin théorique supplémentaire d'environ 30 lits si on considère la population des 19 ans et plus. Si on considère la population âgée de 65 ans et plus, ce besoin pourrait s'élever à 60 lits théoriques.

La réflexion doit se faire dans une logique de gradation des soins critiques territoriaux, en tenant compte des besoins des populations, des moyens de chaque établissement et du cadre réglementaire. Ainsi, la cible capacitaire proposée par les GHT s'établit à 345 lits de soins critiques polyvalents, ce projet peut être considéré comme un capacitaire minimum de 215 lits de réanimation et de 130 lits d'USIP.

Deux territoires font l'objet d'une vigilance particulière : le territoire de la Nièvre et de la Saône-et-Loire Bresse-Morvan, pour lesquels les taux d'équipements en soins critiques polyvalents semblent encore trop bas au regard de la population couverte. Il convient de poursuivre les réflexions sur ces territoires en particulier. Sur la base de la population âgée de 65 ans et plus, le taux d'équipement du Jura apparaît également comme relativement faible.

Le travail mené par les acteurs régionaux, sur les cibles capacitaires et organisationnelles, en région et sur les territoires, nécessite d'être approfondi en tenant compte du principe de gradation des soins et en intégrant les évolutions à venir sur les USC hors soins critique des établissements périphériques publics et privés. La question de la pertinence et de la faisabilité de mettre en place des USIP dans ces établissements devra être posée (*Cf. partie suivante USC « hors soins critiques »*).

Concernant les soins intensifs de spécialité, les textes réglementaires permettent de renforcer les liens entre filières et parcours de soins.

Dans le cadre du parcours des maladies neuro-cardio-vasculaires, le renforcement des filières de prise en charge aigüe et post-aigüe est un enjeu majeur pour la fluidification des parcours des patients ainsi que pour l'amélioration de la qualité des prises en charge et la réduction des risques de complication et morbidité. Concernant la neurologie, les données d'activité montrent la dépendance importante des territoires bourguignons au CHU de Dijon. Les acteurs de la filière souhaitent porter l'ambition de renforcer l'offre en USINV dans la Nièvre et dans l'Yonne en priorité.

Au regard des données de séjours en unité de soins intensifs de cardiologie, l'offre évoluera peu dans les années à venir.

S'agissant des soins intensifs d'hématologie, leur évolution répond au cadre réglementaire de l'activité de soins traitement du cancer.

Enfin, concernant la pédiatrie, au regard de l'évolution des textes, les objectifs donnent la possibilité aux établissements de proposer une offre de soins intensifs polyvalents dérogatoires dans chacun des territoires dès lors que les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation peuvent être respectées.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (cf tableau ci-après)

3) ARTICULATION

- Les établissements de santé
- Réseau régional des urgences BFC

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours, fiche Parcours Maladies cardio-neuro-vasculaires
- Livret Offre de santé, fiches Transports sanitaires urgents et PDSES
- Ce livret, fiches Médecine, Médecine d'urgence, Chirurgie, SMR, Radiologie, Traitement du cancer

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE DE SOINS CRITIQUES**

Réglementation en vigueur avant le 01/06/2023 : Activité de réanimation

Zone	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées	Activité/Modalité									
	Adulte									
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pédiatrique										
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Pédiatrique spécialisée										
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023 : Activité de Soins critiques

Zone	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne	
Nombre d'implantations prévues	Modalité/Mention									
	Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant									
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires									
	5	0	0	4	0	1	2	0	0	1
Soins intensifs de cardiologie										
Soins intensifs de neurologie vasculaire										
3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	
Soins intensifs d'hématologie										
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant										
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Soins critiques pédiatriques										
Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires										
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Soins intensifs pédiatriques d'hématologie										
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Les titulaires d'autorisations d'activité de soins de réanimation ainsi que les titulaires de reconnaissances contractuelles de soins intensifs doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation pour l'activité de soins critiques

7.1.12. UNITE DE SURVEILLANCE CONTINUE (HORS SOINS CRITIQUES)

La réforme des soins critiques, en faisant entrer dans son champ une partie des actuelles Unités de Surveillance Continue (USC), impose de requalifier celles situées en dehors de son champ. Afin de permettre l'étude du périmètre et la caractérisation des prises en charge effectuées au sein des USC hors champ des soins critiques, ces actuelles USC seront maintenues transitoirement suivant leur cadre juridique en vigueur.

La publication des textes relatifs aux unités de surveillance continue évoluant vers les unités de soins renforcés imposera une révision des éléments suivants.

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Cadre juridique

La surveillance continue est une activité non soumise au régime des autorisations. Elle a cependant un lien organisationnel et fonctionnel avec les soins critiques et fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle. Aucune réglementation opposable ne régit précisément le fonctionnement de la surveillance continue. Les conditions de fonctionnement relatives à la surveillance continue avaient été précisées par une circulaire du 27 août 2003.

La surveillance continue s'applique à un patient qui présente une pathologie médicale ou chirurgicale aiguë avec un état de santé stable, sans risque de défaillance d'organiser à court terme, nécessitant des soins complexes ou lourds ainsi qu'une surveillance clinique et biologique répétée.

Les patients proviennent notamment des filières chirurgicale, interventionnelle, médicale ou des soins critiques.

Bilan de l'existant

Les unités de surveillance continue sont réparties sur l'ensemble des catégories d'établissements en fonction de leur activité.

La capacité de la Bourgogne-Franche-Comté toutes structures confondues (réanimation/surveillance continue/soins intensifs enfants et adultes) est de 663 lits.

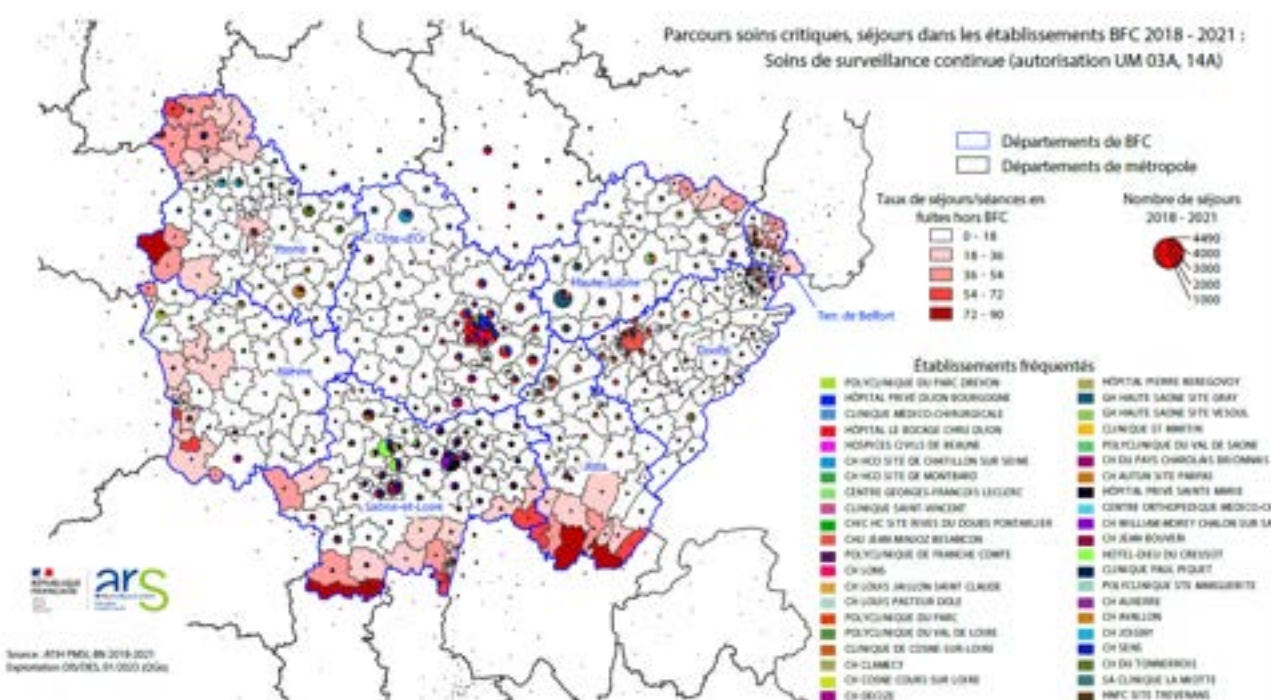
Le nombre de lits des CHU et CHRU est à rapprocher des autorisations qu'ils détiennent pour les activités pouvant solliciter l'activité de réanimation : chirurgie cardiaque, greffes, neurochirurgie.

Zones d'implantation	Reconnaitances contractuelles (implantations et lits)			
	Surveillance continue adulte		Surveillance continue pédiatrique	
	Implantations	Lits installés au 01/01/2022	Implantations	Lits installés au 01/01/2022
Côte d'Or	7	97	1	10
Centre Franche Comté	4	82	1	16
Nord Franche Comté	2	14	-	-
Jura	4	13	-	-
Nièvre	4	19	-	-
Haute-Saône	2	21	-	-
Bourgogne méridionale	2	11	-	-
Saône-et-Loire Bresse Morvan	6	52	1	2
Yonne	7	32	-	-
TOTAL	38	341	3	28

38 établissements sanitaires ont déclaré 341 lits installés adultes au 1er janvier 2022, soit une légère augmentation depuis 2015.

24 structures disposent de moins de 6 lits de surveillance continue, 7 entre 6 et 9 lits, et 7 avec 10 lits ou plus. 4 établissements ne respectent pas la préconisation d'au moins 1 lit de surveillance continue pour 2 lits de réanimation.

3 établissements déclarent 28 lits de surveillance continue pour enfants : les deux CHU en lien avec leur autorisation de réanimation pédiatrique et le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône.



Séjours hospitaliers en surveillance continue entre 2018 et 2021, ARS BFC, Janvier 2023

Les taux d'occupation varient de 0,2% à 44% selon les établissements de santé. Les taux d'occupation sont très hétérogènes : selon le PMSI, 25 unités de surveillance continue présenteraient des taux d'occupation inférieurs à 10%.

La multiplicité des sites d'unités de surveillance continue avec une faible capacité interroge sur leur place, la pertinence et l'efficacité à les conserver dans la filière. Selon l'instruction relative aux soins critiques, le périmètre de l'autorisation de réanimation est élargi au champ des soins critiques, intégrant les soins intensifs. Ces derniers sont constitués via la requalification des actuelles reconnaissances contractuelles des USI et d'une partie des USC répondant aux exigences en termes de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement. Ainsi, l'ensemble des patients relevant de soins critiques pris actuellement en charge dans ces USC devront, lors de la mise en œuvre des modalités de la réforme, être pris en charge en USI. Les actuelles USC, hors champ des soins critiques, sont maintenues transitoirement.

Cependant, lors d'une demande initiale de certaines autorisations d'activité de soins, la création de nouvelle USC hors champ des soins critiques est envisageable dans les cas suivants :

- Autorisation de rythmologie interventionnelle mention A
- Autorisation de traitement du cancer :
 - Mention A2 Chirurgie oncologique thoracique
 - Mention B Chirurgie oncologique complexe
 - Mention C Chirurgie chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans
 - Mention B et C (enfants), TMSC.
- Autorisation de radiologie interventionnelle mentions B, C et C.

7.1.13. TRAITEMENT DU CANCER

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Chaque année environ 17 173 nouveaux cas de cancer⁸⁴ sont diagnostiqués dans la région Bourgogne-Franche-Comté ce qui représente 4,5% des nouveaux cas de cancer diagnostiqués au niveau national. Les cancers de mauvais pronostics représentent 22,6% des cancers diagnostiqués au niveau régional contre 22% au niveau national.

L'incidence⁸⁵ tous cancers des hommes en Bourgogne-Franche-Comté est légèrement supérieure à celle des hommes en France métropolitaine (363,8 [356,4 ; 371,35] versus 355,3 [351,2 ; 359,4]), alors que l'incidence tous cancer des femmes en Bourgogne-Franche-Comté est inférieure à celle des femmes en France métropolitaine (251,3 [245,4 ; 257,3] versus 261,1 [257,7 ; 264,5]).

Au total, 27% des décès annuels (soit 7 555 décès) survenant dans la région sont dus à un cancer. Au niveau régional, le pourcentage des décès survenant avant 65 ans et liés au cancer est de 22% chez les femmes et de 27% chez les hommes versus 22% pour chez les femmes et 25% pour les hommes au niveau national.

Présentation de la réforme de l'activité de soins traitement du cancer

En 2022, deux décrets et un arrêté⁸⁶ encadrant l'activité de soins traitement du cancer ont été publiés modifiant ainsi l'organisation mise en place depuis 2007. L'activité de soins de traitement du cancer est définie par le traitement des tumeurs solides malignes ou des hémopathies malignes par traitement médical, chirurgical, radiothérapie externe ou curiethérapie. L'activité de soins traitement du cancer comprend 3 modalités :

- Chirurgie oncologique.
- Radiothérapie externe, curiethérapie
- Traitement médicamenteux systémique du cancer.

Elle est octroyée par site géographique (FINESS géographique) pour une ou plusieurs de ces modalités.

La réforme de l'activité de soins traitement du cancer est en lien avec la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 qui a été lancée en février 2021. Elle répond à deux actions de la stratégie décennale de lutte contre le cancer :

- L'action II.3.2 « Poursuivre à l'horizon de 5 à 10 ans, la mise en place des seuils d'activité minimale pour les localisations de cancer le justifiant »
- L'action IV.2.4 « Structurer et consolider une offre de soins d'excellence ».

⁸⁴ Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016, rapport publié en 2019.

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers/Incidence-et-mortalite-departementales-et-regionales>

⁸⁵ Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge et la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

⁸⁶ Décret no 2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer
Décret no 2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer

Arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

Son objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge et de renforcer la pertinence des parcours de soins des patients atteints d'un cancer avec notamment la mise en place d'une gradation des soins pour les modalités chirurgie oncologique et traitement médicamenteux systémique.

La mise en place de coopération entre les établissements est également un élément important de cette réforme. Elles doivent à la fois permettre une meilleure territorialisation de l'organisation des soins et garantir à chaque patient l'accès à l'expertise et à l'innovation.

La chirurgie oncologique

La modalité chirurgie oncologique comprend 3 mentions : mention A, mention B et mention C.

Les établissements autorisés pour la **mention A** de la modalité chirurgie oncologie sont les établissements assurant la chirurgie oncologique chez l'adulte pour l'une ou plusieurs des sept localisations de tumeurs suivantes, mais hors chirurgie complexe citée en mention B :

- A1: Chirurgie oncologique viscérale et digestive;
- A2: Chirurgie oncologique thoracique;
- A3: Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde;
- A4: Chirurgie oncologique urologique;
- A5: Chirurgie oncologique gynécologique;
- A6: Chirurgie oncologique mammaire;
- A7: Chirurgie oncologique indifférenciée. La ou les localisations tumorales en mention A7 ne concernent pas les localisations prévues dans les sous mentions A1 à A6, à l'exception de la chirurgie du cancer de la thyroïde mentionnée en A3.

Les établissements autorisés pour la **mention B** de la modalité chirurgie oncologique sont les établissements assurant, en sus de la chirurgie oncologique chez l'adulte autorisée en mention A :

- Une mission de recours
- La chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire
- La chirurgie de la récurrence des tumeurs malignes chez l'adulte
- La chirurgie oncologique en zone irradiée.

La mission de recours correspond à l'organisation, par l'établissement autorisé pour la mention B, de concertations pluridisciplinaires de recours dont les propositions thérapeutiques sont susceptibles de comprendre les prises en charge chirurgicales oncologiques complexes dispensées par cet établissement. Cette organisation peut être mise en place, si besoin avec d'autres titulaires d'une autorisation de chirurgie oncologique avec la mention B.

Elle concerne 5 localisations tumorales dont deux localisations possèdent des pratiques thérapeutiques spécifiques :

- B1: Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales. Dont les pratiques thérapeutiques spécifiques sont :
 - B1a : La mission de recours ainsi que la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence, curative des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée;
 - B1b : La chirurgie oncologique de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne;
 - B1c : La chirurgie oncologique du foie;
 - B1d : La chirurgie oncologique de l'estomac;
 - B1e : La chirurgie oncologique du pancréas;
 - B1f : La chirurgie oncologique du rectum.
 - Pour information : l'autorisation de chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe peut être limitée sur sollicitation du demandeur à l'une ou plusieurs des pratiques thérapeutiques spécifiques précitées ci-dessus dont au moins la B1a.
- B2: Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissant le rachis, le cœur ou la paroi thoracique;
- B3: Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse;
- B4: Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique;
- B5: Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale. Dont les pratiques thérapeutiques spécifiques sont :
 - B5a : La mission de recours ainsi que la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence, curative des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée, y compris pour les cancers avec atteintes péritonéales;
 - B5b : La chirurgie des cancers de l'ovaire.
 - Pour information : l'autorisation de chirurgie oncologique gynécologique complexe peut être limitée, sur sollicitation du demandeur à la sous-mention B5a.

Un établissement autorisé pour la mention B doit être en mesure de réaliser l'ensemble des chirurgies complexes composant le socle opposable de cette mention (mission de recours, chirurgie complexes multiviscérales, multidisciplinaires, chirurgie de la récurrence et chirurgie en zone irradiée) en plus des chirurgies oncologiques relevant de la mention A pour la même localisation tumorale. L'établissement devra également respecter les obligations réglementaires liées à cette mention. En cas de non respect de ces critères, l'autorisation de chirurgie oncologique mention B pourra être retirée à l'établissement. L'établissement pourra alors si les OQOS le permettent déposer un dossier pour une demande d'autorisation pour la chirurgie oncologique mention A.

Les établissements autorisés pour la **mention C** assureront la chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans.

La radiothérapie externe, curiethérapie

La réforme ne prévoit pas de gradation des soins en radiothérapie fondée sur les techniques.

Les établissements autorisés pour la mention A assurent les traitements de radiothérapie externe chez l'adulte.

Les établissements autorisés pour la mention B assurent les traitements de curiethérapie chez l'adulte.

Les établissements autorisés pour la mention C assurent en sus des traitements de radiothérapie externe ou de curiethérapie chez l'adulte, les mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans.

Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)

Les TMSC regroupent la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapies et les médicaments de thérapie innovante quelles que soient les voies d'administration.

Les établissements autorisés pour la **mention A** assurent les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B.

Les établissements autorisés pour la **mention B** assurent, en sus des traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible.

Les établissements autorisés pour la **mention C** assurent les TMSC chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible.

Dans le cadre d'un projet d'organisation formalisé avec un établissement autorisé pour la modalité TMSC, un établissement autorisé pour l'activité de soins de médecine/ de chirurgie/ de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou d'hospitalisation à domicile (HAD), peut, sans être soumis à l'autorisation de traitement du cancer :

- Appliquer des traitements médicamenteux systémiques du cancer décidés et primo-prescrits par le titulaire de l'autorisation de traitements médicamenteux systémiques du cancer,
- Réaliser le suivi de tels traitements.

Ces établissements sont dits « associés ».

La réforme de l'activité de soins traitement du cancer renforce l'encadrement de ces établissements. Ils doivent respecter certaines dispositions transversales de qualité en cancérologie et certaines dispositions encadrant les TMSC . Le projet d'organisation entre les deux établissements doit également être transmis à l'ARS.

Une reconnaissance contractuelle par l'ARS sera réalisée sur la base d'un cahier des charges national et avec l'identification de l'établissement de santé dit « associé » dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM).

Ces sites dits « associés » n'étant pas autorisés pour l'activité de soins traitement du cancer, ils ne sont donc pas comptabilisés dans les objectifs quantifiés de l'offre de soin.

Dans le cadre du renforcement de la qualité des soins et des prises en charge, la réforme prévoit à la fois le renforcement des seuils minimaux annuel d'activité et des déterminants transversaux de qualité.

En se basant sur la littérature, les seuils d'activité minimum ont été renforcés pour la chirurgie oncologique mammaire, thoracique et pour les traitements médicamenteux systémiques du cancer. Des seuils ont été créés pour les pratiques thérapeutiques spécifiques (ovaire, œsophage et jonction gastro-œsophagienne, estomac, pancréas, foie, rectum) relevant de la mention B de la modalité de chirurgie oncologique seulement.

Les titulaires de l'autorisation mention A doivent s'assurer sur leur site du respect de l'activité minimale annuelle. Ils peuvent si besoin prévoir une organisation mutualisée des concertations pluridisciplinaires et du projet chirurgical oncologique partagé pour renforcer l'activité sur un site fragile et son attractivité.

Après la période de mise en conformité, le titulaire de l'autorisation doit respecter de manière annuelle les obligations de seuil, qui feront l'objet d'un suivi et de contrôles par l'ARS. Il est à noter qu'en cas d'évènements exceptionnels, une souplesse est introduite par la réforme.

La qualité de la prise en charge des patients est un élément majeur de la réforme, plusieurs déterminants transversaux de qualité ont été renforcés avec notamment :

- La mise en place d'une gradation des RCP induite par la gradation de l'offre de soins en chirurgie oncologique,
- La mise en place d'une traçabilité de l'accès et de l'inclusion des patients dans les essais cliniques et de l'accès aux examens d'oncogénétique,
- Le renforcement des soins de support tout au long du parcours des patients,
- L'adaptation du plan pluriannuel de formation des professionnels de santé dès l'implémentation d'une nouvelle technique/ prise en charge en cancérologie ou d'un nouvel équipement utilisé pour le traitement curatif du cancer dans l'établissement.
- L'instauration du principe d'auto-évaluation⁸⁷ des titulaires d'autorisation de traitement du cancer sur la base d'indicateurs anonymisés de suivi de la qualité de la pratique de l'activité de soins par le titulaire.
- La mise en place d'une organisation formalisée en propre ou territorialisée par voie de convention avec d'autres établissements de médecine, chirurgie ou en soins critiques pour s'assurer de la continuité des soins et favoriser l'accès direct des patients en services hospitaliers de proximité ainsi que le repli vers le titulaire d'autorisation.

⁸⁷ Arrêté fixant les indicateurs anonymisés Inca pour l'auto-évaluation des titulaires d'autorisation de traitement du cancer en cours de publication

Impact de la réforme des autorisations des activités de soins

En plus des modalités de prise en charge relevant de l'autorisation de soin traitement du cancer, les patients atteints de cancer peuvent bénéficier d'actes diagnostiques et thérapeutiques relevant du domaine de la médecine nucléaire, de l'imagerie interventionnelle et de la neurochirurgie.

La reconnaissance par la réforme des activités de soins de la médecine nucléaire comme une activité de soins soumise à autorisation a permis une gradation de cette activité avec l'apparition d'une mention B comprenant notamment les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicaments radiopharmaceutiques. Avant la mise en place de cette réforme, ces actes entraient dans le périmètre de l'activité de soins traitement du cancer avec la modalité « utilisation de radioéléments en sources non scellées ». Les établissements réalisant ces actes doivent maintenant être autorisés pour la mention B de l'activité de soins médecine nucléaire et ne sont pas soumis à l'autorisation de traitement du cancer. (cf. *fiche médecine nucléaire*)

Avec la réforme des activités de soins l'activité de radiologie interventionnelle est maintenant une activité de soins qui contient 4 mentions. Les établissements réalisant des actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer devront être autorisés soit pour la mention C ou la mention D si l'établissement réalise en plus des actes relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales⁸⁸. Les titulaires des mentions C et D ne sont pas soumis à l'autorisation de traitement du cancer lorsqu'ils pratiquent des actes à visée diagnostique ou thérapeutique rattachés à cette autorisation.

Toutefois, deux hypothèses leur rendent applicables certaines conditions d'implantation et conditions de fonctionnement propres à l'activité de traitement du cancer :

- 1° lorsque leur activité consiste à appliquer des traitements médicamenteux systémique du cancer
- 2° lorsqu'ils pratiquent des actes de radiologie interventionnelle à visée curative du cancer (cf. *fiche imagerie*).

Les titulaires d'autorisation de neurochirurgie, sont soumis à l'autorisation de soins activité traitement du cancer lorsqu'ils pratiquent des actes thérapeutiques à visée curative des tumeurs cancéreuses rattachés à cette autorisation. Ils se voient alors appliquer certaines dispositions transversales de qualité en lien avec cette autorisation.

Concernant la pratique de radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en condition stéréotaxique, les titulaires d'autorisation de neurochirurgie ne sont pas soumis à l'autorisation de traitement du cancer, dès lors qu'ils ne dispensent pas d'autres techniques relevant de la radiothérapie soumise à autorisation au titre du 2° de l'article R. 6123-87.

Pour la prise en charge des patients atteints d'une tumeur primitive cérébrale par un traitement de radiothérapie interne sous conditions stéréotaxiques, une protocolisation doit être préétablie entre le titulaire de l'autorisation de radiothérapie externe et les médecins spécialisés en neurochirurgie pratiquant la radiochirurgie intracrânienne sous conditions stéréotaxiques. (cf. *fiche neurochirurgie*).

⁸⁸ Article R.6123-166. Décret no 2022-1237 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle

Organisation régionale

Au côté de l'ARS Bourgogne-Franche Comté, de nombreux acteurs sont mobilisés afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer dans la région par leur investissement dans le domaine de la recherche, du dépistage, du soin (qualité et coordination) et de la prévention (*cf. fiche parcours cancer du livret Parcours*).

Les établissements autorisés en cancérologie

La région Bourgogne-Franche-Comté dispose de deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU Dijon Bourgogne et le CHU de Besançon) et d'un Centre de Lutte Contre le Cancer (Centre Georges-François Leclerc).

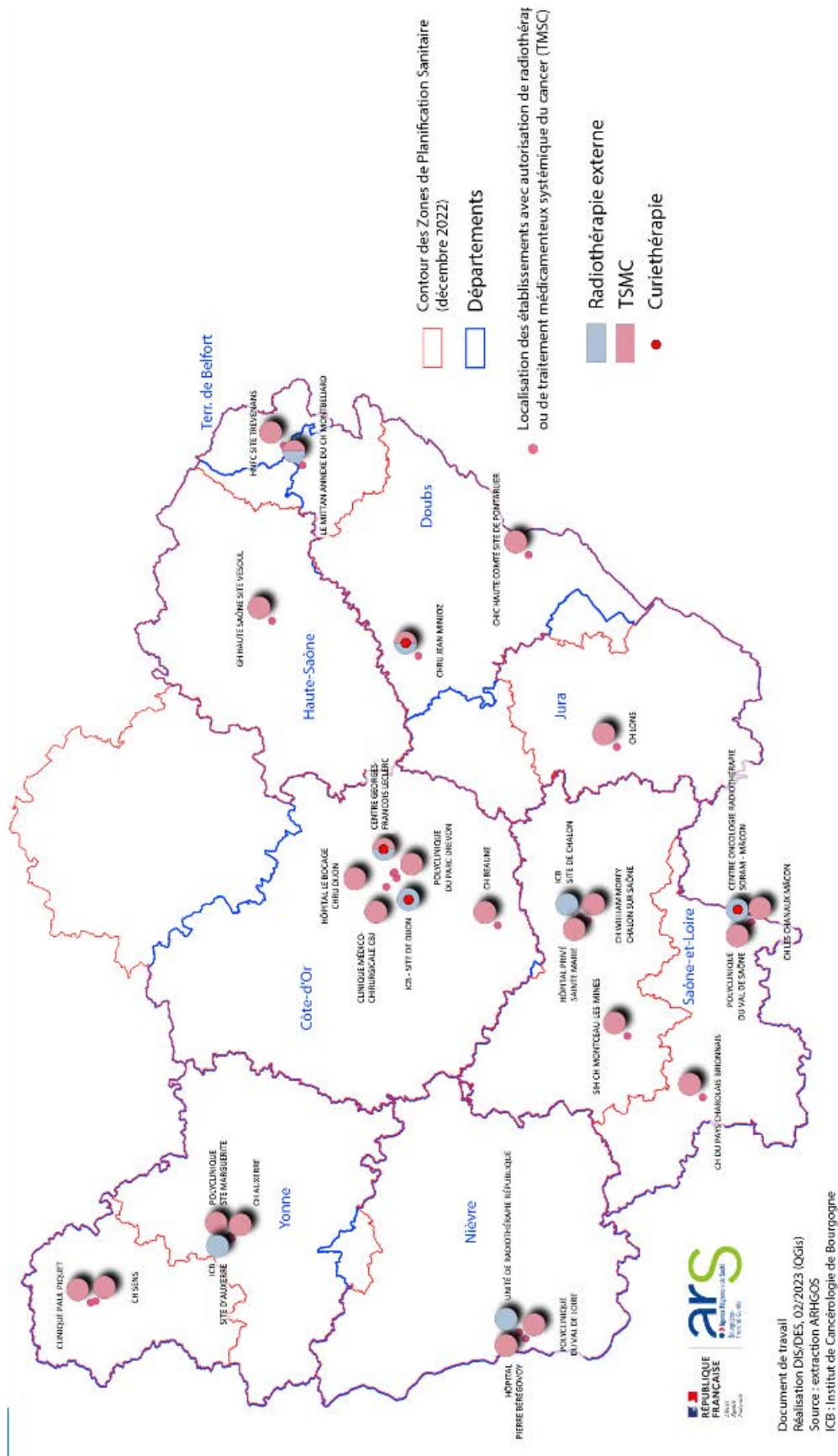
Sur le territoire Franc-Comtois, les établissements de santé publics et privés autorisés pour les activités de radiothérapies et de chimiothérapie se sont regroupés au sein d'un Groupement de Coopération Sanitaire : l'Institut Régional Fédératif du Cancer (IRFC). Les compétences et les moyens médicaux sont mutualisés ce qui permet une harmonisation des prises en charge des patients dans l'ensemble des établissements constituant le GCS.

En janvier 2023, 33 établissements sont autorisés dans le traitement du cancer pour une ou plusieurs modalités de traitement du cancer (Carte 1 et Carte 2) : 6 pour la modalité radiothérapie, 23 pour la modalité chimiothérapie (traitement médicamenteux systémique) et 29 pour la modalité chirurgie oncologique. Parmi les 29 établissements autorisés pour la modalité chirurgie oncologique 26 le sont pour le traitement des cancers digestifs, 23 pour la chirurgie des cancers urologiques, 20 pour la chirurgie du cancer du sein, 13 pour la chirurgie des cancers gynécologiques, 10 pour les cancers de la zone ORL et maxillo-faciale et 5 pour les cancers thoraciques (Carte 2).

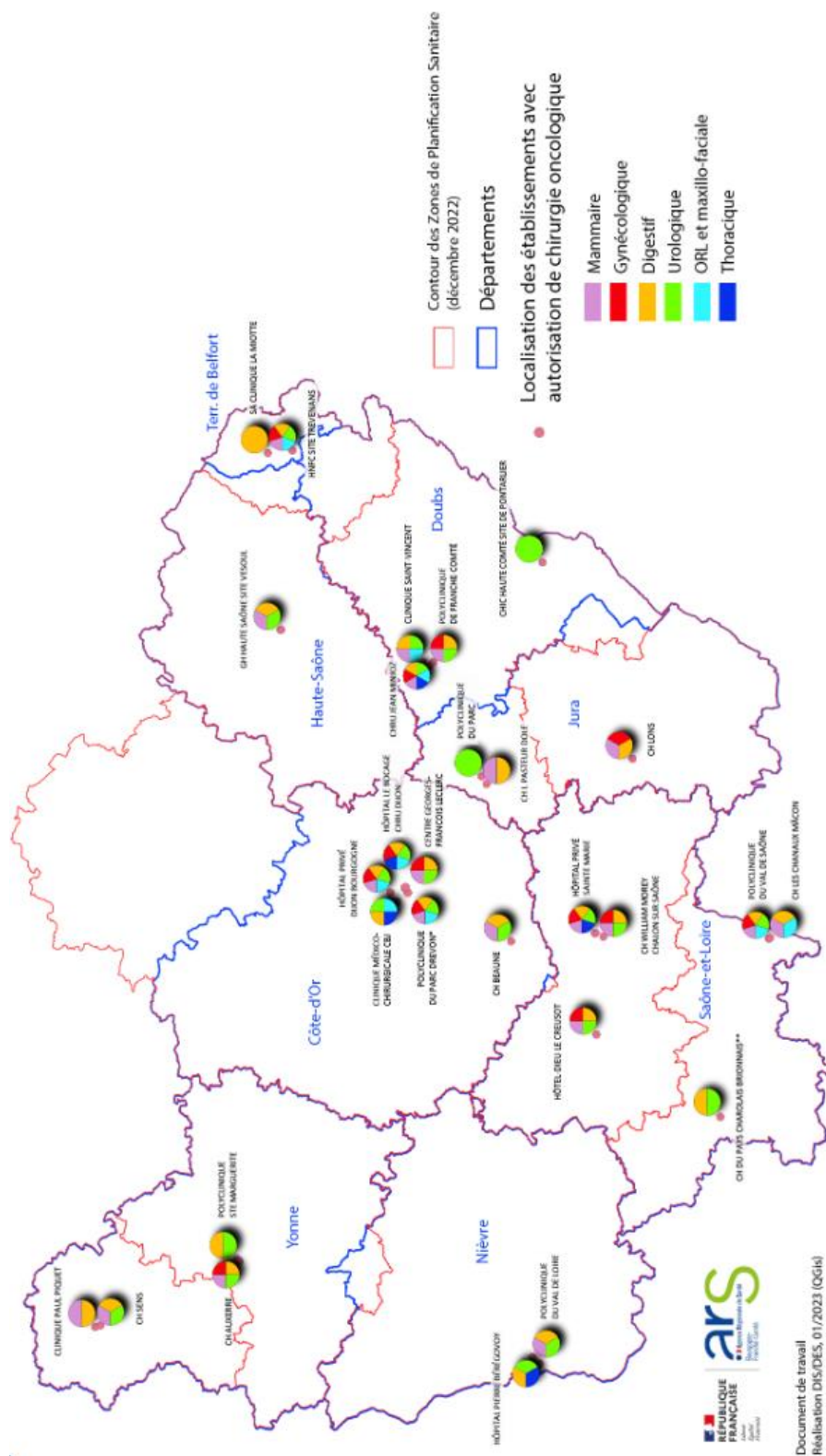
Evolution

L'innovation thérapeutique est un levier important pour améliorer à la fois la survie des patients atteint de cancer mais également améliorer leur qualité de vie. Parallèlement au développement de nouvelles thérapeutiques, l'accès des patients à l'innovation est l'un des principaux enjeux dans le traitement du cancer.

En effet depuis 2018, de nombreuses thérapeutiques sont apparues ou se sont développées comme l'immunothérapie, les anticorps bispécifiques et le traitement par les CAR-T Cells. Ces nouvelles thérapeutiques peuvent avoir un coût par patient extrêmement élevé. Le délai entre la mise sur le marché de ces nouvelles thérapeutiques et la mise en place d'un remboursement par l'assurance maladie peut être source d'inégalité sociale entre les patients.



Carte 1 : établissements autorisés pour la radiothérapie, curietherapie et les traitement médicamenteux systémiques du cancer en Bourgogne-Franche-Comté en janvier 2023 (avant l'application de la réforme de l'activité de soins traitement du cancer)



Carte 2 : Etablissements autorisés pour la chirurgie oncologie en Bourgogne-Franche-Comté en janvier 2023 (avant l'application de la réforme de l'autorisation de soin s traitement du cancer)

Le traitement par CAR-T Cells est réalisé dans deux établissements en Bourgogne-Franche-Comté, le CHU de Dijon et le CHU de Besançon. La réforme des autorisations de traitement du cancer est liée aux dispositions législatives et réglementaires encadrant et régulant les médicaments de thérapie innovante. À ce jour, dans le champ des TMSC sont concernés les CAR-T Cells. Ainsi, la liste des établissements pouvant réaliser des CAR-T Cells arrêtée par l'ARS reste en vigueur⁸⁹, en complémentarité avec les autorisations de TMSC délivrées par l'ARS. Afin de permettre la mise en conformité de ces établissements, les OQOS concernant les greffes de cellules souches hématopoïétiques vont être réajustés.

Concernant la radiothérapie, il existe une évolution thérapeutique avec l'apparition de nouvelles techniques d'irradiation avec la stéréotaxie et la protonthérapie. L'hypofractionnement est également une avancée majeure dans le traitement du cancer avec la réduction du nombre de séances par patients notamment pour les cancers de la prostate et les cancers mammaires.

Depuis 2018, des coopérations entre les établissements se sont mises en place ou ont été poursuivies dans des territoires où la démographie médicale défavorable et où du manque d'attractivité de certains établissements en raison de l'éloignement géographique de l'établissement. Ces coopérations permettent de maintenir une offre de soins de qualité dans des territoires ruraux où la population est vieillissante et les temps de trajet peuvent être un frein aux soins.

Parmi les coopérations mises en place on note :

- Dans le territoire du Sud de la Côte d'or, une coopération entre le CGFL et le Centre hospitalier de Beaune afin de maintenir une offre pour la prise en charge des cancers mammaires sur ce territoire avec le partage de professionnels entre les deux établissements et la participation à une RCP commune.
- Dans le bassin Dolois, une collaboration entre le Centre Hospitalier Louis Pasteur, le CHU de Besançon et l'IRFC a permis de mettre en place un parcours de soins pour le dépistage et la prise en charge des cancers du sein.

Au travers de la gestion de la pandémie de COVID 19, des coopérations se sont également mises en place entre les établissements publics et privés afin que les chirurgiens des hôpitaux publics puissent aller opérer leurs patients dans les établissements privés.

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Problématique

La réforme de l'activité de soins traitement du cancer recentre la modalité la chirurgie oncologique sur la chirurgie d'exérèse et donc sur le traitement curatif de la tumeur ou de la pathologie cancéreuse. L'activité diagnostique dont le diagnostic d'extension et la gestion de l'aval du traitement chirurgical (gestion des complications ; douleurs, chirurgie palliative, chirurgie reconstructrice différée) n'entre pas dans le périmètre de cette autorisation ce qui permet d'associer l'ensemble des acteurs du parcours de soins des patients atteints d'un cancer à leur prise en charge.

⁸⁹ Arrêté du 19 mai 2021 limitant l'utilisation de médicaments de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR-T Cells autologues à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique

A l'heure actuelle, des actes de chirurgie relevant de l'autorisation de chirurgie oncologique sont encore réalisés dans la région par des établissements non autorisés pour la chirurgie oncologique. La réalisation de ces actes dans des établissements non autorisés pour la chirurgie oncologique pose la question de la sécurité des prises en charge et de la qualité de ces dernières avec le respect des déterminants transversaux de qualité en cancérologie. Le volume des actes réalisés pour certaines localisations et dans certains territoires permet de poser la question de la pertinence d'ouvrir un OQOS pour la zone de planification concernée.

La pandémie de COVID 19 a accentué les difficultés des établissements de santé à recruter à la fois des personnels médicaux, paramédicaux (manipulateurs en radiologie, IDE, infirmière de bloc opératoire) avec le recours parfois massif à des intérimaires. Le manque de professionnel entraine des difficultés d'accès aux examens d'imagerie.

Cette difficulté est également accentuée par le nombre croissant d'examen que doivent avoir les patients en lien avec le développement de nouvelles thérapeutiques et de nouvelles disciplines. Le développement de l'oncogénétique amène maintenant à suivre des familles entières nécessitant la réalisation d'examens d'imagerie de manière régulière tout au long de leur vie (ex : IRM corps entier). La lourdeur des examens d'imagerie en terme de temps de réalisation fait que ces derniers sont très peu réalisés par les cabinets libéraux de radiologie.

Depuis la crise du COVID un nombre important de personnel médical et paramédical, (IDE, IBODE...) ont quitté le système de soins ce qui fragilise l'ensemble du système de santé. En effet, la faible densité de professionnels anesthésiste, infirmière de bloc ou encore instrumentaliste par rapport à la demande, impacte négativement la gestion des blocs opératoire. Cela entraine un allongement du délai de prise en charge et une perte de chance pour les patients.

Les difficultés d'accès au bloc posent également un problème pour les internes de chirurgie qui voient leur formation impactée par une diminution du nombre d'heure de formation au bloc opératoire.

En raison des difficultés de recrutement des établissements de santé et du manque d'attractivité de ces métiers, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté a décidé de mettre en place différentes mesures afin d'aborder les problématiques liées à l'orientation, la formation, l'emploi, la fidélisation et l'évolution dans ces métiers (cf. livret Attractivité).

Objectifs généraux

Les objectifs présentés, ci-dessous, sont en lien avec la fiche SRS Parcours Cancer et la mise en œuvre de la Stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 :

Objectif 1 : Assurer la qualité des prises en charge hospitalière :

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - La mise en conformité des établissements autorisés en cancérologie dans le cadre de la réforme des autorisations traitement du cancer
- ☞ 2 - L'évaluation des Actions Qualités Transversales en Cancérologie (AQTC).

Objectif 2 : Développement ville-hôpital (territoire)**Objectif opérationnel :**

- ☞ Développement des soins de support, développement HAD (cf : fiche HAD), ordonnance anti-cancéreuse dématérialisée, relai avec les DAC

Objectif 3 : développement du numérique (outils numérique)**Objectifs opérationnels :**

- ☞ 1 - DCC 2.0

Le dossier communiquant en cancérologie régional informatisé est le socle de la coordination et de la continuité de cette prise en charge par les professionnels de santé, hospitaliers et libéraux et également de la mise en œuvre de ces mesures transversales de qualité des soins. L'Inca travaille sur un cahier des charges national des DCC

- ☞ 2 - Hector
- ☞ 3 - Télésurveillance (oncolink, téléexpertise avec la dermatologie)
- ☞ 4 - Régionaliser l'outil de prescription des chimiothérapie (anciennement BPC)

Objectif 4 : améliorer l'efficacité et optimiser l'organisation régionale des soins en cancérologie
Cf. fiche SRS Parcours Cancer, livret Parcours)

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins d'activité de soins de traitement du cancer déterminent un nombre maximum et un nombre minimum d'implantations par zone de planification.

Ce nombre tient compte :

- Des projets des établissements de santé de la région en terme de création de service de chirurgie oncologique et des projets des groupes de santé en terme de transfert d'activité
- Du renforcement du seuil d'activité minimal pour la chirurgie oncologique et le traitement médicamenteux systémique du cancer.
- Des actes de chirurgie relevant de l'autorisation traitement du cancer réalisés dans des établissements jusqu'alors non autorisés pour cette activité

- Des mesures transitoires prévues par la réforme de l'activité de soins traitement du cancer :
 - Le demandeur de l'autorisation dispose d'un délai d'un an à compter de la date de réception de la notification de l'autorisation, pour atteindre au moins 80 % du niveau d'activité minimale annuelle, excepté pour des pratiques thérapeutiques spécifiques en chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe pour lesquelles il devra respecter 100 % du niveau d'activité minimale annuelle dès la première année⁹⁰.
 - Le demandeur de l'autorisation dispose d'un délai de deux ans à compter de la réception de la notification de la nouvelle autorisation pour se mettre en conformité avec les nouvelles conditions d'implantation (CI), y compris celles relatives au niveau d'activité minimale annuelle, et les nouvelles conditions techniques de fonctionnement (CTF) fixées pour l'activité de soins de traitement du cancer.
- De la possibilité pour l'ARS d'accorder des autorisations dérogatoires pour exception géographique :
 - L'autorisation dérogatoire de chirurgie oncologique pour exception géographique concerne les mentions A1 à A6. Ces titulaires se seront exemptés des seuils d'activité minimale sous couvert de dispositions de sécurisation, telle une convention⁹¹ obligatoire avec un titulaire de chirurgie oncologique atteignant d'emblée le seuil au moment de l'octroi des nouvelles autorisations (projet chirurgical partagé ; RCP commune...) pour la même localisation tumorale. Il s'agit de garantir le respect des déterminants transversaux qualité en cancérologie et la qualité et sécurité de la prise en charge chirurgicale oncologique sur le site dérogatoire pour exception géographique.
 - La durée des autorisations de chirurgie oncologique dérogatoires pour exception géographique est de 7 ans

Les titulaires d'autorisation en limite de seuil sont invités à engager un dialogue avec l'ARS autour d'éventuels engagements ou réorientations organisationnelles pouvant intégrer des coopérations inter-établissements titulaires d'autorisation et aboutir ainsi qu'au respect des obligations de seuils sur le site géographique.

Les OQOS sont présentés, pour chaque zone de planification, en nombre d'implantations pour :

- Chaque mention de la modalité chirurgie oncologique (mention A, B, C)
- Chaque mention de la modalité Radiothérapie externe, (mention A, B, C)
- Pour chaque mention de la modalité Traitement médicamenteux systémique du cancer (mention A, B, C).

⁹⁰ Un seuil d'activité minimale annuelle de 5 chirurgies d'exérèse est fixé pour chacune des pratiques thérapeutiques spécifiques d'organes en chirurgie oncologique digestive (foie, œsophage et jonction œsophagienne, rectum, pancréas, estomac).

⁹¹ Un arrêté sur les conventions de coopérations accompagnant les autorisations dérogatoires de chirurgie oncologique pour exception géographique va être publié

OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
TRAITEMENT DU CANCER

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023

	Modalité	Mention	Localisation	Zone								Yonne
				Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	
Nombre d'implantations prévues	Chirurgie oncologique	Mention A : chirurgie oncologique chez l'adulte	A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive	1	1	1	1 à 2	1	0 à 1	2	0 à 1	1 à 2
			A2 : Chirurgie oncologique thoracique	1	0	1	0	0	0	1	0	
			A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	3	0	0	1 à 2	0	1	1	1	
			A4 : Chirurgie oncologique urologique	1	1	0	2	0	1 à 2	2	1	
			A5 : Chirurgie oncologique gynécologique	1	0	0	1	1	2	2	0	
			A6 : Chirurgie oncologique mammaire	3	1	1	4	1	2	3	1	
			A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée	6	1	2	6	1	3	3	2	
			B1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales	4	0	1	2 à 3	0	2 à 3	1	1 à 2	
			B2 : Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissant le rachis, le cœur ou la paroi thoracique	1	0	0	1	0	0	0	0	
			B3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse	1	0	1	1	0	1	0	0	
			B4 : Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombos-aortique	2	0	1	3	0	0 à 1	1	0	
			B5 : Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale	2	0	1	1	0	0	0	0	
			Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans	1	0	0	1	0	0	0	0	
Radiothérapie externe, curi-thérapie	Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	0	1	1	0	1	1	1			
	Mention B : traitements de curi-thérapie chez l'adulte	2	0	0	1	0	1	0	0			
	Mention C : traitements de radiothérapie externe ou de curi-thérapie chez l'adulte, chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	1	0	0	0	0	0	0	0			
Traitements médicamenteux systémiques du cancer	Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées	4	1	1	1	1	2 à 3	2 à 3	1 à 2			
	Mention B : en sus de la mention A, chimiothérapies intensives	1	0	0 à 1	1	0	0 à 1	0 à 1	0 à 1			
	Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs	1	0	0	1	0	0	0	0			

Les titulaires d'autorisations d'activité de soins de traitement du cancer doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation

3) PARTENARIATS

- Dispositif spécifique régional du cancer OncoBFC
- Etablissements autorisés pour le traitement du cancer e établissement associés
- HAD, SMR
- Centre régional de coordination des dépistages du cancer
- Centre de coordination en cancérologie (3C)

4) TRANSVERSALITE

- Livret Attractivité
- Livret Innovation
- Livret Parcours, parcours cancer
- Livret Qualité, sécurité, pertinence, fiche Politique régionale du médicament
- Ce livret, fiches Médecine nucléaire, Radiologie, AMP, SMR, HAD, Médecine, Chirurgie, Greffes, Neurochirurgie

7.1.14. HOSPITALISATION A DOMICILE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Le développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) est un objectif national inscrit dans le SRS, qui doit à la fois conduire à une amélioration de la prise en charge du patient et à des gains d'efficacité.

L'activité des HAD a fortement augmenté au cours des 4 ans, passant de 16 patients/jour/100 000hab. en 2018 à 23 en 2021. L'écart à la moyenne nationale se réduit passant de 7 points en 2018 à moins de 5 en 2021 ; toutefois, la région ne rejoint pas encore la moyenne nationale.

La crise sanitaire de 2020-2021 a conduit à de nouvelles organisations et dispositifs entre les acteurs locaux sur l'ensemble des territoires et à un renforcement de la place des HAD dans l'offre de soins.

Cette progression s'observe tant sur l'évolution des journées produites (+45%) que sur celle des séjours terminés (+35%) ou des patients pris en charge (+40%). Ainsi, la DMS progresse très légèrement sur la période, pour évoluer de 29 jours en 2018 à 30,7 en 2021.

A titre de comparaison, l'évolution observée France entière est, sur la même période, de 22% pour les journées, 25% pour les séjours.

En synthèse, le nombre de patients pris en charge en HAD pour 1000 hab. évolue de 1,28 patient en 2018 à 1,80 patient en 2021.

En ce qui concerne la nature du séjour pour laquelle le patient est pris en charge en HAD, définie à partir du projet médical principal pour ce patient, il ressort que de 2019 à 2021, les orientations en HAD le sont pour :

- des soins palliatifs (36 à 37%),
- des soins ponctuels (25 à 29%),
- des soins complexes (18 à 25%),
- de la surveillance (11 à 17%).

Au plan régional, les séjours réalisés pour des patients admis en HAD pour de la pédiatrie, de l'ante ou du post-partum ou de la rééducation sont très marginaux (<1%).

Sur la période 2018-2021, la part des patients dont l'état de santé nécessite a minima une aide suivie et des soins fréquents (indice de Karnofsky $\leq 50\%$) augmente de façon continue de 82% des journées produites en 2018 à 90% en 2021.

Sur la période 2018-2021, les journées en ESMS ont progressé de 47%, passant de 14 190 journées en 2018 à 20 864 journées en 2021. Toutefois, la part des journées en ESMS réalisée en région en 2021 (8,8%) reste inférieure à la moyenne nationale (9,7%).

Depuis le 1er juillet 2022, 10 établissements d'HAD disposent de 14 autorisations. L'implantation de l'HAD spécialisée pré et post-partum de la zone de planification sanitaire du centre Franche-Comté a été intégrée à l'HAD polyvalente.

Une évolution majeure a été introduite par l'ordonnance du 12 mai 2021 qui renforce la place de l'HAD dans l'offre de soins en faisant évoluer l'activité d'HAD de modalité de prise en charge de la médecine en activité de soins à part entière.

Les décrets des 31 décembre 2021 et 31 janvier 2022 fixent les conditions d'implantation ainsi que les conditions techniques de fonctionnement.

L'aire géographique du titulaire d'autorisation sera définie par l'énumération des communes desservies.

L'autorisation d'activité comportera une ou plusieurs des mentions suivantes :

- mention « socle »,
- mention « réadaptation »,
- mention « ante et post-partum »
- mention « enfants de moins de 3 ans ».

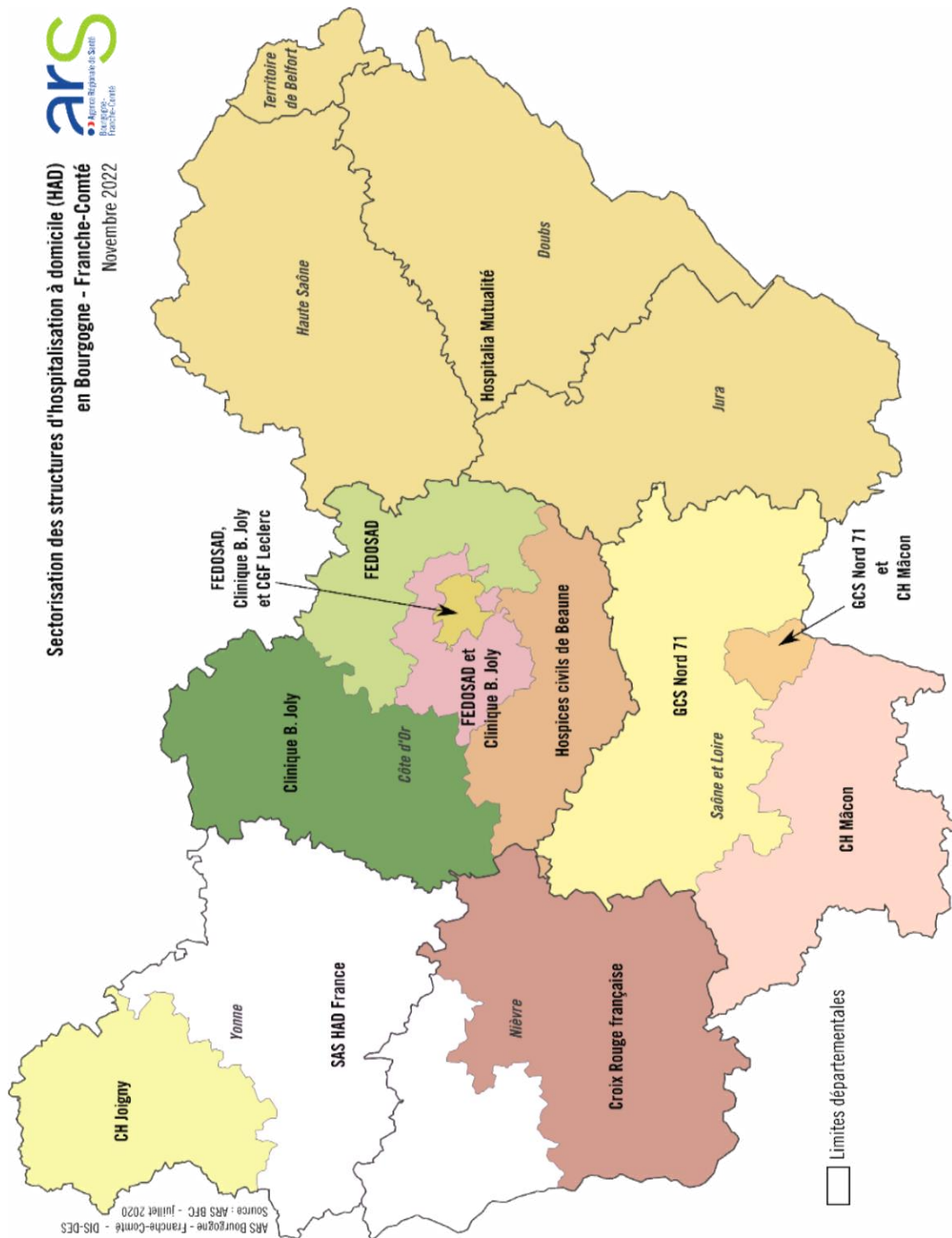
Les autorisations concernant les mentions « réadaptation », « ante et post-partum » et « enfants de moins de 3 ans » ne pourront venir qu'en complément de l'autorisation pour la mention « socle ».

Les titulaires d'autorisation de la seule mention socle ne pourront pas prendre en charge les patients relevant des mentions spécialisées (sauf les enfants de moins de 3 ans en soins palliatifs sous certaines conditions).

La feuille de route stratégique 2021-2026 fixe 7 orientations nationales de développement de l'HAD :

- Améliorer la connaissance de l'HAD et l'attractivité de cette activité,
- Renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale sanitaire,
- Développer l'articulation entre l'HAD et le secteur social et médico-social et renforcer le rôle de l'HAD dans les parcours des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou de précarité,
- Renforcer la qualité et la pertinence de la prise en charge en HAD,
- Faire de la e-santé et du numérique un levier de la diversification des prises en charge,
- Permettre au patient et à ses aidants d'être acteurs dans le parcours HAD,
- Développer la recherche et l'innovation en HAD.

Existant (cf carte)



2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Les objectifs principaux ci-dessous sont fixés à partir des orientations de la feuille de route nationale et de l'état des lieux en région dont le but principal est l'atteinte d'une file active de 35 patients/jour/100 000hab. en région à l'échéance du PRS.

Objectif général 1 : Dans un objectif de gradation des soins et de structuration des parcours des patients, renforcer la qualité et la pertinence de la prise en charge en HAD

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Accompagner les établissements d'HAD dans leur conformité, quelle que soit la mention, aux nouvelles conditions techniques de fonctionnement issues de la réforme des autorisations*

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ 100% d'HAD conformes aux conditions techniques de fonctionnement

- ☞ *2 - Garantir une articulation entre les HAD et l'ARS*

Exemples d'actions :

- ⊙ Réunion du groupe de travail régional HAD/ARS/FEDES/URPS
- ⊙ Utilisation du tableau de bord de suivi des objectifs/actions de la feuille de route régionale en articulation avec le PRS HAD 2023-2028

- ☞ *3 - Grâce à l'informatisation, rendre systématique l'accès au dossier patient en HAD pour tous les professionnels intervenant au domicile, non-salariés de l'HAD afin de systématiser, fiabiliser et sécuriser la traçabilité des actes et interventions et développer les objets connectés/la télémédecine*

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ 100% d'HAD avec un dossier patient informatisé et un logiciel de soins dédié HAD

- ☞ *4 - Améliorer la connaissance de l'HAD par les professionnels de santé en formation initiale*

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ 100% d'HAD concernées au moins par un des dispositifs : postes médicaux partagés, IPA...

- ☞ *5 - Instaurer une dynamique régionale sur le circuit du médicament en HAD afin d'adapter la prise en charge médicamenteuse aux spécificités de l'HAD notamment pour le stockage et le transport*

Exemples d'actions :

- ⊙ Conventions entre HAD et PUI des ES MCO
- ⊙ Ouverture de PUI en HAD

Objectif général 2 : Renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale sanitaire

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Positionner l'HAD comme un appui à la fluidification des parcours depuis les urgences et au sein des EHPAD

Exemples d'actions :

- ⦿ Admission des patients en HAD suite à un passage aux urgences ou en UHCD

- ☞ 2 - Mettre en place des plateformes d'évaluation HAD (ou tout autre dispositif de coordination) au sein des établissements de santé avec hébergement MCO

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ 100% d'ES MCO avec hébergement disposant d'une plateforme d'évaluation
- ☞ 100 % d'HAD concernées au moins par un des dispositifs : postes médicaux partagés, IPA...

- ☞ 3 - Articuler l'HAD avec les établissements de santé avec hébergement, les hôpitaux de proximité, les équipes mobiles d'expertise (Equipe Mobile Réadaptation, Equipe Mobile Gériatrie, Equipe Mobile Néonatalogie, Equipe Mobile Soins Palliatifs, Equipe Mobile de Psychiatrie Santé Mentale...) et les DAC sur l'ensemble de leur territoire

Exemples d'actions :

- ⦿ Signature de conventions entre structures
- ⦿ Participation à la rédaction et à l'animation des PMSP

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ 100% de CPOM avec objectifs chiffrés HAD

- ☞ 4 - Encourager la prescription par les médecins généralistes de l'HAD en substitution d'une hospitalisation conventionnelle en lien avec l'exercice coordonné
- ☞ 5 - Optimiser l'accès aux traitements anti-cancéreux systémiques en HAD et favoriser les alternatives aux séances pouvant être réalisées au domicile du patient en articulation avec les organisations déjà en place et en cohérence avec le volet cancer du SRS

Exemples d'actions :

- ⦿ Signature de conventions entre les HAD et les pharmacies à usage intérieur préparatrices de chimiothérapies injectables

- ☞ 6 - Pour les soins palliatifs, renforcer la place de l'HAD pour les situations les plus complexes, quel que soit le lieu de vie des patients (domicile, ESMS) et positionner les équipes d'HAD comme structures de recours
- ☞ 7 - L'HAD s'inscrit dans la filière palliative de son territoire et, est représentée au sein de l'instance de gouvernance de la filière, animée sous l'égide de l'ARS par la cellule régionale

Exemples d'actions :

- Formation des PM et PNM à la pratique des SP par HAD
- Ouverture de lieux de stages et participation à l'offre de compagnonnage en soins palliatifs

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ 100% des ESMS, établissements sociaux et SAD du territoire couvert

Objectif général 3 : Développer l'articulation entre l'HAD et le secteur social et médico-social et renforcer le rôle de l'HAD dans les parcours des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou de précarité

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Favoriser la mise en œuvre des coopérations entre l'HAD et les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en lien avec les Centres Ressources Territoriaux, et les SAD

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ 100% des ESMS, établissements sociaux et SAD du territoire couvert

- ☞ 2 - Généraliser les évaluations anticipées des personnes en ESMS, établissements sociaux et au domicile, afin d'éviter des prises en charge trop tardives et des transferts en service d'urgence

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ 100% des ESMS contactés réalisent des évaluations anticipées en HAD des résidents d'EHPAD

- ☞ 3 - Encourager la poursuite de l'intégration des patients et de leurs proches dans les parcours HAD

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ 100% des dispositifs utilisés

Evolution

Pour le territoire de la Côte d'Or, il est envisagé une diminution des autorisations passant de 4 à 3, du fait du regroupement des HAD de la FEDOSAD et de la Clinique Bénigne Joly à compter du 1er janvier 2024.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (cf tableau ci-après)

3) PARTENARIATS

- Projets prioritaires ARS : renforcement des soins de proximité (pacte territoire et santé), soins palliatifs, coopérations hospitalières - GHT, amélioration des parcours de santé, personnes en situation de handicap, schéma régional des ressources humaines, développement de la e-santé (e-ticss), Plan d'action régional des urgences (PARU), permanence des soins ambulatoires (PDSA), renforcement des soins de proximité, efficacité du système de santé (virage ambulatoire), coopérations et contractualisation (CPOM)
- Acteurs : unions régionales des professionnels de santé (URPS), maisons de santé pluridisciplinaires, plateformes territoriales d'appui, établissements et services médico-sociaux (ESMS) (EHPAD, établissements et services pour personnes handicapées) etc...

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours, fiches Parcours grand âge, handicap
- Livret Offre de santé, fiche Soins palliatifs
- Ce livret, fiches SMR, Gynéco-obstétrique, néonatalogie et réa néonatale, Traitement du cancer

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE D'HOSPITALISATION A DOMICILE**

Réglementation en vigueur avant le 01/06/2023

L'HAD n'était pas inscrite dans la liste des activités de soins autorisées à l'article L. 6122-25 CSP

Elle constituait une forme de l'activité autorisée de médecine

Modalité	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Nombre d'implantations autorisées	4	1	1	2	1	1	1	1	2

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023

Mention	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Mention socle	4 à 3	1	1	2	1	1	1	1	2
Mention réadaptation	4 à 3	1	1	2	1	1	1	1	2
Mention ante et post-partum	4 à 3	1	1	2	1	1	1	1	2
Mention enfants de moins de 3 ans	4 à 3	1	1	1	1	1	1	1	2

Les titulaires d'une autorisation d'activité délivrée avant cette date doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation d'activité d'HAD

7.1.15. RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

L'activité de radiologie scindée en deux modalités

Le décret n°2022-1237 du 16 septembre 2022, relatif aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle scinde l'exercice de l'activité de radiologie en deux modalités, traduites par deux autorisations distinctes :

- Une première autorisation portant sur l'exploitation « d'équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique » ;
A compter du 1er juin 2023, les appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale et les scanographes à utilisation médicale, utilisés pour la réalisation d'actes diagnostiques, seront soumis à autorisation à l'exception de ceux exclusivement dédiés à : l'activité de médecine nucléaire ; l'activité interventionnelle sous imagerie en cardiologie ; l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie et l'activité de radiologie interventionnelle.
- Une seconde autorisation relative à « l'activité de radiologie interventionnelle ».

Esprit de la réforme

Les principaux axes de la réforme de l'activité d'exploitation d'équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique sont les suivants :

- Renforcer la qualité et la sécurité des pratiques, via l'instauration de conditions d'implantation et de fonctionnement pour les titulaires d'autorisation réalisant des actes de radiologie diagnostique ;
- Structurer et simplifier l'acquisition d'équipements matériels lourds (EML ci-après), en supprimant les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS ci-après) par EML et en implémentant des OQOS par site géographique ;
- Inciter à participer à la permanence des soins et aux prises en charge urgentes et non programmées.

Evolutions majeures au cours de la période 2028-2023

Trois ans après l'adoption du projet régional de santé (arrêté le 2 juillet 2018), les objectifs quantifiés arrêtés pour l'imagerie ne permettaient plus de satisfaire aux besoins constatés sur le territoire (augmentation du nombre de patients, augmentation du temps de désinfection du fait de la crise sanitaire liée à la COVID-19 ou encore augmentation du nombre d'examens nécessitant une longue durée (IRM cardiaques par exemple)). De plus, les recours aux examens d'imagerie ont été accrus dans le cadre des diagnostics liés à la COVID-19.

Ainsi, par un vote favorable en date du 23 septembre 2021, la Commission Spécialisée de l'Offre de Soins (CSOS) de Bourgogne Franche-Comté a approuvé la reconnaissance de besoins exceptionnels quant à l'offre en scanographes et appareils IRM sur la Région.

Cette reconnaissance de besoins exceptionnels se justifiait par l'accès à de meilleures possibilités diagnostiques pour les patients, la nécessité de réactivité et de rapidité de prise en charge dans certaines situations.

Ainsi, 9 scanners supplémentaires et 11 appareils IRM ont été autorisés au cours du premier semestre de l'année 2022 sur l'ensemble du territoire régional.

Les projections ont été élaborées en tenant compte :

- des taux d'équipements par zone de planification sanitaire,
- du nombre de séjours en médecine chirurgie par zone de planification (en 2019) et donc du taux / 10000 séjours,
- des besoins exprimés par les opérateurs et des délais de rendez-vous déclarés.

Nonobstant le besoin quantitatif d'augmenter le parc d'appareils pour répondre aux besoins des patients, il n'a pas été fait abstraction des ressources humaines formées et disponibles (radiologues et manipulateurs en radiologie).

Par ailleurs, des axes d'amélioration ont été définis quant aux modalités de coopération pour assurer l'accès aux soins de proximité et la permanence des soins.

Raréfaction des ressources médicales et paramédicales

Les manipulateurs en électroradiologie médicale comportent un effectif de 1499 professionnels, en progression de 13% depuis 2018. Cette évolution apparaît plus marquée dans la région que sur le plan national (+8,6%).

Manipulateur ERM	Densité 2022
nationale	46,28
Ile de France	47,69
Centre Val de Loire	43,19
Normandie	44,88
Hauts de France	46,39
Bourgogne Franche-Comté	42,91
Grand Est	54,84
Pays de la Loire	38,7
Bretagne	41,96
Nouvelle Aquitaine	45,19
Occitanie	44,58
Auvergne Rhône Alpes	50
Sud	52,38
Corse	42,7

Source : Répertoire ADELI- Drees, données au 1er janvier 2022

La densité est exprimée en nombre de professionnels pour 100 000 habitants.

Le métier de Manipulateur en Electro Radiologie est accessible après 2 cursus de formation différents :

- DTS IRMT (éducation nationale)
- DE MERM (ministère de la santé)

Les formations sont universitarisées. Actuellement, 2 lycées proposent la formation au DTS IRMT en BFC : Lycée Castel à Dijon (24 places) –Lycée Pergaud à Besançon (36 places).

Cela ne couvre pas le besoin en professionnels sur le territoire et le conseil régional avait sollicité le rectorat pour que les quotas de formation puissent être augmentés. L'IFMS de Montbéliard a déposé au cours de l'année 2022, un dossier de demande d'autorisation d'ouverture d'une formation préparant au DE MERM. L'ouverture de cette formation est prévue pour la rentrée de septembre 2024.

Actions menées par l'ARS BFC

Concernant les internes en radiologie, l'ARS BFC ouvre l'intégralité des 7 postes sur Dijon et 6 sur Besançon, qui sont systématiquement choisis. La spécialité radiologie est très attractive auprès des étudiants.

Cependant, compte-tenu du volume total de postes à ouvrir aux ECN –toutes spécialités confondues, il n'est pas garanti que les demandes d'ouverture soient satisfaites par le niveau national.

On constate que la somme des postes demandés en région est supérieure à la somme des postes ouverts : à Dijon, 265 postes demandés pour 261 postes ouverts et sur Besançon, 234 postes demandés pour 216 ouverts par le national.

Depuis 2009, l'ARS soutient le recrutement d'assistants spécialistes partagés et apporte un cofinancement. Environ 60 à 65 assistants sont recrutés chaque année (soit pour 1 an, soit pour 2 ans, avec quelques démissions en cours de contrats). Au cours de l'année 2022, l'ARS BFC a financé 5 postes (tous sur l'ex Franche-Comté).

Les enseignements du rapport de la Cour des Comptes du 04 octobre 2022 sur l'imagerie médicale

Les disparités territoriales demeurent préoccupantes. Elles touchent tout particulièrement les scanners dont la densité varie du simple au triple entre départements, et plus encore les IRM (ratios du simple au quadruple).

Or, les ARS ne disposent pas d'un indicateur précis, défini au niveau national, mesurant les délais d'attente pour accéder aux équipements. Selon les informations fournies par les représentants des industriels, données utilisées dans le rapport, il faudrait en moyenne 32 jours pour accéder à un examen d'IRM, soit 12 jours de plus que le délai maximal prévu par le plan cancer 2014-2019 pour permettre de détecter les cancers le plus tôt possible. Ce délai moyen fluctue, par ailleurs, entre 19 5 jours (Île de France) et 70 3 jours (Pays de la Loire), la majorité des régions étant proches de la moyenne nationale.

Sur la période 2015-2021, la démographie des professionnels spécialisés dans l'imagerie est restée orientée à la hausse, mais un ralentissement devrait intervenir dans les prochaines années du fait du vieillissement de la population des médecins radiologues.

L'augmentation du nombre de postes offerts aux internes, prévue par la réforme du numerus clausus, permettra une nouvelle progression de l'effectif à compter de l'horizon 2030.

En ligne avec les constats de la Cour des Comptes en 2016, les tensions se confirment à l'hôpital public. Seuls 22% des radiologues exercent dans le public contre 41% en moyenne pour l'ensemble des spécialistes médicaux. Leur répartition est très variable d'un département à l'autre. Les taux de vacance de radiologues hospitaliers sont en augmentation depuis 2015. Les hôpitaux recourent à l'intérim médical ainsi qu'à l'intervention à distance de radiologues par la téléradiologie, pratique en fort développement.

Développement des nouvelles techniques

L'un des objectifs de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 est de mobiliser l'intelligence artificielle pour analyser les données (aide au diagnostic, prédiction de l'efficacité, etc.).

L'utilisation de données probantes, massives et nombreuses peut contribuer à limiter le nombre de cancers et à réduire leur impact. De même, le développement des nouvelles technologies, et notamment de l'intelligence artificielle, favorise les actions de recherche et d'évaluation en santé, et renforce le pilotage des politiques tant nationales que locales. Le nombre et la diversité des professionnels de santé intervenant auprès des malades et la multiplicité des événements composant le parcours de santé sont des facteurs de complexité qui doivent être pris en compte.

Cela nécessite de penser la production de données comme intégrée à l'activité et de réaliser un important travail d'harmonisation de leur présentation pour en faciliter l'exploitation, de les regrouper au sein d'entrepôts de données et de renforcer leur utilisation en favorisant notamment leurs croisements. Les bases de données peuvent provenir des pratiques cliniques, notamment du dossier communicant de cancérologie ; des structures de surveillance et d'observation comme les registres des cancers ; des centres régionaux de coordination des dépistages ; des études, dont les bases clinico-biologiques, bibliothèques ou tumorothèques, et de cohortes alliant des informations cliniques, biologiques et « omiques » ; et des essais cliniques.

Les premiers travaux issus de la plateforme de données en cancérologie laissent présager de l'important potentiel de ces données. Le principal objectif est de parvenir à mobiliser davantage les données de santé, grâce aux nombreux apports de l'intelligence artificielle.

Volet numérique de la radiologie

Télé radiologie : il existait jusqu'à aujourd'hui un marché régional portant les commandes des établissements ; il a été jugé pertinent que les établissements réintègrent ces marchés dans leur propre giron. Intelligence artificielle (IA) : l'ARS BFC a mis en place, avec le concours du Grades, un système d'IA pour le post traitement de l'imagerie médicale sur des AVC (<https://www.olea-medical.com/fr/>) ; de manière générale, les projets intégrant des logiques d'IA et/ou de moteur de gestion de règles/ algorithmique vont de plus en plus se développer et ce domaine sera intégré dans la fiche SRS relative au numérique en santé.

Un projet national piloté par la Délégation du numérique au Ministère de la Santé et de la Prévention, relatif au partage de l'imagerie médicale est en développement ; il s'agit de DRIM-M dont les usages clés sont :

- Permettre aux consommateurs Professionnels de Santé de visualiser un examen réalisé n'importe où sur le territoire,
- Prendre connaissance de l'antériorité des examens du patient,
- Pour le PS exploitant de l'imagerie, le radiologue, le spécialiste en imagerie, importer l'examen dans son environnement DICOM afin de réaliser des comparaisons et du post-traitement,
- Pour le médecin demandeur, visualiser un examen se rapportant au Compte-rendu d'imagerie médicale à partir d'un lien intégré au document.

Ainsi il sera possible au travers du projet DRIM-M, pour les régions qui stockent des images, de s'intégrer pleinement à cette architecture tout en proposant des services complémentaires comme de la télé-radiologie.

Une étude d'opportunité vient d'être initiée au niveau régional, à la demande de l'URPS médecins libéraux, ainsi que les deux CHU et un représentant FHP, pour le développement d'un système régional d'imagerie:

- Mutualisation à une échelle régionale le stockage / archivage de l'imagerie (PACS voire VNA),
- Permettre un hébergement de données sécurisé dans les territoires qui en nécessitent (ex: GIE imagerie partagé entre un CH et des radiologues libéraux),
- Faciliter le partage de l'imagerie médicale infra GHT, inter-établissements (publics comme privés) / cabinets de radiologie, et avec les PSL.

Points de vigilance quant au parcours cardio-neurovasculaire et cancérologie

Parcours maladies cardio-neurovasculaire :

On note un besoin croissant d'examen radiologiques dans le champ de la cardiologie et de la neurologie vasculaire, d'où les constats suivants :

- Manque d'équipements et de ressources humaines pour absorber ces activités,
- Manque de plages suffisantes dédiées exclusivement à la cardiologie pouvant avoir un impact sur la formation des internes de cardiologie,
- Manque d'accès en 24h/24 représente de véritables points de ruptures sur ce parcours notamment sur la prise en charge des accidents ischémiques transitoires et des accidents vasculaires cérébraux.

Parcours cancer :

- Réduire les délais et accélérer les plages disponibles notamment lors de la détection des cancers de mauvais pronostics,
- Besoin sur les IRM corps entier, notamment dans le cadre du dépistage et du suivi des patients présentant des prédispositions génétiques. Ces consultations génétiques vont être développées et un besoin croissant d'examen IRM corps entier va donc apparaître.

L'un des principaux enjeu-objectif est de parvenir à mettre en place une prise en charge au plus près du lieu de résidence du patient.

Permanence et continuité des soins

Possibilité de participation à la permanence des soins sur proposition du DG ARS

L'article R. 6123-162,1° du CSP dispose que le Directeur Général de l'ARS propose, en fonction des besoins identifiés dans la zone concernée, au titulaire de participer à la permanence des soins.

L'organisation territoriale de cette permanence peut s'appuyer sur le recours à des moyens de télé-radiologie.

Si la permanence est commune à plusieurs sites autorisés, une convention est établie entre les titulaires pour :

- Définir les modalités d'organisation,
- Préciser la participation des personnels de chaque site,
- Fixer les conditions d'orientation et de prise en charge des patients.

Lorsque les deux sites relèvent du même titulaire, la permanence des soins fait l'objet d'une organisation interne formalisée.

Obligation du titulaire disposant d'au moins trois équipements

L'article R.6123-162,2° du CSP dispose qu'à la demande du DG ARS, le titulaire disposant de trois équipements sur le même site garantit la possibilité de réaliser des examens et d'en interpréter les résultats sur au moins un appareil par résonance magnétique nucléaire :

- Pour des prises en charge urgentes et non programmées,
- Et sur des plages horaires de 12h les jours ouvrables.

Bilan de l'existant et analyse du taux de recours et du « taux de fuite »

Afin d'obtenir un bilan de l'existant, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Bourgogne-Franche-Comté a extrait des données relatives aux équipements d'appareils d'IRM et de scanners issues du Système National des Données (SNDS) ont été extraites et ne portent que sur les examens réalisés en 2022 par des établissements implantés sur l'intégralité du territoire national. Les examens ont été remboursés à la fin du mois de février 2023 et concernent des patients résidant en Bourgogne-Franche-Comté, quel que soit leur régime d'affiliation.

Les taux de recours :

- sont estimés à partir des remboursements de forfaits techniques facturés et non du codage des actes techniques. Aucune indication sur le geste ou la localisation des examens n'a été prise en compte dans ce suivi.
- sont calculés par département et/ou communauté de communes de résidence des patients : le nombre de bénéficiaires d'un IRM ou scanner résidant dans un territoire est rapporté à la population de ce même territoire.

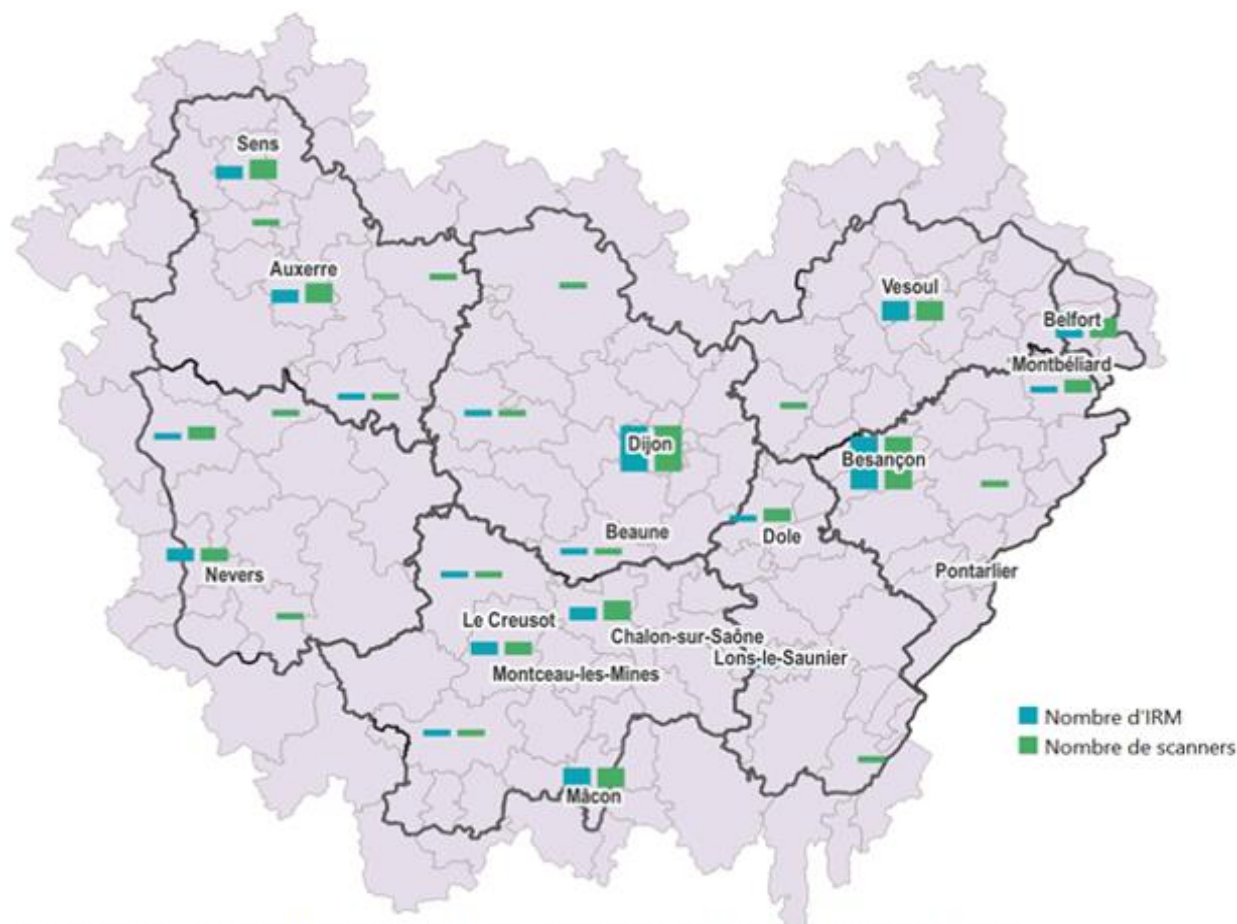
Le « taux de fuite » correspond à la part de bénéficiaires d'IRM ou scanner d'un territoire calculée selon le lieu de réalisation de leur examen. On distingue quatre « modalités » : réalisation au sein de la communauté de communes (EPCI*), hors communauté de communes mais dans le département, hors département mais en région et enfin hors région.

Afin de neutraliser les écarts dans la structure par âge de la population et de comparer le niveau de recours à âge égal, les analyses cartographiques portent sur la classe d'âge des 45 à 74 ans, population la plus représentée dans le recours aux actes d'IRM et scanner.

Situation du nombre d'appareils IRM et scanners installés en BFC au 8 mars 2023 :

Au 8 mars 2023, on dénombre 46 IRM et 59 scanners installés en région.

Dijon et Besançon sont les villes les mieux dotées avec respectivement 8 et 7 équipements de chaque type. Viennent ensuite Belfort (4 IRM et 3 scanners) puis Vesoul et Mâcon avec 3 appareils de chaque type.



Source : [datasanté](#) – table des EML autorisés et mis en œuvre (installés) au 8 mars 2023 - Carte réalisée sur QGIS3.28

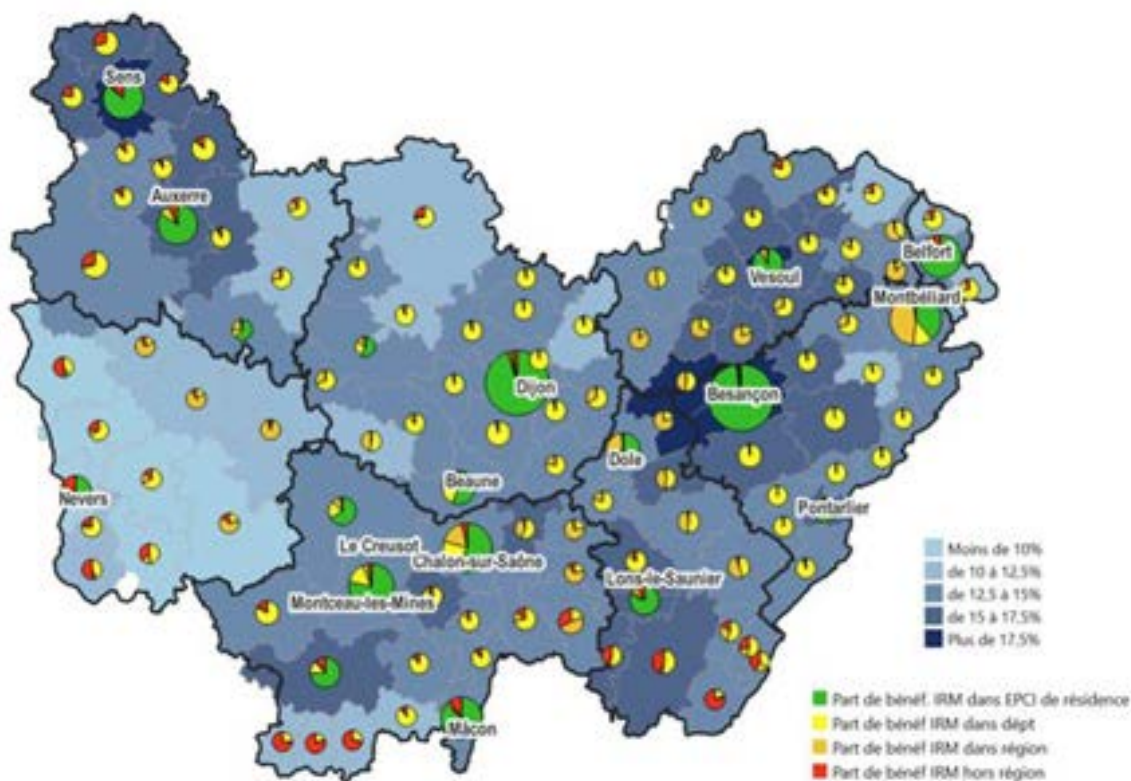
IRM : activité en 2022 en BFC :

- près de 261 000 patients ont bénéficié d'au moins un examen d'IRM en 2022
- 56% d'entre eux sont âgés de 45 à 74 ans
- tous âges, le taux de recours aux IRM est de 10,1% en région ; de 7% dans la Nièvre à 11% dans l'Yonne, la Haute-Saône, le Jura ou le Doubs
- le taux de recours aux IRM est de 14% parmi les 45 à 74 ans : de 10,3% dans la Nièvre à plus de 15% dans l'Yonne, la Haute-Saône, le Jura ou le Doubs

Département de résidence du bénéficiaire	Nombre de bénéficiaires d'IRM	Taux de recours à l'IRM				TOTAL
		moins de 20 ans	de 20 à 44 ans	de 45 à 74 ans	75 ans et plus	
Côte-d'Or	44 898	3,1%	8,2%	13,2%	9,8%	9,3%
Doubs	53 391	3,5%	9,5%	15,4%	11,7%	10,7%
Jura	26 109	3,4%	9,7%	15,0%	10,6%	10,8%
Nièvre	13 749	2,4%	6,9%	10,3%	6,9%	7,3%
Haute-Saône	23 795	3,7%	10,4%	15,5%	11,1%	11,1%
Saône-et-Loire	53 816	3,5%	8,9%	14,2%	10,1%	10,3%
Yonne	34 052	3,0%	9,9%	15,7%	11,1%	11,2%
Territoire de Belfort	11 066	2,6%	7,7%	12,6%	9,3%	8,7%
TOTAL BFC	260 750	3,2%	9,0%	14,1%	10,2%	10,1%

IRM : taux de recours et taux de fuite des patients de 45 à 74 ans

Aide à la lecture : la couleur de fond correspond au taux de recours les diagrammes représentent la répartition des bénéficiaires selon le lieu d'exécution de l'examen la taille des diagrammes est proportionnelle au nombre de patients ayant réalisé une IRM.



Source : SNDS –forfaits techniques d'IRM réalisés en 2022 et remboursés à fin février 2023 aux assurés de BFC - Carte réalisée sur QGIS3.28

- À l'exception de l'agglomération dijonnaise où le taux de recours est d'à peine 13%, les territoires les mieux dotés sont ceux où les taux de recours sont les plus importants.
- Dans les territoires les plus équipés, le recours à des IRM de proximité (dans l'EPCI ou le département) est logiquement plus élevé, à l'exception de Sens où 12% des bénéficiaires ont réalisé leur examen hors région (probablement vers la région parisienne).
- Avec des taux de recours les plus faibles de la région, la Nièvre présente par ailleurs des « taux de fuite » importants (sur les régions voisines pour la moitié ouest et les départements voisins pour la moitié est)

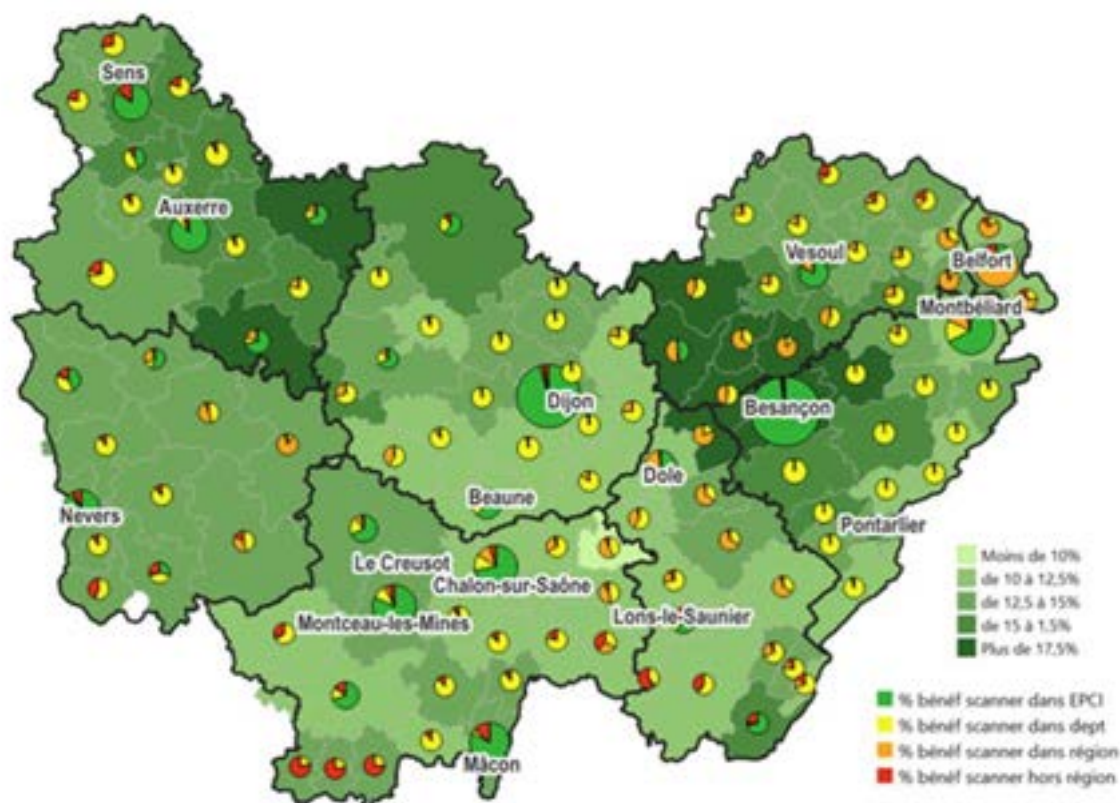
Scanners : activité 2022 en BFC :

- près de 250 000 patients ont bénéficié d'au moins un examen de scanner en 2022
- 57,6% d'entre eux sont âgés de 45 à 74 ans
- tous âges, le taux de recours aux scanners est de 9,7% en région : de moins de 9% dans le T. de Belfort, le Jura et la Côte d'or à 11,5% dans l'Yonne
- le taux de recours aux scanners est de 14% parmi les 45 à 74 ans : moins de 13% en Saône et Loire, Jura et Côte d'or à plus de 16% dans l'Yonne

Département de résidence du bénéficiaire	Nombre de bénéficiaires de scanner	Taux de recours au scanner					TOTAL
		moins de 20 ans	de 20 à 44 ans	de 45 à 74 ans	75 ans et plus		
Côte-d'Or	42 734	1,4%	5,5%	12,7%	16,7%	8,9%	
Doubs	50 266	1,3%	6,0%	15,6%	19,0%	10,0%	
Jura	21 582	1,2%	4,9%	12,8%	15,9%	8,9%	
Nièvre	19 262	1,8%	6,4%	13,7%	15,0%	10,2%	
Haute-Saône	22 793	1,5%	6,9%	15,6%	17,0%	10,7%	
Saône-et-Loire	47 315	1,7%	5,5%	12,5%	14,6%	9,1%	
Yonne	35 091	1,9%	7,8%	16,1%	18,2%	11,5%	
Territoire de Belfort	10 787	0,9%	4,9%	13,0%	16,7%	8,4%	
TOTAL BFC	249 728	1,5%	5,9%	13,9%	16,6%	9,7%	

Scanners : taux de recours par communauté de communes :

Aide à la lecture : la couleur de fond correspond au taux de recours les diagrammes représentent la répartition des bénéficiaires selon le lieu d'exécution de l'examen la taille des diagrammes est proportionnelle au nombre de patients ayant réalisé un scanner.



Source : SNDS -forfaits techniques de scanner réalisés en 2022 et remboursés à fin février 2023 aux assurés de BFC - Carte réalisée sur QGIS3.28

Comme pour les IRM, les territoires les mieux dotés sont ceux où les taux de recours sont les plus élevés, à l'exception de l'agglomération dijonnaise.

Contrairement à l'IRM, les recours les plus importants ne sont pas nécessairement de « proximité » (notamment en Haute Saône) mais restent majoritairement dans la région.

La situation dans la Nièvre est meilleure que pour les IRM : la présence de scanners à Nevers, Decize, et Cosne-Cours-sur-Loire permettant des soins majoritairement de proximité sur ces territoires.

2) OBJECTIFS GENERAUX

- Renforcer l'accès à l'imagerie pour garantir l'égal accès au diagnostic dans les zones où le taux de recours et le taux d'équipements sont inférieurs à la moyenne, ainsi que pour permettre la diversité des actes réalisés.
- Organiser la permanence des soins en imagerie diagnostique sur le territoire et répartir la charge entre les offreurs publics et privés.
- Mettre en conformité les installations actuelles avec la réforme des autorisations d'activités de soins.

Evolutions

Très peu d'évolutions sont envisagées quant aux objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) car l'autorisation est désormais accordée par site géographique et le nombre maximal d'équipements autorisés par site est fixé à trois, mais le Directeur Général de l'ARS peut autoriser le titulaire à dépasser le seuil de trois équipements :

- Si la situation territoriale, le volume des actes, leur nature ou la spécialisation de l'activité le justifie;
- Dans la limite de dix-huit équipements.

Par zone :

- Zone Côte-d'Or : taux de fuite hors département important dans l'ouest et le sud-ouest de de la Côte d'or
- Zone Centre Franche-Comté : taux de fuite hors département important le long de la frontière Suisse
- Zone Jura : Possibilité avec les implantations actuelles de se doter de 10 appareils supplémentaires
- Zone Haute-Saône : Possibilité avec les implantations actuelles de se doter de 11 appareils supplémentaires mais taux de fuite important dans le centre du département et dans le sud du département avec de grands déplacements
- Zone Bourgogne méridionale : Possibilité avec les implantations actuelles de se doter de 9 appareils supplémentaires mais taux de fuite important dans le centre du département et dans le sud et l'est du département malgré la présence de gros centres dans la région et le département
- Zone Saône-et-Loire-Bresse-Morvan : Possibilité avec les implantations actuelles de se doter de 15 appareils supplémentaires
- Zone Nièvre : Possibilité avec les implantations actuelles de se doter de 12 appareils supplémentaires
- Zone Yonne : Possibilité avec les implantations actuelles de se doter de 13 appareils supplémentaires, les taux fuites sont dans le nord du départements, majorités des Prises en charge dans l'EPCI de résidence ou dans le département, peu de prise en charge dans la région

Objectifs quantifiés de l'offre de soins (cf tableau ci-après)

3) TRANSVERSALITE

- Livret Attractivité
 - Livret Parcours
- Livret Offre de santé
- Ce livret, autres activités de soins

OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
EQUIPEMENTS D'IMAGERIE EN COUPE UTILISES A DES FINS DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
 (Appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale ; Scanographes à utilisation médicale)

	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	16	6	4	10	7	6	10	7	10
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	17	6	5	11	8	7	10	7	10
Ecart (2) - (1)	1	0	1	1	1	1	0	0	0

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Les structures qui exerçaient l'activité de radiologie interventionnelle sans être titulaires de l'une des anciennes autorisations d'exploitation susmentionnées devront déposer une demande d'autorisation pour l'activité de radiologie interventionnelle mentionnée désormais au 21° de l'article R.6122-25 du CSP et pourront également déposer, en parallèle, une demande d'autorisation d'exploitation d'un équipement utilisé à des fins de radiologie diagnostique.

Les demandeurs pourront poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande.

Le nouveau cadre réglementaire

L'activité de radiologie interventionnelle est une « nouvelle » activité de soins au sens administratif du terme, qui comprend l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès percutané transorificiel, transpariétal ou intraluminal, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes, sans utiliser un moyen de guidage par imagerie.

Ne sont pas compris dans le périmètre de cette autorisation les actes relevant de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie et ceux relevant de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

L'autorisation d'activité de soins de radiologie interventionnelle est délivrée au titre des mentions suivantes :
La mention A qui comprend, à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions B, C et D : les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intrathoraciques, intra-abdominaux ou intrapelviens

La mention B comprend, en sus des actes de la mention A et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D : les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle.
Les pratiques thérapeutiques de la mention B sont :

- l'ensemble des actes susmentionnés, hors les actes portant sur l'aorte thoracique ;
- les actes thérapeutiques endovasculaires portant sur l'aorte thoracique.

L'autorisation peut être limitée à la pratique mentionnée au a), sur sollicitation du demandeur.

La mention C comprend, en sus des actes de la mention B et à l'exception des actes relevant spécifiquement de la mention D : les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle.

La mention D comprend l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès percutané, transorificiel, transpariétal ou intraluminal, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes,

sans utiliser un moyen de guidage par imagerie (c'est-à-dire l'ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165), - y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques.

Les conditions d'implantation intègrent notamment les obligations suivantes :

Accès à:	Mentions				Pratique des actes thérapeutiques endovasculaires portant sur l'aorte thoracique
	A	B	C	D	
une unité de surveillance continue (USC)	Sur site ou par convention	Sur site	Sur site	Sur site	
une unité de soins intensifs polyvalente ou à une unité de réanimation		Sur site ou par convention	Sur site ou par convention		
une structure autorisée en chirurgie			Sur site ou par convention	Sur site ou par convention	
une unité de réanimation				Sur site	Sur site
une unité de chirurgie cardiaque					Sur site
un scanner et un échographe	Sur site	Sur site	Sur site	Sur site, en permanence	
un appareil d'IRM		Sur site ou par convention	Sur site ou par convention	Sur site, en permanence	

Le titulaire assure la continuité des soins post-interventionnels :

- Mentions A, B et C : cette continuité peut être assurée par convention avec un autre titulaire d'autorisation de radiologie interventionnelle (la convention précisera alors les modalités d'organisation entre sites, la participation des personnels et les modalités d'orientation et de prise en charge des patients).
- La mention D : le titulaire assure en permanence le diagnostic et le traitement des patients susceptibles de bénéficier de cette activité. La permanence peut être commune à plusieurs sites autorisés, avec convention, ou organisation interne formalisée s'il s'agit du même titulaire.

Mentions B, C et D : le titulaire dispose d'au moins une salle interventionnelle avec guidage par imagerie, équipée de dispositif permettant le respect des règles, des normes et des recommandations en vigueur en termes de maîtrise de la contamination aéroportée, d'asepsie, de traitement de l'air et d'hygiène en adéquation avec l'activité pratiquée.

Cette salle dispose d'au moins deux moyens différents de guidage par imagerie, adaptés aux types d'actes réalisés et est située à proximité d'une salle de surveillance post-interventionnelle, dans les conditions prévues à l'article D. 6124-99 du CSP.

Parmi les conditions techniques de fonctionnement :

Personnels :

- Au moins un médecin spécialisé en radiologie et imagerie médicale, présent sur site pendant la prise en charge du patient.
- Mentions B, C et D : au moins un médecin spécialisé en radiologie et imagerie médicale est compétent en radiologie interventionnelle avancée ou justifie d'une expérience dans la pratique des actes de radiologie interventionnelle avancée.
- Personnels non médicaux : au moins deux auxiliaires médicaux dont un manipulateur d'électroradiologie médicale présent sur site pendant la prise en charge du patient.
- Concours d'un physicien médical dans le cadre de la démarche d'optimisation de l'exposition aux rayonnements ionisants.
- Une organisation formalisée doit décrire, selon les situations, les modalités d'intervention d'un ou plusieurs médecins spécialisés en anesthésie-réanimation.
- Mention C : le personnel est formé à la prise en charge en cancérologie.

2) OBJECTIFS GENERAUX

- Conforter l'offre existante
- Mettre en conformité les installations actuelles avec la réforme des autorisations d'activités de soins

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (cf tableau ci-après)

3) TRANSVERSALITE

- Livret Attractivité
- Livret Parcours
- Livret Offre de santé
- Ce livret, autres activités de soins

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE**

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023

MENTION	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône et Loire-Bresse- Monvan	Nièvre	Yonne
Nombre d'implantations prévues dans le SRS	Mention A 1 à 4	1	0 à 1	3 à 5	1 à 3	1 à 3	4 à 6	4 à 5	1 à 3
	Mention B 2	2	1	4	1	2	0	0	1
	Mention C 3	0	1	2	0	1 à 2	0	0	0
	Mention D 1	0	0 à 1	1	0	0 à 1	1	1	2

Mention A : comprend, à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions B, C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelvien

Mention B : comprend, en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle

Mention C : comprend, en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle

Mention D : comprend l'ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques

Les titulaires d'une autorisation d'activité délivrée avant cette date doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation d'activité

7.1.17. EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS

Les caissons hyperbares et les cyclotrons sont toujours soumis au régime de l'autorisation.

L'implantation autorisée sur la zone Centre Franche-Comté est maintenue, afin de permettre au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon d'exploiter ce caisson hyperbare.

OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS

Implantations	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caisson Hyperbare	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Appareils

Appareils	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Nombre d'appareils autorisés (1)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'appareils prévus dans le SRS (2)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caisson Hyperbare	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0	0	0	0	0	0

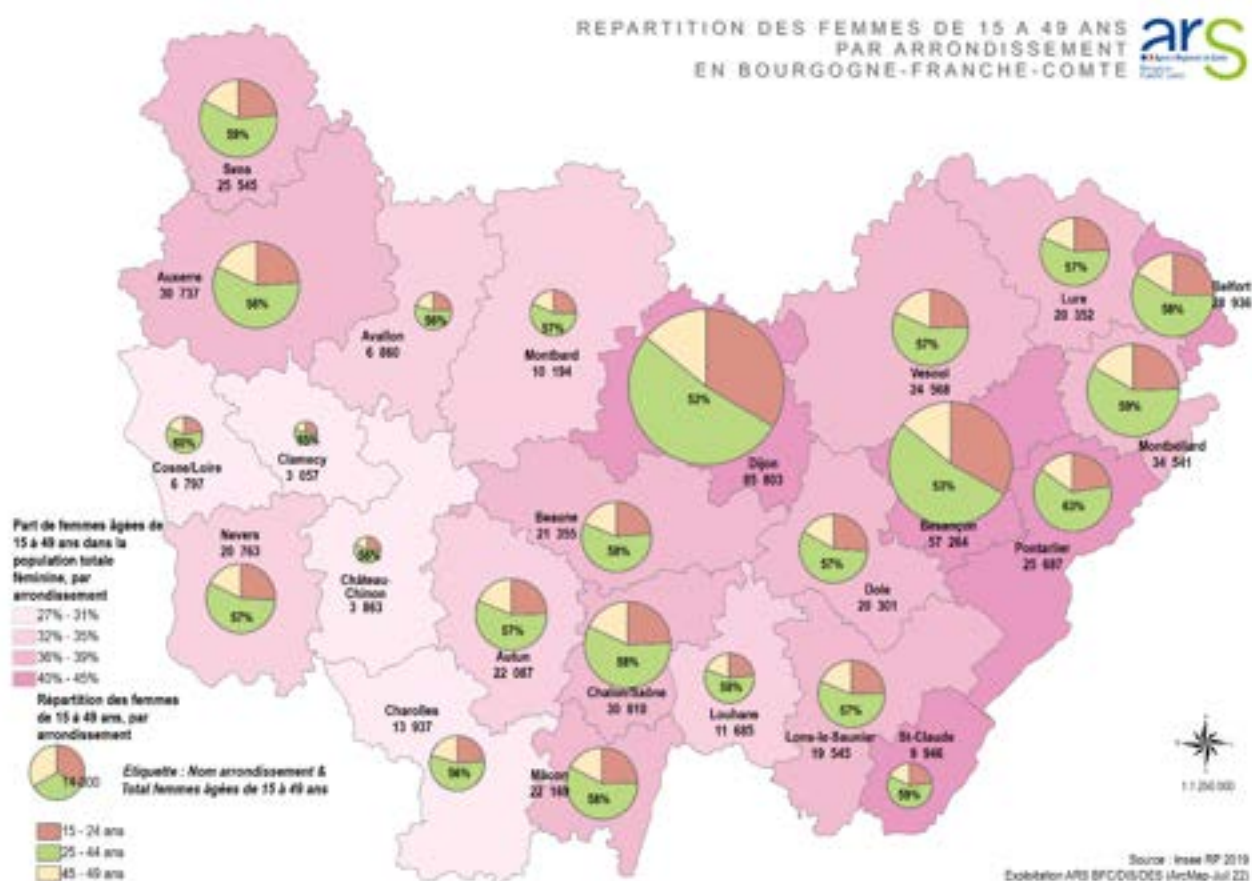
7.2. REGIME DES AUTORISATIONS DE SOINS (HORS REFORME)

7.2.1. GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE ET REANIMATION NEONATALE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

L'organisation des parcours de soins en périnatalité fait l'objet d'une fiche SRS dédiée. La déclinaison des objectifs de ce parcours s'appuie sur les différents plans nationaux et références réglementaires publiées en vigueur et se définit sur la base des objectifs d'activité de soins en gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale.

La population de la région Bourgogne-Franche-Comté représente, au 1er janvier 2021, 4,27 % de la population générale et le nombre de naissances 3,69 % des naissances en France métropolitaine en 2020. En 2019, le taux de fécondité⁹² en région est de 47,6 ‰ contre 51,2 ‰ en France Métropolitaine et le taux de natalité de 9,3 ‰ contre 10,9 ‰ en France Métropolitaine.



L'analyse de la part des femmes âgées de 15 à 49 ans dans la population totale féminine montre une forte disparité dans la répartition territoriale des femmes en âge de procréer.

⁹² Données INSEE, état civil et estimations de la population de 2021

Cadre réglementaire :

- Décrets n° 98-900 du 9 octobre 1998, relatifs aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale
- Décrets n° 2005-840 du 20 juillet 2005 : art. R.6123-39 à R.6123-53 et D.6124-35 à D.6124-63 du code de la santé publique, ils rendent opposable l'organisation en réseau entre les maternités de différents types d'un même territoire
- Plan de périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité
- Circulaire du 4 juillet 2005 : collaboration médico-psychologique en périnatalité
- Instruction du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional au réseau

Types de maternité

Types de maternité	Moyens mis en œuvre	Type de grossesses	Type de nouveau-nés
I	Unité d'obstétrique sans unité de néonatalogie	Grossesses sans facteur de risque périnatal	Nouveau-nés bien portants ayant seulement besoin de soins de puériculture
II A	Unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins de pédiatrie néonatale	Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie sans soins intensifs
II B	Unité d'obstétrique et unité de néonatalogie avec soins intensifs		Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie avec soins intensifs
III	Unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins dispensés en services de soins intensifs et de réanimation néonatale	Nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant de l'unité de réanimation néonatale

CPP

Les CPP : les décrets de 1998 prévoyaient que les maternités réalisant moins de 300 accouchements par an et n'étant pas reconnues comme exception géographique pouvaient être reconverties en centres périnataux de proximité (CPP). L'article R6123-50 du code de santé publique précise en effet que les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités pré et post natales sous l'appellation de « centre périnatal de proximité », en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur de l'ARS.

Bilan de l'offre

Etablissements de santé

			2019					2020				2021		
AUTORISATIONS	DEP	RS												
NIV1		CENTRE HOSPITALIER ROBERT MORLEVAT	15	0	0	0	14	0	0	0	15	0	0	0
		CH BEAUNE	24	0	0	0	24	0	0	0	24	0	0	0
		CH LOUIS JAILLON SAINT CLAUDE	0	0	0	0	0	0	0	0	FERMEE EN 2018			
		CLINIQUE DE COSNE-SUR-LOIRE	0	0	0	0	0	0	0	0	FERMEE EN 2017			
		CH AUTUN (SITE PARPAS)	10	0	0	0	10	0	0	0	10	0	0	0
		CH PARAY-LE-MONIAL LES CHARMES	15	0	0	0	15	0	0	0	15	0	0	0
		HOTEL DIEU DU CREUSOT	23	0	0	0	20	0	0	0	18	0	0	0
NIV2	2b	CLINIQUE HPDB	36	12	4	0	32	12	4	0	27	12	4	0
	2a	CH BOULLOCHE HNFC MONTBELIARD	22	4	0	0	28	4	0	0	28	4	0	0
	2a	CHI HC SITE RIVES DU DOUBS PONTARLIER	22	6	0	0	22	6	0	0	22	6	0	0
	2a	HOSPITALIA MUTUALITE PFC	32	6	0	0	32	6	0	0	32	6	0	0
	2b	CH LONS	24	12	6	0	24	6	6	0	32	6	6	0
	2a	CH LOUIS PASTEUR DOLE	20	6	0	0	20	6	0	0	20	6	0	0
	2b	C.H DE L'AGGLOMÉRATION DE NEVERS	34	10	3	0	34	7	3	0	34	7	3	0
	2a	CH VESOUL	25	6	0	0	25	6	0	0	25	6	0	0
	2b	CH LES CHANAUX MACON	44	10	3	0	38	7	3	0	37	7	3	0
	2b	CH W MOREY CHALON S/SAONE	42	14	7	0	42	7	7	0	42	7	7	0
	2b	CH AUXERRE	45	12	6	0	45		6	0	45	6	6	0
	2a	CH SENS	26	6	0	0	26	6	0	0	26	6	0	0
2b	CH HNFC SITE DE BELFORT	33	14	6	0	33	8	6	0	33	8	6	0	
NIV3		HÔPITAL LE BOCAGE CHU DIJON	64	31	15	16	64	16	15	16	70	16	15	16
		CHU JEAN MINJOZ	56	33	11	10	56	22	11	10	56	22	11	10
Total général			664	186	61	26	632	125	61	26	639	125	61	26

<https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>

Professionnels de santé

Praticiens libéraux ou mixtes au 01.01.2020 ⁹³			
	Bourgogne	Franche-Comté	% BFC / F. métro
Gynécologie médicale	38	25	2,4
Pédiatrie	40	33	2,4
Gynécologie-obstétrique	57	41	3,6

⁹³ Données STATISS Bourgogne Franche Comté 2020

Médecins salariés exclusifs au 01.01.2020			
	Bourgogne	Franche-Comté	% BFC / F. métro
Gynécologie médicale	9	5	2,7
Pédiatrie	95	72	3,6
Gynécologie-obstétrique	37	26	3,5
Ensemble des médecins spécialistes: densité au 01.01.2020			
	Bourgogne	Franche-Comté	France métro
Gynécologie médicale	2,9	2,5	4,8
Pédiatrie	8,2	8,9	12,1
Gynécologie-obstétrique	5,7	5,7	7,1
Sages-femmes exerçant à titre libéral, salarié ou mixte au 01.01.2020			
	Bourgogne	Franche-Comté	% BFC / F. métro
Sages-femmes	549	438	4,7

Données d'activité*

Dép	Etablissement	Nombre accouchement 2019	Nombre accouchement 2020	Nombre accouchement 2021	Taux d'évolution
Côte d'or	CLINIQUE SAINTE MARTHE /HPDB	1410	1398	1492	5,8%
	HÔPITAL LE BOCAGE CHU DIJON	3185	3187	3025	-5,3%
	CH BEAUNE	628	660	630	0,3%
	CH ROBERT MORLEVAT	416	429	409	-1,7%
	Total accouchement Côte d'or	5639	5674	5556	-1,5%
Nièvre	CH DE L'AGGLOMÉRATION DE NEVERS	1166	1107	1174	0,7%
	Total accouchement Nièvre	1166	1107	1174	0,7%
Saône et Loire	CH PARAY-LE-MONIAL LES CHARMES	572	601	635	9,9%
	CH AUTUN (SITE PARPAS)	237	259	266	10,9%
	CH W MOREY CHALON S/SAONE	1752	1645	1672	-4,8%
	CH LES CHANAUX MACON	1431	1398	1427	-0,3%
	HOTEL-DIEU DU CREUSOT	593	549	531	-11,7%
	Total accouchement Saône et Loire	4585	4452	4531	-1,2%
Yonne	CH AUXERRE	1807	1833	1734	-4,2%
	CH SENS	1254	1183	1101	-13,9%
	Total accouchement Yonne	3061	3016	2835	-7,38%
Doubs	CHIC HAUTE COMTÉ SITE DE PONTARLIER	1154	1161	1210	4,6%
	CHRU JEAN MINJOZ	2654	2715	2736	3%
	POLYCLINIQUE DE FRANCHE COMTE	1221	1106	1100	-11%
	Total accouchement Doubs	5029	4982	5046	0,34%
Jura	CH LONS	1122	1037	1060	-5,8%
	CH L PASTEUR DOLE	813	873	812	-0,1%
	Total accouchement Jura	1935	1910	1872	-3,4%
Haute Saône	CHIC SITE DE VESOUL	1032	1011	1031	-0,1%
	Total accouchement Haute Saône	1032	1011	1031	-0,1%
Territoire de Belfort	CH BELFORT /HNFC site unique Trévenans depuis 2018	3133	3115	2880	-8,8%
	Total accouchement Territoire de Belfort	3133	3115	2880	-8,8%

Nombre d'accouchements par établissements, données ATIH, indicateurs de périnatalité 2019/2020/2021⁹⁴

⁹⁴ Source : ATIH, PMSI-MCO / Nombre d'accouchements par établissements, données ATIH, indicateurs de périnatalité 2019/2020/2021

Hormis pour le département du Doubs dont le taux d'évolution est positif, on peut noter une diminution du nombre d'accouchement par département entre 2019 et 2021. Les taux les plus défavorables sont ceux du Territoire de Belfort et du département de l'Yonne. En comparaison le taux d'évolution des accouchements entre 2019 et 2021 en France Métropolitaine est -1,83%.

Indicateurs de santé périnatale

Prématurité⁹⁵

Département	Taux de prématurité (< 37 sem. d'aménorrhée)	Taux de prématurité (< 32 sem. d'aménorrhée)	Taux de très grande prématurité (< 28 sem. d'aménorrhée)
Côte-d'Or	9,78	2,87	1,17
Doubs	8,36	2,23	0,74
Jura	3,77	–	–
Nièvre	5,99	–	–
Haute-Saône	5,1	–	–
Saône-et-Loire	5,73	0,52	–
Yonne	6,81	0,76	–
T. de Belfort	6,1	–	–

En 2021, le taux de prématurité à moins de 37 semaines d'aménorrhée est égal à 7,53 pour cent des naissances vivantes en France métropolitaine. La même année, le taux de la Bourgogne-Franche-Comté est proche à 7,2 % (7,57% en Bourgogne, 6,66% en Franche Comté).

Faibles poids de naissance⁹⁶

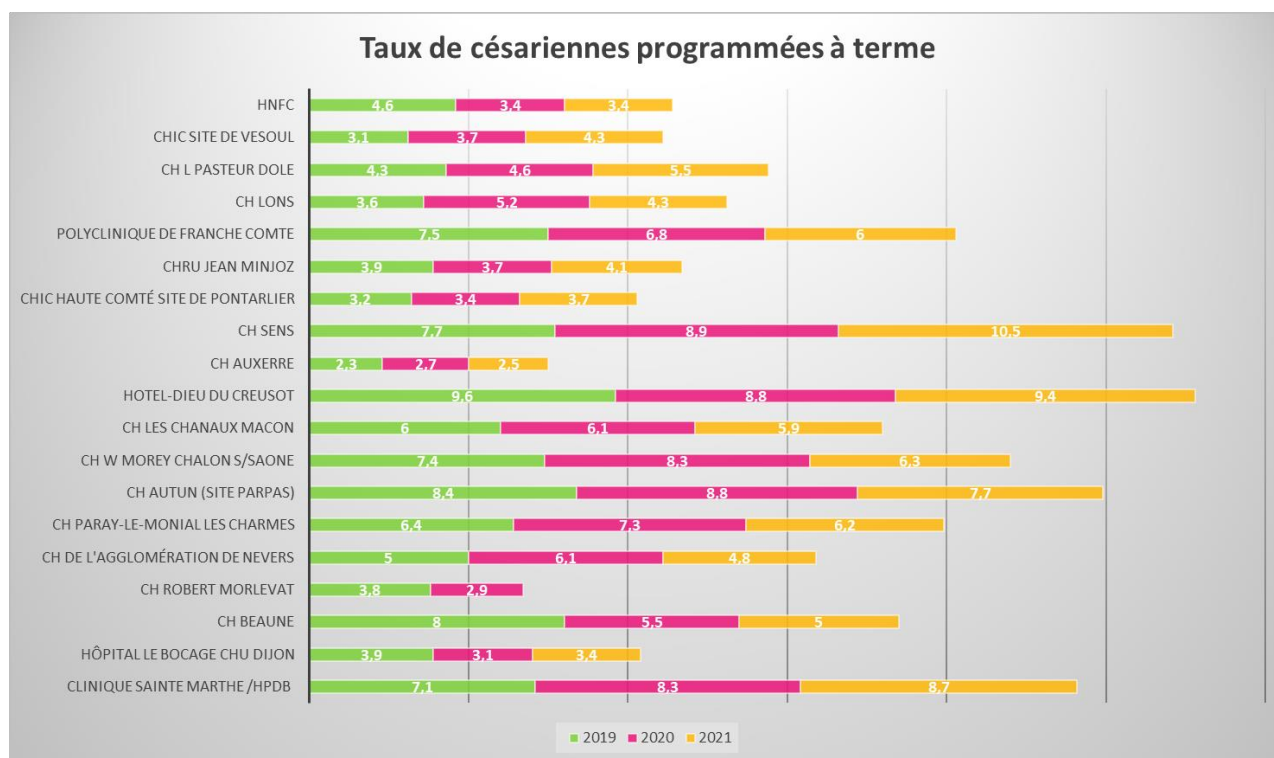
Département	Taux de faible poids (de 1500 à 2 499 gr) en %	Taux de faible poids (< 1 500 gr) en %
Côte-d'Or	7,9	2,7
Doubs	6,3	2,2
Jura	5,4	–
Nièvre	7	–
Haute-Saône	6,1	–
Saône-et-Loire	6,4	0,5
Yonne	6,5	1
T. de Belfort	5,7	0,8

Les indicateurs de santé périnatale affichent un taux de faible poids (de 1500 à 2499 gr) égal à 6,1 % en France métropolitaine et un taux de faible poids < à 1500 gr de 1,6%. En comparaison ces taux sont respectivement de 6,6% et 1,4 % en Bourgogne-Franche-Comté.

⁹⁵ Source:ScanSanté-Indicateurs de santé périnatale-FFRSP-ATIH/Année 2021

⁹⁶ Source:ScanSanté-Indicateurs de santé périnatale-FFRSP-ATIH/Année 2021

Taux de césariennes programmées à terme ($\geq 37SA$) par établissements⁹⁷



En comparaison le taux de césariennes programmées à terme en France Métropolitaine est de 7,1%. L'analyse des données par établissements de santé montre des écarts importants passant de 2,3 % à 10,5%.

2) PRINCIPES GÉNÉRAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Objectif général n°1 : poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité de prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés adapté au niveau de risque médico-psycho-social

Objectif général n°2 : améliorer l'offre de soins en périnatalité en réponse aux besoins de la population, aux spécificités territoriales et tenant compte de la démographie médicale et maïeutique

⁹⁷ Source:ScanSanté-Indicateurs de santé périnatale-FFRSP-ATIH/Année 2021

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Maintenir une offre de proximité le cas échéant par le maintien ou la création de centres périnataux de proximité (CPP)
- ☞ 2 - Déployer dans chaque CPP une offre complète en gynécologie obstétrique, échographie, orthogénie et pédiatrie
- ☞ 3 - Mutualiser les moyens et promouvoir l'activité multi sites des professionnels de santé au sein d'un même GHT (médecins, sages-femmes, infirmière diplômée d'état, auxiliaire puéricultrice, aide-soignante...) afin de participer au maintien du niveau d'expertise
- ☞ 4 - Renforcer le maillage territorial en améliorant les collaborations ville/hôpital
- ☞ 5 - Déployer des EPMU sage-femme sur l'ensemble du territoire
- ☞ 6 - Expertiser l'opportunité de création d'une cellule de régulation des transferts in utéro portée par les deux CHU de la région Bourgogne-Franche-Comté
- ☞ 7 - Renforcer l'exercice mixte des sages-femmes
- ☞ 8 - Poursuivre le déploiement de la télémedecine, de la téléexpertise en gynécologie obstétrique et des systèmes d'information partagée

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Répartition efficiente de l'offre en gynécologie obstétrique en adéquation avec les besoins de la population
- ☞ Maintien du niveau de qualité et de sécurité en adéquation avec les indicateurs qualité de l'HAS
- ☞ Evolution du nombre de professionnels en exercice mixte
- ☞ Nombre d'EPMU sage-femme mise en place

Evolutions (créations, transformations, coopérations)

- Renforcer les coopérations entre sages-femmes libérales et établissements de santé dans les zones dites désertiques de Bourgogne-Franche-Comté
- Poursuivre les travaux engagés dans le cadre de la sécurisation des accouchements inopinés des femmes enceintes dans les territoires isolés
- Intégrer le volet périnatalité dans les travaux menés sur la mise en place des SAS
- Passage de type 2a à type 1 de la maternité de la polyclinique de Franche-Comté

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATALOGIE ET REANIMATION NEONATALE**

Modalité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne	
Nombre d'implantations autorisées (1)	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC 4	1	1	4	2	2	3 *	1	2
	HJ	0	0	1	4	0	2	1	1	2
Pour information	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	3	1	1	3	2	1	1	1	2
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	2	0	1	1	1	1	1	1	1
	Réanimation néonatale - Type 3	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Centre Périnatal de Proximité	1	3	0	0	1	0	1	2	4
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC 4	1	1	4	2	2	2 à 3	1	2
	HJ	4	1	1	4	2	2	2 à 3	1	2
Pour information	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	3	1	1	4	2	1	1	1	2
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	2	0	1	1	1	1	1	1	1
	Réanimation néonatale - Type 3	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Centre Périnatal de Proximité	1	3	0	0	1	0	1 à 2	2	4
Ecart (2) - (1)	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC 4	0	0	0	0	0	-1 à 0	0	0
	HJ	4	1	0	0	2	0	1 à 2	0	0
Pour information	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Réanimation néonatale - Type 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Centre Périnatal de Proximité	0	0	0	0	0	0	0 à 1	0	0

* : dont une activité suspendue depuis avril 2023

Ainsi qu'il apparaît dans la présente fiche et pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins,
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectifé conduisant à revoir les objectifs quantifiés dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

3) ARTICULATION

- L'ensemble de ces organisations devront se faire en lien avec les réseaux urgences, la permanence des soins en établissement de santé et seront à intégrer dans le cadre des travaux du plan d'action régional des urgences (PARU). Elles devront être en cohérence avec les projets médicaux partagés périnatalité des groupements hospitaliers de territoire.
- Lien avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité de Bourgogne et Franche Comté.
- Articulation de l'offre de soin avec les projets des CPTS ; l'ensemble des acteurs du premier recours et du médico-social.

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours, Parcours Précarité-vulnérabilité (et PRAPS), Parcours Santé mentale et psychiatrie, Parcours Périnatalité et Parcours Addictions
- Ce livret, fiche Médecine d'urgence

7.2.2. SOINS DE LONGUE DUREE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Définition

Les soins de longue durée n'ont jamais été définis réglementairement. Pour autant, ils sont mentionnés parmi les activités de soins soumises à autorisation des agences régionales de santé. La seule définition est issue d'une circulaire DHOS O2/DGAS/2C n 2006-212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 :

« Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum ».

L'article 46 susvisé a conforté la dimension sanitaire des soins de longue durée les réintégrant dans l'enveloppe de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie.

Contexte

En 2006, un rapport IGAS avait conclu à la nécessité de recentrer les USLD sur des patients gériatriques.

La redéfinition des USLD par la circulaire de 2006 a conduit, entre 2007 et 2010, à convertir dans le cadre d'une partition fondée sur une analyse des données nationales des coupes pathos et calibrée localement à partir des patients référencés « SMTI », 41 000 lits de SLD en places d'EHPAD, ramenant le nombre total de lits de long séjour à 32 000. Depuis 2011, les validations Pathos des USLD ont progressivement disparu. En 2016, dans un nouveau rapport, l'IGAS maintient la préconisation de 2006, en demandant cependant le repositionnement des USLD par rapport à d'autres structures médico-sociales accueillant, en particulier, des personnes lourdement handicapées et requérant un niveau de soins élevé. De nouvelles orientations nationales devaient en découler.

En juin 2021, suite à la mission confiée par la DGOS et la DGCS, les professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin proposent 25 recommandations sur l'évolution des prises en charge en EHPAD et en USLD dont une concerne ces dernières : la requalification des USLD en unités de soins prolongés complexes (USPC) à vocation strictement sanitaire. Ce rapport conforte les constats faits en 2016 par l'IGAS : une absence de spécialisation marquée des USLD par rapport aux EHPAD depuis 2011, un taux marginal de personnes de moins de 60 ans, une réponse inadaptée aux besoins de soins complexes, lourds et prolongés.

Le rapport détaille les profils types de patients qui seraient concernés par une prise en charge en USPC. Ils rejoignent ceux de la circulaire de 2006 et du rapport IGAS de 2016, à savoir des patients adultes sans critère d'âge, majoritairement atteints de polyopathologies liées à des affections somatiques lourdes, chroniques et instables, associées à un état de dépendance physique et/ou psychique.

Ainsi, cinq notions définiraient une USPC :

- la durée : pathologie au long cours,
- la complexité : intrication et instabilité des pathologies,
- des incapacités fonctionnelles aggravées,
- le pronostic d'irréversibilité supposée,
- la lourdeur en soins.

L'encadrement médical et paramédical serait réévalué et le financement assuré dans son intégralité par l'assurance maladie.

Une feuille de route commune DGOS-DGCS « EHPAD/USLD 2021-2023 » a été définie reprenant les recommandations du rapport. Un groupe de travail national a été mis en place avec, pour objectifs, de définir les conditions de création des USPC à partir de certaines USLD et les scénarii à envisager à partir des 4 profils identifiés dans le rapport.

L'IGAS a une nouvelle fois été missionnée pour proposer les conditions opérationnelles de création des USPC avec deux étapes :

- la première permettant la définition et la construction du modèle des USPC ;
- la seconde portant sur la mise en œuvre de la transformation des places de soins de longue durée en places d'USPC ou en places d'EHPAD dont la médicalisation doit être adaptée aux publics accueillis.

A échéance de 2023, il est prévu soit un déploiement progressif, soit une expérimentation sur quelques régions.

Cadre juridique

Le référentiel d'organisation des soins de longue durée est issu de la circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en oeuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifié. Il positionne des soins de longue durée comme un élément de la filière gériatrique, décrit les missions des unités et les modalités de prise en charge attendues :

- capacité minimum d'environ 30 lits ;
- profil patient avec un besoin en soins médico-techniques importants (SMTI) ;
- effectif dimensionné en fonction du GMPS⁹⁸ ;
- présence d'infirmier et d'aide-soignant 24 h/24h ;
- continuité médicale des soins sous forme d'astreinte ou de garde ;
- fluides médicaux (vide et oxygène) dans les chambres ;
- accès sur site à un électrocardiographe ;
- accès sur site ou par convention à la radiologie standard sans préparation, à des examens de biologie et aux explorations fonctionnelles courantes ainsi qu'aux soins dentaires ;
- élaboration d'un projet de soins et d'un projet de vie.

Les USLD n'imposent pas de condition d'âge minimum pour y accéder.

⁹⁸ Groupe iso-ressources moyen pondéré soins qui rend compte du niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et de leurs besoins en soins.

Bilan de l'existant

(Pour les données démographiques, se reporter à la fiche thématique *Parcours personnes âgées du livret Parcours*)

Face à une importante disparité régionale, l'ARS BFC s'est engagée dès la publication du schéma régional de santé, et en lien avec les conseils départementaux, dans un rééquilibrage de l'offre en soins de longue durée. Tout projet de restructuration implique donc conjointement l'ARS et les conseils départementaux :

- le mode de financement et de conventionnement des USLD est identique à celui des EHPAD : hébergement, dépendance et soins ;
- la recomposition résulte du redéploiement de lits au niveau régional et s'accompagne d'un rebasage financier des unités. De manière ponctuelle, des opérations de fongibilité de crédits sanitaires (redéploiement de crédits au profit d'une activité suite à la fermeture ou à la conversion d'une activité) validées par le niveau national, ont pu contribuer à créer quelques places sur la région ;
- des lits d'EHPAD viennent en substitution des lits de soins de longue durée redéployés et inversement.

L'objectif d'un rapprochement des unités de soins de longue durée vers des plateaux hospitaliers a été pris en compte dans les différents projets de redéploiement capacitaire.

Quelques chiffres

Etat des unités de soins de longue durée au 01/01/2022

Zonage sanitaire	Nbre implantations autorisées	Lits installés au 01/01/2022 (1)	Densité pour 1000 hab 75 ans et plus		Population des 75 ans et plus (3)	Part des 75 ans et plus	Pour comparaison Part des 75 ans et plus 2015
			Sur lits installés au 01/01/2022	Avec redéploiement en cours			
Bourgogne méridionale	2	149	5,8	4,8	25 538	12,9%	12,5%
Centre Franche-Comte	7	293	6,2	6,2	47 142	9,2%	8,9%
GHT 21-52 (y compris sud 21)*	5	170	3,2	3,3	52 874	9,9%	9,5%
Haute-Saône*	1	30	1,7	1,7	17 758	10,3%	9,8%
Jura	2	111	5,6	5,6	19 689	11,6%	11,2%
Nievre**	6	240	8,5	8,5	28 277	14,3%	13,9%
Nord Franche-Comte	2	153	4,8	4,8	32 152	9,9%	9,2%
Nord Yonne	1	64	4,1	4,1	15 727	10,7%	10,7%
Saône-et-Loire Bresse Morvan***	1	54	1,2	2,6	43 291	12,3%	12,0%
Sud Yonne Haut-Nivernais	1	29	1,2	1,2	23 985	12,1%	11,8%
Total BFC	28	1293	4,2		306 434	10,9%	10,6%

* dont une USLD à vocation psychiatrique gérée en 21, par le CH La Chartreuse et en 70, par l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté

** dont 12 lits en unité d'hébergement renforcé sur le site Pignelin à Varennes-Vauzelles - Centre hospitalier de Nevers

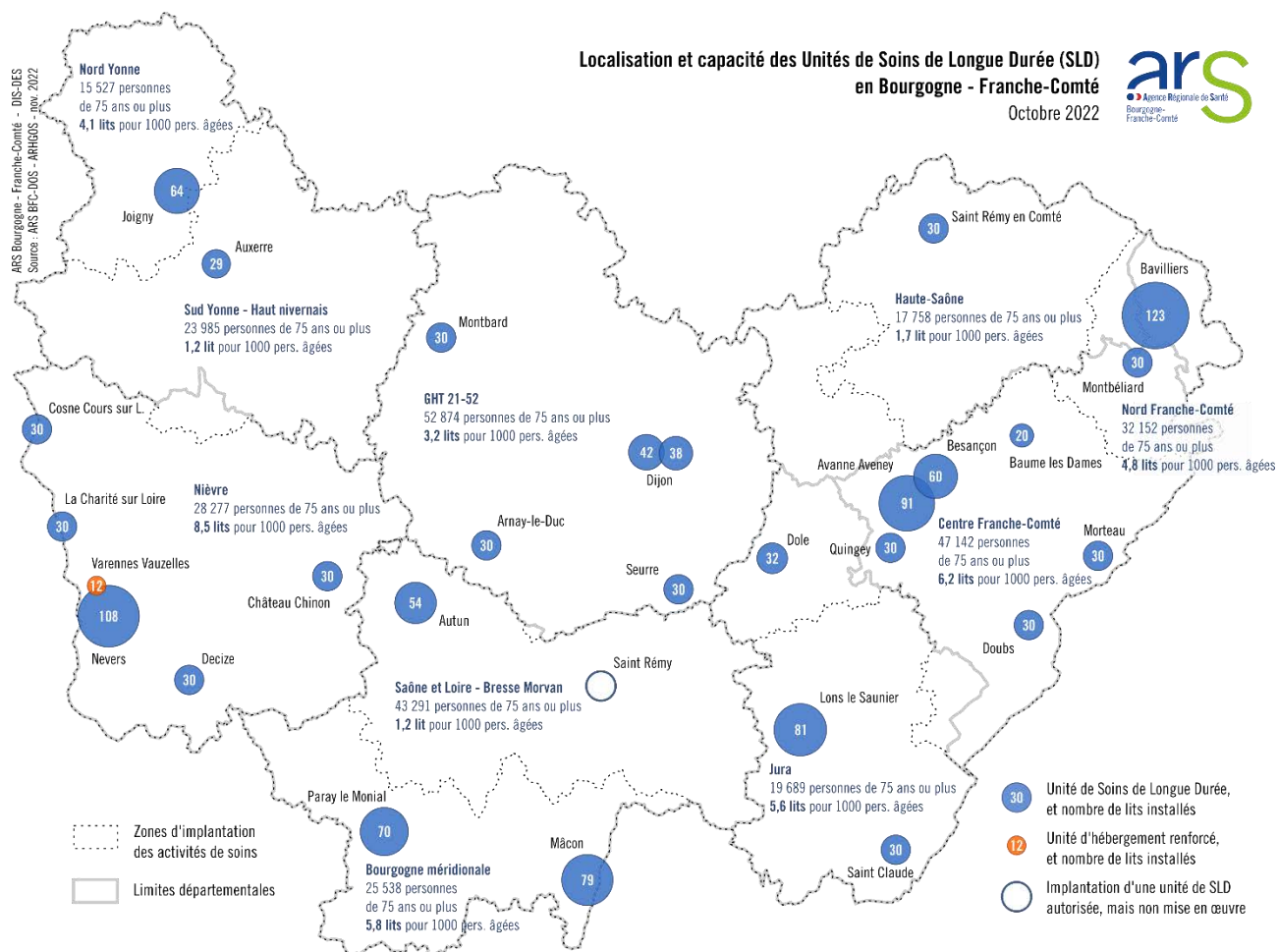
*** une unité de 60 lits autorisée en mai 2022 mais non encore installée sur Chalon-sur-Saône

(1) Source : SAE données administratives - DREES - Année 2021

(3) Source INSEE : population RP 2018

Evolution de l'offre sur la période 2018-2022

- sur la zone sanitaire de Côte-d'Or :
 - fermeture des unités de Saulieu et d'Alise-Sainte-Reine du centre hospitalier de Haute-Côte-d'Or et redéploiement de 30 lits avec rebasage financier sur le site de Montbard ;
 - fermeture de l'unité Notre-Dame de la Visitation à Dijon (Association Notre-Dame de Joie) et ouverture d'une unité portée par le CHU de Dijon sur le site de Champmaillot (Dijon) ;
- sur la zone sanitaire de la Nièvre : transfert de l'unité de Saint-Pierre-le-Moutiers sur le site de l'EHPAD de Decize (site de l'hôpital) ; fermeture de l'unité de Luzy par défaut de continuité des soins. Les places sont en cours de redéploiement ;
- sur la zone sanitaire du Jura : transfert des places du site de Champagnole sur le plateau technique hospitalier du site de Lons-le-Saunier ;
- sur la zone sanitaire de Saône-et-Loire Bresse Morvan : autorisation d'une nouvelle unité de soins de longue durée de 60 lits (en cours de mise en œuvre) sur le site de l'EHPAD « Les Terres de Diane » portée par le CH de Chalon-sur-Saône par redéploiement capacitaire de la zone sanitaire Bourgogne méridionale et la création de places par fongibilité de crédits sanitaires ;
- sur la zone sanitaire du Sud Yonne Haut-nivernais : relocalisation de l'unité du centre hospitalier d'Auxerre sur le site de la maison départementale de retraite de l'Yonne (établissement public départemental) avec, à terme, un projet d'extension capacitaire, la zone étant sous équipée.



Focus sur l'année 2021⁹⁹

En 2021, 645 personnes sont entrées en USLD contre 882 en 2015. Elles proviennent en majorité d'un service de soins de suite et de réadaptation (36% contre 40% en 2015), suivi par le domicile ou substitut (24% contre 19% en 2015) puis des services d'hospitalisation en médecine ou chirurgie (stable). La proportion de personnes provenant d'une unité de court séjour gériatrique a progressé : 16% contre 5% en 2015.

498 patients d'USLD sont décédés au cours de l'exercice (absence d'indicateur en 2015).

Au cours de l'année 2021, 8 patients ont bénéficié d'une évaluation gériatrique, 2 ont été pris en charge par une équipe mobile de gériatrie.

Les équipes de soins palliatifs et les intervenants en géronto-psychiatrie ont été mobilisés au cours de la prise en charge de patients mais beaucoup moins qu'en 2015 (25 interventions pour les premières en 2021 contre 44 en 2015 et 11 pour les seconds contre 44 en 2015).

Taux d'occupation moyen en 2021 : 86%

Taux moyen de rotation : 49%

Il existe de fortes disparités entre les unités : 17 USLD annoncent un taux d'occupation entre 90 et 102 % ; 6 sont en-dessous de 70% dont 3 dans la Nièvre et dont celles d'Autun, d'Auxerre et de Seurre.

13 unités ont un taux de rotation au-dessus de 50% dont 6 à plus de 70%.

Orientation en aval de l'USLD :

Nombre de sorties en EHPAD : 80

Nombre de sorties en maison de retraite : 12

Nombre d'orientation vers le réseau de soins de ville-hôpital : 7

On note une progression des sorties vers les EHPAD et maisons de retraite.

Axes de travail

Les orientations de la présente fiche s'inscrivent dans une période de transition dans l'attente de la définition et de la reconnaissance officielle des futures unités de soins prolongés et complexes :

- Poursuivre l'amélioration du maillage du territoire régional pour répondre aux besoins de proximité ;
- Consolider le niveau de qualité de soins en procédant à des rebasages lors des redéploiements capacitaires.

En fonction du futur cahier des charges des USPC, une évaluation des populations cibles prises en charge en établissements médico-sociaux, en services hospitaliers de court séjour et en services de soins médicaux et de réadaptation, devra être conduite.

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION**Objectifs**

Objectif général n°1 : poursuivre le rééquilibrage de l'offre régionale de soins de longue durée pour favoriser un accès équitable aux soins

Un rééquilibrage régional de l'offre de soins de longue durée a été engagé en 2018 et doit être poursuivi avec l'objectif d'une unité (hors unité spécialisée), a minima, par zone de planification sanitaire.

⁹⁹ Source des données : SAE données administratives - DREES - Année 2021

Toutefois, la requalification attendue des SLD devrait conduire à un recalibrage de l'offre existante en lien avec l'offre d'EHPAD et à une réaffirmation du caractère sanitaire de SLD.

Lors des redéploiements, cette évolution probable de SLD vers des USPC doit inciter, dans la mesure du possible, à adosser les unités à un plateau hospitalier, voire à les y intégrer pour permettre l'accès aux compétences techniques nécessaires.

👉 *Améliorer le maillage régional des soins de longue durée*

Exemples d'actions :

- 🕒 Etude, en lien avec les conseils départementaux, d'un rééquilibrage de l'offre EHPAD/USLD entre les territoires en veillant à garantir dans la mesure du possible une prise en charge de proximité (maintien du lien familial)
- 🕒 Poursuite du rééquilibrage du financement des USLD pour tendre vers une équité territoriale

RESULTATS ATTENDUS

- 👉 Adéquation de la population accueillie avec l'offre de soins de longue durée : GMP > 800, SMTI > 50%
- 👉 Couverture homogène du territoire
- 👉 Optimisation de la répartition des ressources et équité de traitement
- 👉 Sécurisation des prises en charge

Objectif général n°2 : réaffirmer la place des soins de longue durée comme structure d'aval dans la filière de soins

Les USLD assurent la prise en charge des patients quel que soit leur âge, soit consécutivement à une hospitalisation de court séjour ou en service de soins de suite et de réadaptation, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale.

L'objectif de ces unités, en aval des services de court séjour ou de SSR, est :

- d'éviter des hospitalisations prolongées potentiellement délétères pour les patients pris en charge dans des services de court séjour, qui ne sont plus en adéquation avec leurs besoins de soins ;
- de fluidifier la filière d'amont en libérant plus rapidement des places de court séjour.

Historiquement issues de la partition SLD/EHPAD de 2007, les USLD accueillent majoritairement une population âgée de plus de 60 ans. Ce qui a justifié leur inscription comme élément de la filière gériatrique. Or, la définition des USLD ne comporte pas de notion d'âge. Tout malade, dont l'état de santé le nécessite et ne pouvant rester à domicile, doit pouvoir être admis dans une USLD. Et les travaux en cours de requalification des soins de longue durée vont impliquer leur ouverture à d'autres profils de patients dont les patients gériatriques.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Identifier l'USLD comme élément du parcours du patient et notamment de la personne âgée pour fluidifier l'aval de l'hospitalisation

Exemples d'actions :

- ⦿ Inscription des USLD dans les projets médicaux partagés des GHT et dans les conventions constitutives des filières gériatriques (cf *Parcours Grand âge, livret Parcours*)
- ⦿ Organisation et formalisation des modalités de transfert des patients relevant d'une USLD entre les différentes structures sanitaires (HAD notamment) et médico-sociales d'un même territoire (EHPAD, MAS, EAM)

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Meilleure fluidité de la filière
- ☞ Prises en charge adaptées

- ☞ 2 - Permettre aux patients de moins de 60 ans d'avoir accès à cette offre de prise en charge

Exemples d'actions :

- ⦿ Evaluation du nombre de personnes de moins de 60 ans dans les USLD et des pathologies présentées (AVC, traumatisés crâniens, blessures médullaires, maladies neuro-évolutives...)
- ⦿ Evaluation du nombre de personnes de moins de 60 ans relevant d'une USLD en lien avec la méthodologie qui découlera des travaux conduits au niveau national

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Pertinence et qualité des prises en charge
- ☞ Adaptation de l'offre aux besoins

- ☞ 3 - Garantir une prise en charge sécurisée et de qualité notamment en renforçant les coopérations et mutualisations

Exemples d'actions :

- ⦿ Respect de la continuité et de la permanence des soins paramédicale (présence H24 et 365 jours par an) et médicale (formalisation des conditions de recours à un avis médicalisé)
- ⦿ Développement de l'intervention des équipes mobiles de gériatrie au sein des USLD
- ⦿ Formation de référents Soins palliatifs au sein des USLD comme interface avec les équipes mobiles de soins palliatifs (cf. *fiche Soins palliatifs du livret Offre de santé*)
- ⦿ Prise en charge de la douleur
- ⦿ Consolidation/développement du partenariat avec les services de psychiatrie

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Prises en charge adaptées aux besoins
- ☞ Amélioration de la qualité des prises en charge

Evolutions (créations, transformation, coopérations)

La répartition proposée en 2018 lors de la publication du SRS est maintenue afin de garantir un accès régional équitable à cette offre de soins, ce en partenariat avec les conseils départementaux.

Le travail, amorcé sur la période 2018-2022, se poursuivra. Il sera mis en adéquation avec les orientations qui découleront des travaux nationaux en cours sur la requalification des soins de longue durée et l'évolution des EHPAD.

Dans l'attente, il s'agira de poursuivre l'identification des USLD susceptibles d'évoluer dans le cadre de réorganisations d'établissement de santé et/ou territoriales de l'offre sanitaire et médico-sociale en vue de la redistribution des places et/ou implantations par voie de :

- suppression et de création d'implantation par redéploiement capacitaire ;
- transformation et/ou regroupement de structures.

Il est entendu que la création d'une implantation ne peut intervenir que par redéploiement de places d'une implantation pré-existante supprimée ou par redéploiement de places d'une implantation maintenue avec diminution capacitaire. A la marge, elle peut être complétée par une opération de fongibilité de crédits sanitaires dans le cadre de reconversion ou cessation d'activité.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (cf tableau ci-après)**3) ARTICULATION**

- Plan des maladies neuroévolutives (pris en compte dans parcours Grand âge et Handicap)
- Schémas départementaux de l'autonomie
- Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)
- Partenaires : médecine de ville, services d'aide et de soins à domicile, plateformes territoriales d'appui

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours, Parcours Grand âge et Handicap
- Livret Offre de santé, fiches Soins palliatifs et Offre médico-sociale
- Ce livret, fiche Soins médicaux et de réadaptation

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE DE SOINS DE LONGUE DUREE**

Activité	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	5	1	2	7	2	2	2	6	2
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	4 à 5	1 à 3	2	5 à 7	2	2	2 à 3	5 à 6	2
Ecart (2) - (1)	-1 à 0	0 à 2	0	-2 à 0	0	0	0 à 1	-1 à 0	0

Ainsi qu'il apparaît dans la présente fiche et pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins,
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectifé conduisant à revoir les objectifs quantifiés dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

7.2.3. GREFFES

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Le quatrième plan ministériel pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus pour la période 2022-2026 a été élaboré dans le cadre de la concertation organisée par l'Agence de la biomédecine en juillet 2021, en lien avec les représentants des associations de patients greffés, les représentants des professionnels du prélèvement et des greffes ainsi que les représentants des partenaires institutionnels. Ce plan fait suite à la crise covid-19 qui a fragilisé l'organisation de la filière du prélèvement et de la greffe. Parmi les innovations proposées par ce plan ministériel, un échelon régional du pilotage de cette activité a été créé dans l'optique d'adapter le plan aux spécificités régionales, l'activité de prélèvement et de greffe relevant auparavant du Schéma Interrégional de l'Offre de Soins avec le Grand Est dans l'interrégion Nord Est.

Le plan ministériel fixe des objectifs régionaux quantifiés avec des couloirs de normalité attendus (entre estimation haute et estimation basse) au cours de la période 2022-2026 en région Bourgogne-Franche-Comté¹⁰⁰ :

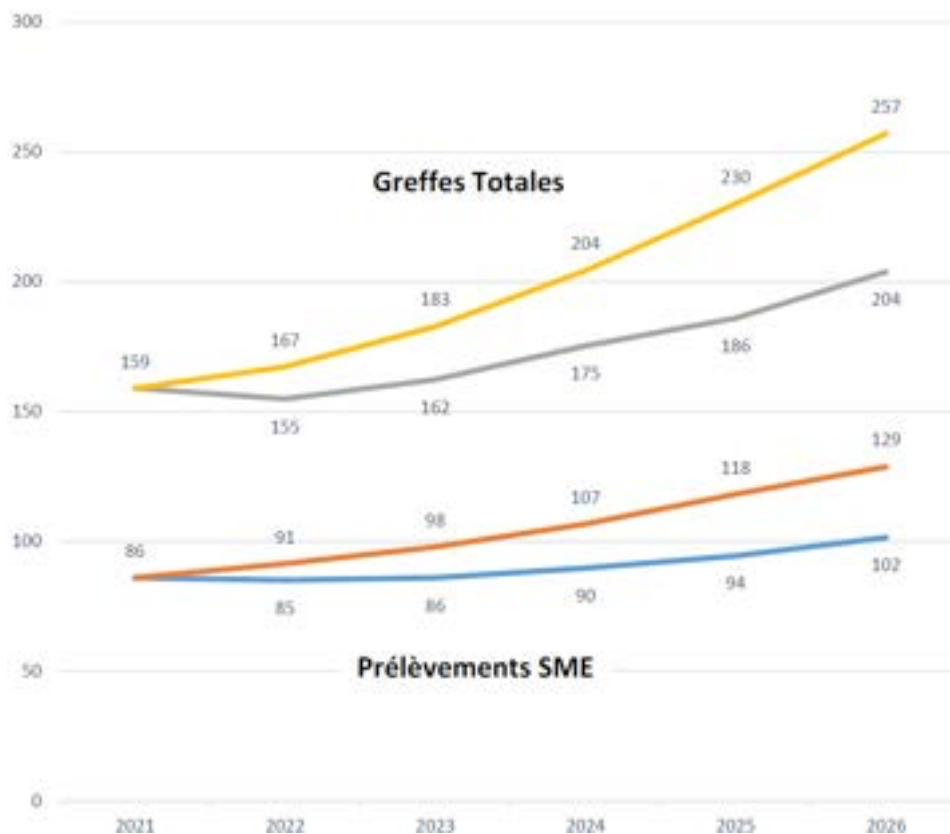


Figure 1 - Couloirs de normalité du nombre de greffes totales et du nombre de prélèvements réalisés sur sujets en mort encéphalique (SME) attendus sur la période 2022 – 2026 en région Bourgogne-Franche-Comté

¹⁰⁰ Objectifs nationaux et régionaux dans le cadre du nouveau plan ministériel pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus – Agence de la biomédecine – DPGOT (FKE) – V1 – Mai 2022

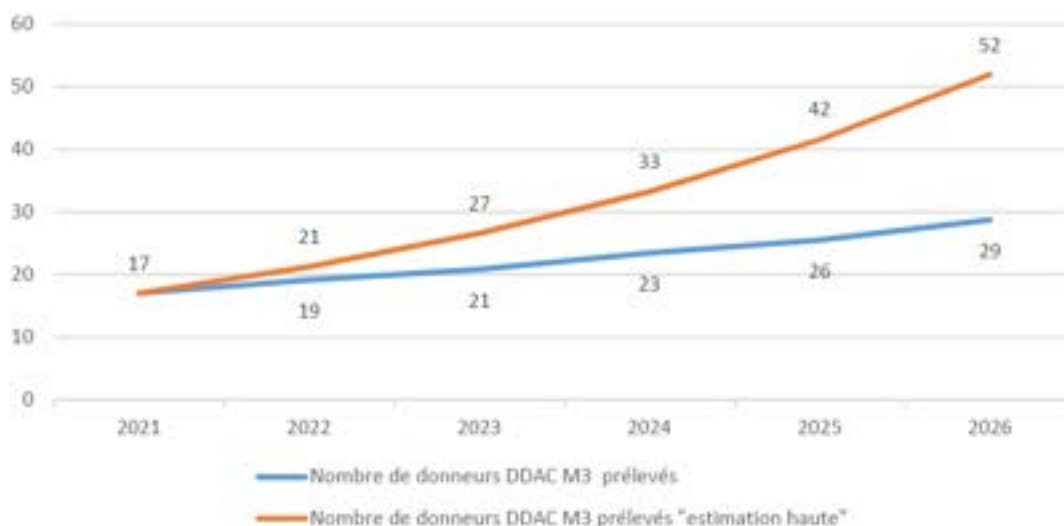


Figure 2 - Couloirs de normalité du nombre de prélèvements réalisés sur donneurs décédés après arrêt circulatoire consécutif à une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques selon le protocole de Maastricht 3 (DDAC M3) attendus sur la période 2022 – 2026 en région Bourgogne-Franche-Comté

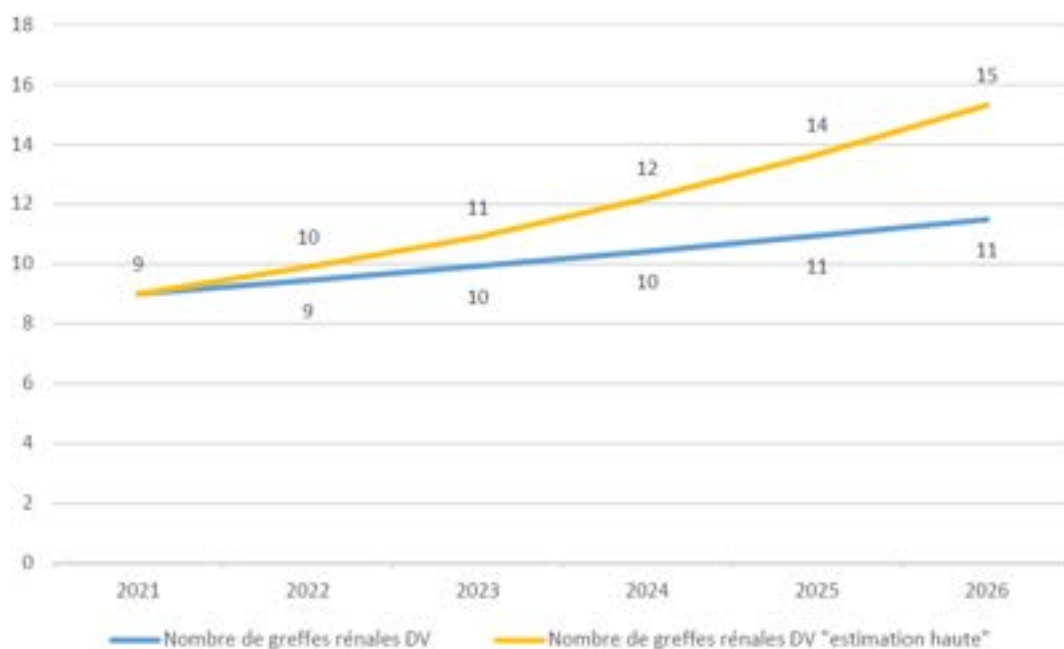


Figure 3 - Couloirs de normalité du nombre de greffes rénales prélevées sur donneur vivant (DV) attendues sur la période 2022 – 2026 en région Bourgogne-Franche-Comté

Activité de prélèvement d'organes et de tissus en région

La région compte dix centres hospitaliers autorisés au prélèvement d'organes et/ou tissus, dont trois uniquement aux prélèvements de tissus à cœur arrêté (activité de prélèvement de tissus externes).

Les deux centres hospitaliers universitaires de la région sont les seuls établissements autorisés au prélèvement d'organes sur donneur décédé après arrêt cardiaque consécutif à une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (protocole Maastricht 3), cette activité ayant débuté en région en 2019. En 2022, plusieurs projets de mise en place de prélèvement Maastricht 3 sont en cours d'élaboration dans les hôpitaux périphériques de la région déjà autorisés au prélèvement multi-organes sur sujet en état de mort encéphaliques.

La majorité des établissements non-autorisés au prélèvement font partie de réseaux opérationnels de proximité (ROP).

Suite à la décision du 7 février 2020 définissant les règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement de tissus et de cellules du corps humain sur une personne vivante ou décédée définie par l'ANSM¹⁰¹, le type de tissus prélevés en dehors d'un prélèvement multi-organes est conditionné par le classement du local de prélèvement selon des normes d'hygiène strictes. Sont distinguées les zones dites propres (type bloc opératoire) des zones non-classées ; les premières permettent le prélèvement de tous tissus, les secondes uniquement le prélèvement de tissus externes (peau et cornée).

Les établissements disposant d'un délai de trois ans pour se mettre en conformité avec les exigences relatives à la zone de prélèvement, cette décision entre en vigueur au cours de l'année 2023. En l'absence de local de prélèvement multi-tissus répondant aux exigences des zones à risque 3 selon la norme NFS 90-351, les établissements souhaitant réaliser des prélèvements de tissus internes (appareil locomoteur, tissus cardiovasculaires) doivent les réaliser dans la continuité d'un prélèvement multi-organes au bloc opératoire. Sur la période 2016-2021, la région BFC a réalisé une activité de recensement et de prélèvement globalement supérieure ou équivalente à la moyenne nationale en nombre de donneur par million d'habitants, qu'il s'agisse de donneurs en état de mort encéphalique, en arrêt circulatoire Maastricht 3 ou donneurs de tissus sans fonction hémodynamique¹⁰².

Sujets en état de mort encéphalique (SME)	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de donneurs recensés (par million d'habitants)						
BFC	55,1	58,8	63,2	57,8	49,7	56,2
France	55	52,7	51,8	51,4	43,4	41,3
Nombre de donneurs prélevés (pmh)						
BFC	32,4	33,7	38,3	32,6	23,1	31,4
France	28,6	28,4	27,5	27,8	21,4	21,8
Donneurs décédés après arrêt circulatoire (M3)						
Nombre de donneurs recensés (pmh)						
BFC	N/A	N/A	N/A	6,3	8	14,3
France	1,3	3	3,7	5,8	6,3	8,2
Nombre de donneurs prélevés d'au moins un organe ou tissu (pmh)						
BFC	N/A	N/A	N/A	2,1	4,5	8
France	0,9	1,7	2,1	3	2,8	3,7
Donneurs de tissus seuls à cœur arrêté						
Nombre de donneurs prélevés d'au moins un tissu * (pmh)						
BFC	116,8	98,4	87,7	84,1	73,5	84,2
France	71,0	72,4	70,8	80,1	57,4	72,0

Tableau 1 – Nombre de donneurs recensés et prélevés par million d'habitants, en région Bourgogne-Franche-Comté comparée à la France entière, de 2016 à 2021.

* Il s'agit de la cornée à plus de 96%.

¹⁰¹ <https://ansm.sante.fr/uploads/2020/10/26/20201026-decision-dg2020-86-bpp-020720207-2.pdf>

¹⁰² Rapport Annuel Médical et Scientifique 2021 régional Bourgogne-Franche-Comté – Agence de la biomédecine, Mars 2022

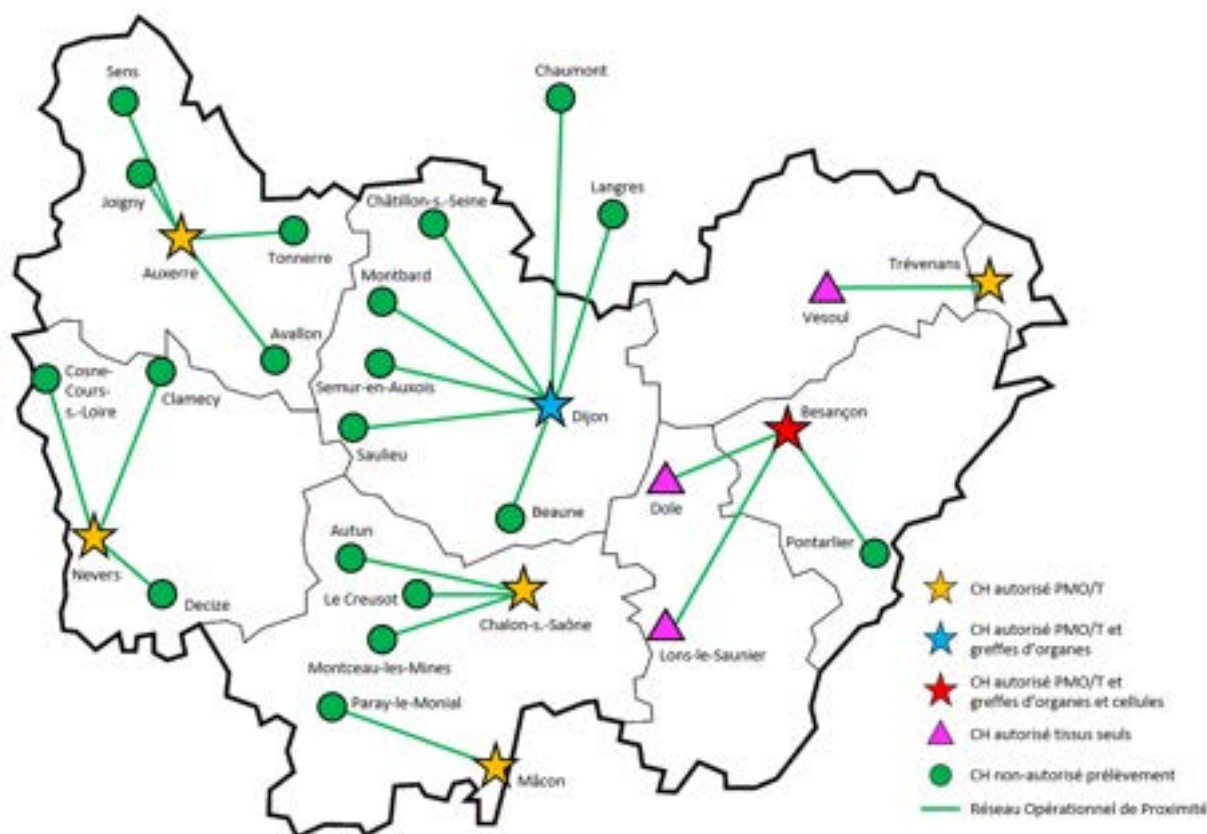


Figure 4 – Centres hospitaliers en région Bourgogne-Franche-Comté autorisés au prélèvement multi-organes/tissus (PMO/T), greffe d’organes, greffe de cellules souches hématopoïétiques et prélèvement de tissus seuls. Les établissements autorisés au prélèvement de tissus seuls et les établissements non-autorisés au prélèvement représentés sur la carte s’inscrivent dans un Réseau Opérationnel de Proximité dont la tête de réseau est représentée par une étoile.

Greffes d’organes

Les deux CHU sont les deux hôpitaux de la région autorisés à la greffe d’organes, uniquement sur patients adultes. Dijon est autorisé aux greffes de rein et de cœur ; Besançon est autorisé aux greffes de rein et de foie. Les greffes de tissus (cornée, os, peau, valves, vaisseaux) ne nécessitent pas d’autorisation d’activité de soins.

Le nombre de greffes rénales à partir d’un donneur vivant reste bas en région depuis 2018. Les greffes dites exceptionnelles ne sont pas réalisées en BFC.

Greffes de cellules souches hématopoïétiques

L’activité de soins greffes de cellules souches hématopoïétiques (CSH) soumise à autorisation¹⁰³ ne concerne que les allogreffes¹⁰⁴. En 2022, l’établissement autorisé à l’allogreffe de CSH en région BFC est le CHU de Besançon.

¹⁰³ Article R.6122-25 du code de la santé publique, janvier 2014

¹⁰⁴ Article R.6123-75 du code de la santé publique, mars 2020

L'activité de thérapie cellulaire par CAR-T Cells (lymphocytes T autologues à récepteur antigénique chimérique) ne constitue pas à proprement parler une allogreffe de CSH mais un médicament de thérapie innovante utilisé dans le cadre du traitement médicamenteux systémique du cancer. Cependant, l'administration de CAR-T cells est conditionnelle à l'autorisation de greffes de cellules souches hématopoïétiques selon l'article 1 de l'arrêté du 28 mars 2019¹⁰⁵.

Greffes de reins	2017	2018	2019	2020	2021
SME	97	105	73	58	84
M3	4	1	8	16	21
DV	20	10	11	7	9
Greffes de foie					
SME	33	34	34	26	29
M3	0	0	2	4	6
Greffes de cœur					
SME	12	13	10	7	10
Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques					
Apparentées		20	23	16	19
Non-apparentées		26	26	20	27

Tableau 2 – Nombre de greffes réalisées en région Bourgogne-Franche-Comté, quelle que soit l'origine géographique du greffon, déclinée par modalité de prélèvement : Sujet en Mort Encéphalique, Maastricht 3 et Donneur Vivant pour les organes, et donneur apparenté ou non-apparenté au receveur pour les allogreffes. Données extraites par l'Agence de la biomédecine.

Objectifs

Objectif général n°1 : maintenir une bonne activité de prélèvement d'organes et de tissus sur donneur en état de mort encéphalique ou décédé après arrêt circulatoire

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Soutenir les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus (CHPOT) dans leur rôle, en s'assurant d'un effectif de personnel adéquat et de leur formation continue, ainsi qu'en favorisant les relations et l'entre-aide entre équipes de différents établissements
- ☞ 2 - Former les professionnels des services susceptibles de recevoir des donneurs potentiels : service d'accueil des urgences, réanimation, unité de soins intensifs neuro-vasculaires... dans l'optique d'un recensement exhaustif
- ☞ 3 - Développer le prélèvement sur patient décédé après arrêt circulatoire (protocole Maastricht 3) en étendant la pratique aux hôpitaux réalisant déjà des prélèvements sur sujet en mort encéphalique

¹⁰⁵ Arrêté du 28 mars 2019 limitant l'utilisation de médicament de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR-T Cells autologues indiqués dans le traitement de la leucémie aiguë lymphoblastique à cellules B et/ou du lymphome à grande cellule B, à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique

Exemples d'actions :

- ⦿ Réunions inter-établissements régulières entre équipes de CHPOT afin de partager leurs expériences et se former
- ⦿ Analyse des difficultés logistiques à la mise en place du prélèvement Maastricht 3 dans les hôpitaux de périphérie suite à la réalisation d'étude de potentialité

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Recensement exhaustif des donneurs potentiels
- ☞ Baisse du taux d'opposition au prélèvement
- ☞ Développement des coopérations entre établissements, mutualisation d'astreintes

Objectif général n°2 : développer l'activité de greffe rénale à partir de donneur vivant

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Informer et communiquer autour de l'importance de la greffe rénale à partir de donneur vivant auprès de tous les acteurs concernés : grand public, le patient receveur, ses proches, ainsi que les professionnels eux-mêmes.
- ☞ 2 - Améliorer l'accessibilité aux blocs opératoires suite à la crise sanitaire pour permettre une reprise de l'activité donneur vivant
- ☞ 3 - Accompagner les professionnels dans cette activité, en soutenant les équipes de CHPOT dans la coordination et l'organisation de la prise en charge du donneur, et en formant les chirurgiens urologues à la pratique

Exemples d'actions :

- ⦿ Campagnes d'information adaptées au public visé, par exemple journée nationale du don le 22 juin, port du ruban vert
- ⦿ Recrutement d'infirmier de coordination de prélèvement pour mieux gérer la charge de travail autour de la prise en charge du donneur vivant
- ⦿ Sanctuarisation d'un créneau mensuel dédié à cette chirurgie sur le planning du bloc opératoire

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Augmentation du nombre de greffe rénale issue de donneur vivant en région

Objectif général n°3 : renforcer l'activité de prélèvement de tissus

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Former la totalité des infirmiers de coordination hospitalière à la sélection clinique de donneurs potentiels afin d'harmoniser l'activité entre les sites autorisés.
- ☞ 2 - Aider les établissements au prélèvement de tissus seuls hors prélèvement multi-organes, en encourageant la mise aux normes des locaux de prélèvement pour réaliser des prélèvements de tissus internes et en acquérant le matériel adéquat pour diversifier le type de tissu prélevé.
- ☞ 3 - Systématiser le prélèvement de tissus dans la continuité d'un prélèvement multi-organes réalisé au bloc opératoire lorsque l'établissement en réalise.

Exemples d'actions :

- ⊙ Acquisition et formation à l'utilisation du dermatome pour permettre le prélèvement de peau, tissu externe ne nécessitant pas un local de prélèvement dit « zone propre » à risque 3

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Augmentation et diversification du nombre de tissus prélevés

Objectif général n°4 : garantir le maintien d'une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques de qualité et l'accès à toutes les sources possibles de greffons

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Sensibiliser le grand public à l'importance du don de CSH, en adaptant la communication au public cible recommandé : principalement des hommes de moins de 36 ans d'origines géographiques variées pour diversifier les profils HLA des greffons disponibles et renforcer la sécurité du patient receveur.
- ☞ 2 - Renforcer la qualité de la prise en charge et du suivi des donneurs et des receveurs, en harmonisant les pratiques, maintenant une bonne exhaustivité des données des registres et en assurant l'attractivité des carrières professionnelles autour de l'allogreffe de CSH.
- ☞ 3 - Poursuivre et valoriser l'activité de prélèvement de sang placentaire de qualité, en communiquant auprès des femmes enceintes et en maintenant l'expertise des maternités préleveuses et des banques de sang placentaire.

Exemples d'actions :

- ⊙ Campagne de communication utilisant les médias numériques et les réseaux sociaux
- ⊙ Création de postes d'assistants partagés pour les greffes et les thérapies cellulaires

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Meilleure connaissance de l'allogreffe de CSH par le grand public et les professionnels
- ☞ Maintien de l'activité en maximisant les chances pour les patients malgré la rareté de la compatibilité HLA dans le don non-apparenté

Etat des lieux des autorisations de prélèvements et greffes

Prélèvements	Tissus (à cœur arrêté)	Tissus (au cours d'un prélèvement multi-organes)	Prélèvement multi-organes (sujet en mort encéphalique)	Donneur décédé après arrêt circulatoire (Maastricht 3)	Donneur Vivant (rein)	CSH allogéniques moelle osseuse	CSH autogéniques moelle osseuse	CSH allogéniques sang périphérique	CSH autogéniques sang périphérique	CSH sang placentaire
Côte d'Or	1	1	1	1	1			2	2	1
Haute-Saône	1									
Nord Franche-Comté	1	1	1							
Centre Franche-Comté	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2
Jura	1									
Saône-et-Loire-Bresse-Morvan	1	1	1							
Bourgogne Méridionale	1	1	1							
Nièvre	1	1	1							
Yonne	1	1	1							

Greffes	Rein	Foie	Cœur	Cœur-poumons	Intestins	Pancréas	Rein-pancréas	CSH allogéniques
Côte d'Or	1		1					
Haute-Saône								
Nord Franche-Comté								
Centre Franche-Comté	1	1						1
Jura								
Saône-et-Loire-Bresse-Morvan								
Bourgogne Méridionale								
Nièvre								
Yonne								

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Seules les activités de greffe sont concernées par les autorisations d'activité de soins à proprement parler.

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE DE GREFFE**

Réglementation en vigueur avant le 01/06/2023

Cette activité était inscrite dans le schéma interrégional d'organisation des soins (SIOS)

Organe/cellules			Zone	
			Bourgogne	Franche-Comté
Nombre d'implantations autorisées	Cœur	Adultes	1	0
		Enfants	0	0
	Poumon	Adultes	0	0
		Enfants	0	0
	Cœur-Poumon	Adultes	0	0
		Enfants	0	0
	Foie	Adultes	0	1
		Enfants	0	0
	Rein	Adultes	1	1
		Enfants	0	0
	Pancréas	Adultes	0	0
		Enfants	0	0
	Rein-Pancréas	Adultes	0	0
		Enfants	0	0
	Intestin	Adultes	0	0
		Enfants	0	0
	Allogreffe de cellules hématopoïétiques	Adultes	0	1
		Enfants	0	0

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023

Organe/cellules			Zone	
			Bourgogne	Franche-Comté
Nombre d'implantations prévues	Cœur	Adultes	1	0
		Enfants	0	0
	Poumon	Adultes	0	0
		Enfants	0	0
	Cœur-Poumon	Adultes	0	0
		Enfants	0	0
	Foie	Adultes	0	1
		Enfants	0	0
	Rein	Adultes	1	1
		Enfants	0	0
	Pancréas	Adultes	0	0
		Enfants	0	0
	Rein-Pancréas	Adultes	0	0
		Enfants	0	0
	Intestin	Adultes	0	0
		Enfants	0	0
	Allogreffe de cellules hématopoïétiques	Adultes	1	1
		Enfants	0	0

Les titulaires d'une autorisation d'activité délivrée avant cette date doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation d'activité

2) PARTENARIATS

- Agence de la Biomédecine
- Etablissement Français du Sang
- Agence Nationale de Sécurité du Médicament
- Equipes de greffe des deux CHU
- Coordinations Hospitalières des Prélèvements d'Organes et de Tissus
- Associations de patients greffés (par organe concerné et cellules souches hématopoïétiques)

3) TRANSVERSALITE

- Livret Prévention, fiche Education thérapeutique du patient
- Livret Parcours, Parcours Cancer, Parcours Diabète et maladies rénales chroniques, Parcours Maladies cardio-neuro-vasculaires
- Livret Offre de santé, fiche Coopérations hospitalières
- Ce livret, fiches Chirurgie, Traitement du cancer et Insuffisance rénale chronique
- Projet Régional de Santé de l'ARS Grand Est, faisant historiquement partie du schéma interrégional de l'offre de soins avec la région Bourgogne-Franche-Comté.

7.2.4. TRAITEMENT DES GRANDS BRULES

1) CONTEXTE

L'activité de traitement des grands brûlés consiste à prendre en charge les patients atteints de brûlures graves par leur étendue, leur profondeur ou leur localisation.

L'activité de traitement des grands brûlés ne compte actuellement aucun établissement sanitaire autorisé sur le territoire de la Bourgogne-Franche-Comté, aussi bien en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) qu'en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR mention « brûlés »).

Il s'agit d'une activité qui relevait du schéma interrégional de l'organisation des soins de l'interrégion Est, regroupant la Bourgogne-Franche-Comté et le Grand Est.

2) DIAGNOSTIC

Sur ces cinq dernières années, 463 patients originaires de Bourgogne-Franche-Comté ont été hospitalisés dans un service de MCO autorisé au traitement des grands brûlés, aux soins de surveillance continue des grands brûlés ou en réanimation des grands brûlés. Les trois régions recevant le plus de patients de la région étaient l'Auvergne-Rhône-Alpes (60%), l'Île de France (21%) et le Grand Est (15%).

Parmi ces 463 patients, 59 enfants ont été hospitalisés dans des services accueillant les grands brûlés, majoritairement sur les sites de l'hôpital Armand Trousseau de l'AP-HP (Île De France) et du CHRU de Nancy (Grand Est).

Nombre de patients distincts originaires de Bourgogne-Franche-Comté ayant été hospitalisés en service de MCO autorisé au traitement des grands brûlés de 2018 à 2022, tous âges confondus

Région d'accueil du patient de BFC	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Grand Est	15	20	4	17	18	73
Nouvelle Aquitaine					1	1
Auvergne-Rhône-Alpes	65	41	64	53	63	277
Centre-Val-de-Loire	1		1		1	3
Île-de-France	21	20	24	18	17	94
Occitanie	1	1	1	3		6
Pays de la Loire		1				1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2	3		3		8
Réunion					1	1
Total patients distincts par année	105	86	94	94	101	463

507 patients originaires de Bourgogne-Franche-Comté ont été hospitalisés en soins de suite et de réadaptation mention « affection des brûlés », très majoritairement en Auvergne-Rhône-Alpes (86%). La région ARA reçoit la majorité des patients de tous les territoires de la BFC, à l'exception du département de l'Yonne dont les patients sont majoritairement hospitalisés en Île de France.

Parmi ces 507 patients, 301 ont séjourné dans un SSR pédiatrique mention « affection des brûlés ».

Nombre de patients distincts originaires de Bourgogne-Franche-Comté ayant été hospitalisés en service de SSR mention « affection des brûlés », par région d'accueil et par année

UM « 57A – Affection des brûlés »	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Grand Est	3	5	6	7	9	24
Nouvelle Aquitaine	2	3			3	6
Auvergne-Rhône-Alpes	58	61	47	39	44	166
Île-de-France	9	1	3	2	2	16
Normandie				1		1
Occitanie	1		2		1	4
Provence-Alpes-Côte d'Azur		1				1
Total patients distincts en service SSR adulte	70	71	58	49	59	212
UM « 57P/57E/57J – Affection des brûlés »	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Grand Est	3	6	7	8	8	18
Auvergne-Rhône-Alpes	143	117	119	134	121	277
Île-de-France	2	1	2	2		7
Total patients distincts en service SSR pédiatrique	148	124	128	144	129	301
Total patients distincts de BFC en SSR « brûlés »	217	195	185	193	186	507

Un même patient peut apparaître plusieurs fois dans le tableau, y compris passer de service pédiatrique à service adulte.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (cf tableau ci-après)

3) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours, parcours Handicap
- Ce livret, fiches Médecine, Soins critiques et Soins médicaux et de réadaptation
- Schéma régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes
- Schéma régional de santé Grand-Est
- Schéma régional de santé Île de France

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ACTIVITE DE TRAITEMENT DES GRANDS BRULES**

Réglementation en vigueur avant le 01/06/2023

Cette activité était inscrite dans le schéma interrégional d'organisation des soins (SIOS)

Mention		Zone	
		Bourgogne	Franche-Comté
Nombre d'implantations autorisées	Traitement des Adultes	0	0
	Traitement des enfants	0	0

Réglementation en vigueur à compter du 01/06/2023

Mention		Zone	
		Bourgogne	Franche-Comté
Nombre d'implantations prévues	Traitement des Adultes	0	0
	Traitement des enfants	0	0

Les titulaires d'une autorisation d'activité délivrée avant cette date doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation d'activité

7.2.5. MEDECINE D'URGENCE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

A ce stade, l'activité de médecine d'urgence n'a pas fait l'objet de la publication de textes relatifs à la réforme des autorisations. Des évolutions sont attendues dans les mois à venir.

Cadre juridique :

Selon le code de la santé publique, la médecine d'urgence est une activité de soins soumise à autorisation qui s'exerce selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes :

- la régulation des appels par les services de l'aide médicale urgente (CRRA 15-SAMU) ;
- La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique;
- la prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences (SU) adultes ou pédiatriques.

L'autorisation de faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il a l'autorisation de faire fonctionner une structure des urgences ou s'il obtient simultanément cette autorisation.

A titre exceptionnel, lorsque la situation locale le justifie, un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de prise en charge des patients par le SMUR peut être autorisé, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence de soins et des transports sanitaires, à mettre en place, hors de l'établissement, des moyens destinés à faire fonctionner, de façon temporaire ou permanente, une antenne de SMUR.

L'autorisation d'exercer l'activité de prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ne peut être délivrée à un établissement de santé que s'il satisfait aux conditions suivantes :

- Disposer de lits d'hospitalisation complète en médecine ;
- Disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale, en son sein ou par convention avec un autre établissement de santé, avec un cabinet d'imagerie ou avec un laboratoire d'analyses de biologie médicale de ville, ou dans le cadre du réseau de prise en charge des urgences¹⁰⁶.

L'effectif de l'équipe médicale de la structure de médecine d'urgence comprend un nombre de médecins suffisant pour qu'au moins l'un d'entre eux soit présent en permanence.

Selon l'article R.6123-18, tout établissement autorisé à exercer l'activité de médecine d'urgence est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU.

¹⁰⁶ Cf. Livret Offre – soins non programmés

Structure mobile d'urgence et de réanimation

L'implantation des SMUR est déterminée par le schéma régional de santé et permet d'assurer la couverture du territoire.

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la structure mobile d'urgence et de réanimation a pour missions :

- D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé
- D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

L'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote. Le médecin régulateur de la structure d'aide médicale urgente adapte, le cas échéant, en tenant compte des indications données par le médecin présent auprès du patient, la composition de l'équipe d'intervention aux besoins du patient.

La médecine d'urgence constitue le point d'articulation entre la permanence des soins en ambulatoire et la permanence des soins en établissements de santé. Elle s'intègre dans les orientations du Pacte de Refondation des Urgences (PRU) qui traite de manière plus globale, l'organisation de la réponse aux soins urgents et non programmés (permanence des soins ambulatoire, régulation médicale hospitalière et libérale, transports sanitaires, urgences hospitalières, filière d'aval).

Les centres d'enseignements des soins d'urgence (CESU) bénéficient d'un agrément de l'ARS et ne sont pas soumis au régime des autorisations d'activité de soins. Ils sont situés dans les établissements de santé au sein du pôle hospitalier comprenant le service d'aide médicale urgente.

Bilan de l'existant¹⁰⁷

La Bourgogne-Franche-Comté compte trente-six services d'urgences (SU), en distinguant les sites géographiques et les SU adultes et polyvalents des SU pédiatriques. Les spécificités suivantes sont à noter :

- La région compte huit services d'urgences pédiatriques (SUP) de niveau 2 (SUP d'appui) ou 3 (SUP expert), c'est-à-dire des SU ayant plus de 90 % de patients de moins de 18 ans, avec des locaux individualisés de ceux des adultes, et dont les patients sont pris en charge par des pédiatres.
- Le SU du CHU de Besançon est divisé en deux services distincts : un SU médico-chirurgical géré par des urgentistes et un SU traumatologique, rattaché à la chirurgie orthopédique (géré par des orthopédistes, sans la traumatologie grave).
- Un SMUR pédiatrique basé à Dijon organise les transports des enfants de 0 à 2 ans sur toute la Bourgogne, et se déplace sur des transports secondaires. En Franche Comté, l'activité pédiatrique est réalisée par le SMUR adulte de Besançon.

¹⁰⁷ Source : panorama de l'activité des urgences 2021

Nombre de structures de médecine d'urgence en activité (situation au 01/01/2023)

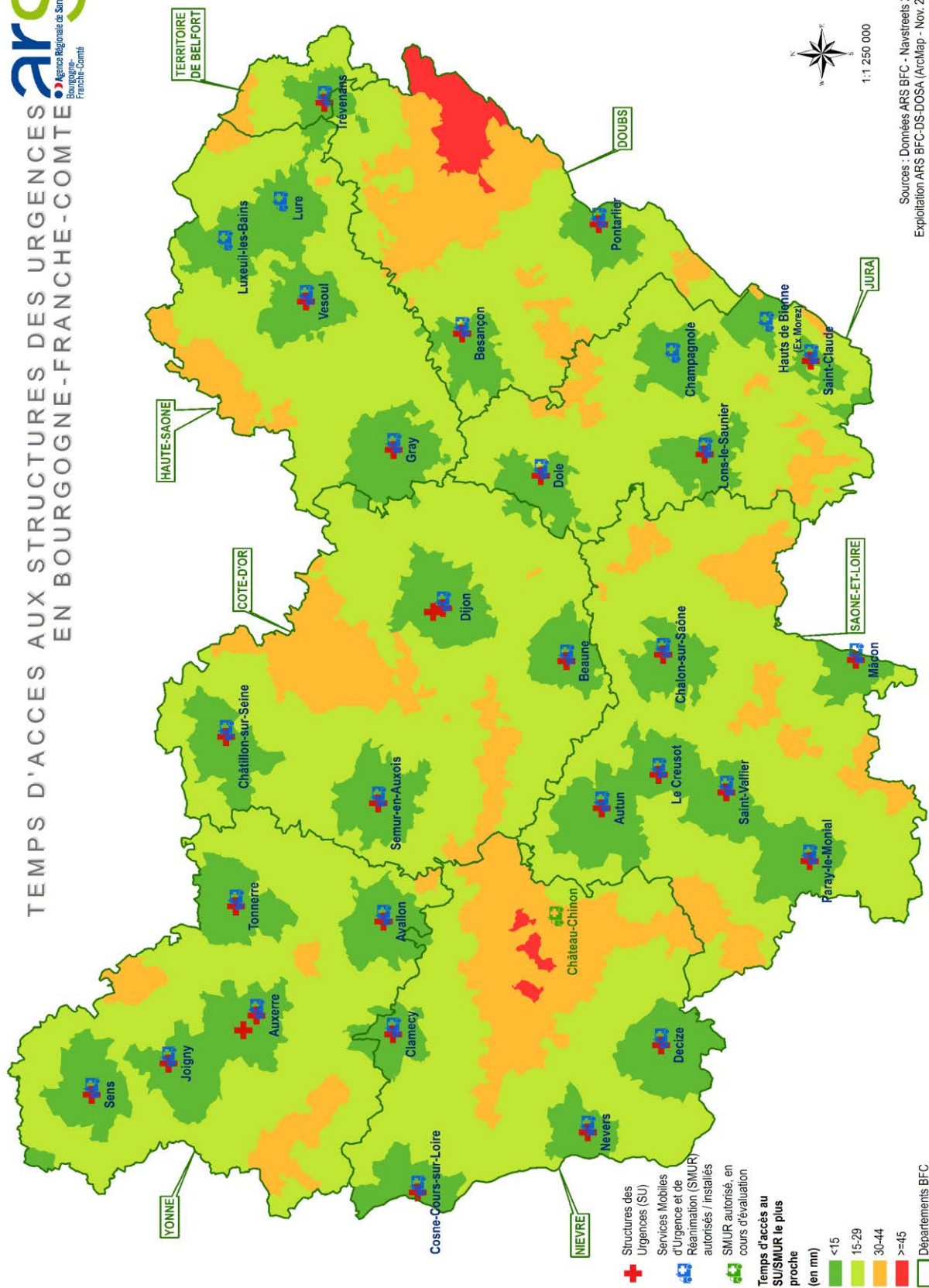
	Côte-d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Doubs	Haute-Saône	Jura	Territoire de Belfort	BFC
Nombre de CRRA 15	1	0	1	1	1	0	0	0	4
Nombre de SAMU	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Nombre de SU adultes ou polyvalents	5	4	6	5	2**	2	3	1	28
Nombre SMUR	4	4	6	5	2	4	4 +1 antenne	1	30 +1 antenne
Nombre de SU pédiatriques	1	1	2	2	1	0	0	1	8

- *rattaché à un Service d'Urgences
- **Ce chiffre n'intègre pas le SU traumatologique du CHU de Besançon

Cette offre est complétée par :

- 5 héliSMUR (Dijon, Besançon, Chalon en H24 et Auxerre, Nevers en H12), un hélicoptère de la sécurité civile (Besançon)
- 7 centres d'enseignement des soins d'urgence. Le centre hospitalier de Dole compte un CESU mais ne comporte pas de SAMU. Le CH de Nevers bien qu'ayant un SAMU, n'a pas de CESU agréé.
- Centre de Formation des Assistants de Régulation Médicale - CFARM (Dijon, Besançon)

TEMPS D'ACCES AUX STRUCTURES DES URGENCES EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



Sources : Données ARS BFC - Navstreets 2016
Exploitation ARS BFC-DOSA (ArcMap - Nov. 2017)

Nb : Les deux SMUR et les structures des urgences de Montbéliard et de Belfort sont désormais regroupés sur le nouveau site de l'hôpital Nord Franche Comté de Trévenans.

Activité 2021 ¹⁰⁸ :

- Activité des centres de réception et de régulation des appels (CRRA 15)

Les données présentées proviennent principalement des données déclaratives des CRRA-15 au RUBFC.

- Les données agrégées des quatre Centre-15 sont données à titre indicatif pour refléter l'activité pour l'ensemble de la région, mais sans exactitude rigoureuse. Il est délicat de comparer l'activité d'un CRRA-15 à un autre.

Appels	En 2021	Evolution 2020/2021
Nombre d'appels entrants	1 466 281	- 1,6 %
Nombre d'appels entrants (pour 1000 habitants)	525	- 1,6 %
Nombre d'appels décrochés	1 352 987	- 1,0 %
Pourcentage de décrochés en moins de 60 secondes	92,0 %	1,3 %

Dossiers	En 2021	Evolution 2020/2021
Nombre de Dossiers de Régulation	846 350	- 1,5 %
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale	636 318	- 2,5 %
Dont DRM AMU	415 878	- 8,8 %
Dont DRM PDSA	231 113	11,1 %

Activité SMUR	En 2021	Evolution 2020/2021
Nombre d'interventions SMUR	33 863	- 2,5 %
Dont SMUR terrestre	30 371	- 3,0 %
Dont SMUR hélicopté	3 492	2,1 %
Nombre d'interventions SMUR pré-hospitalier	28 023	- 1,6 %
Dont SMUR terrestre	26 693	- 2,2 %
Dont SMUR hélicopté	1 330	12,3%
Nombre de transferts SMUR inter-hospitaliers	5 840	-6,5%
Dont SMUR terrestre	3 678	-8,2%
Dont SMUR hélicopté	2 162	-3,3%

¹⁰⁸ Source : panorama de l'activité des urgences 2021

Nombre d'appels en 2021

	CRRA-15 21-58	CRRA-15 71	CRRA-15 89	CRRA-15 FC
Appels présentés	394 520	280 459	191 729	599 573
<i>Pour 1 000 habitants</i>	537	511	573	510
Appels décrochés	351 628	266 178	185 555	549 626
(%)	89%	95%	97%	92%
Décrochés en moins de 60 sec. (%)	90%	95%	91%	ligne 15 : 90 % en moins de 20 sec ligne PDSA : 84 % en moins de 20 sec
Pour les appels entrants "patients" (hors appels bilans...)	94%	96%	92%	
Appels sortants	NR	121 364	52 408	252 108

Temps d'accès à un centre de soins urgents

- Tous les Bourguignons-Francis-Comtois ont accès à l'ensemble des professionnels de santé de premier recours en moins de 30 minutes par la route et trois quarts d'entre eux peuvent même y accéder en moins de 7 minutes
- La part de la population éloignée de plus de 7 minutes de certains professionnels de santé est cependant deux fois plus importante qu'au niveau national
- Le temps d'accès aux professionnels de santé de premier recours est le plus long pour les habitants du sud Châtillonnais et du cœur du Morvan.

Passages aux urgences

Ces chiffres clés intègrent l'activité de tous les services d'urgences de Bourgogne-Franche-Comté, adultes, polyvalents et pédiatriques, ainsi que l'activité des Centres de Soins Non Programmés.

Volume de passages	BFC	Bourgogne	Franche-Comté
<i>Source : données déclaratives</i>			
Nombre de passages en 2021	863 207	541 213	321 994
Moy. quotidienne	2 365	1 483	882
Evolution 2020/2021	+11,8%	+13,0%	+9,7%
Evolution 2019/2021	-7,2%	-6,5%	-8,4%
<i>Source : RPU</i>			
Nombre de passages en 2021	859 084	535 403	323 681
Moy. quotidienne	2 354	1 467	887
Evolution 2020/2021	+11,7%	+13,3%	+9,2%
Evolution 2019/2021	-8,0%	-8,1%	-7,8%

Volume de passages	CHU		Sites pivots		SU de proximité	CSNP
	SU adultes	SUP	SU adultes	SUP		
Nombre de passages en 2021	95 043	38 877	325 699	70 704	310 166	18 595
Pourcentage de passages	11%	5%	38%	8%	36%	2%
Evolution 2020/2021	13%	27%	7%	46%	9%	3%
Evolution 2019/2021	-6%	-8%	-7%	-3%	-8%	-35%

Près de 2 patients sur 10 aux urgences sont âgés de plus de 75 ans. Ces patients ont en moyenne une prise en charge plus importante que les autres : taux de CCMU 1 plus faible, durée de passage plus importante, patients poly-pathologiques...

Passages aux urgences pédiatriques

Ces chiffres clés présentent l'activité des SU, SUP et des CSNP auprès des patients de moins de 18 ans. Sur les huit SU Pédiatriques de Bourgogne-Franche-Comté, deux ont commencé à transmettre des RPU en 2018 (CH de Chalon-sur-Saône et CH de Sens), et un a commencé à transmettre des RPU en avril 2019 (Hôpital Nord Franche-Comté).

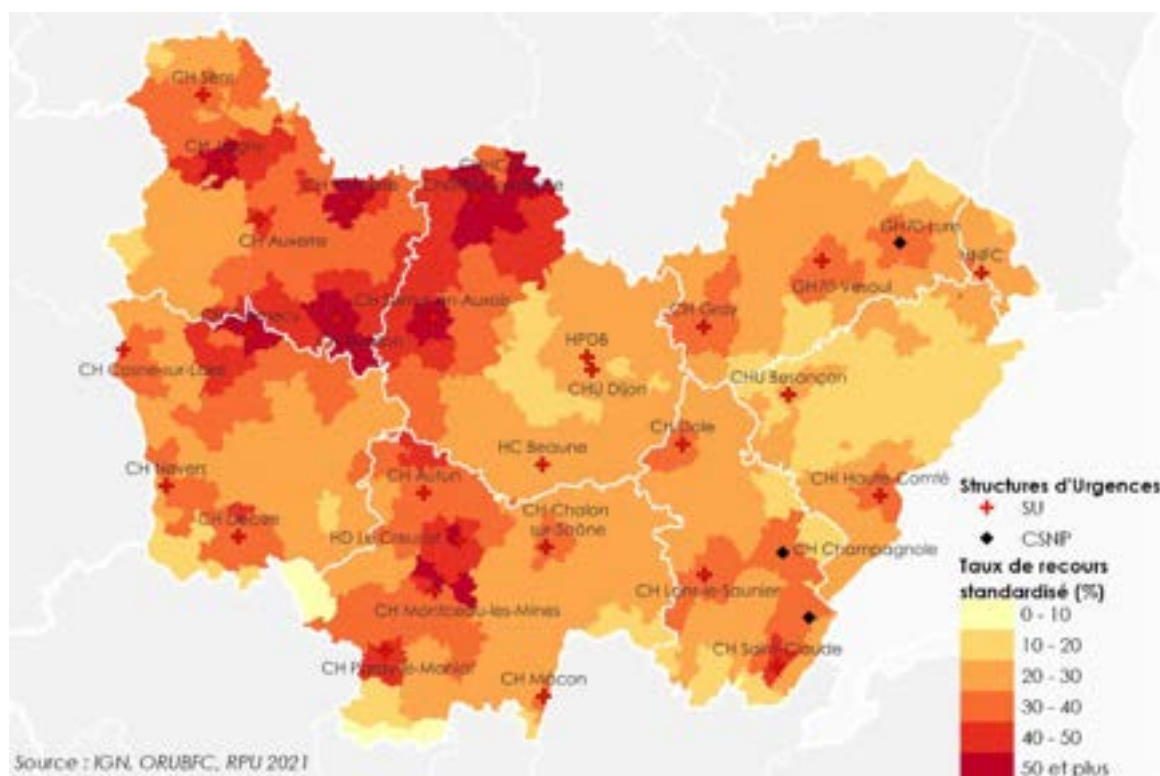
Volume de passages	Tous les SU et CSNP	Dans les SU polyvalents	Dans les SU pédiatriques	Dans les CSNP
Nombre de passages en 2021	221 695	107 461	109 322	4 912
En Bourgogne	144 090	64 767	79 323	NA
En Franche-Comté	77 605	42 694	29 999	4 912
Moy. quotidienne	607	294	300	14
Taux d'urgences pédiatriques	25,8%	14,7%	99,8%	26,4%
Evolution 2020/2021	29,1%	21,1%	39,0%	12,0%
Evolution 2019/2021	-12,4%	-15,8%	-4,4%	-38,2%

Synthèse

Entre 2018 et 2019, le nombre de passages aux urgences était stable : -0,4 % (les données déclaratives des ES indiquaient même une baisse de -2%). Entre 2019 et 2020, une baisse remarquable a lieu, du fait de l'épidémie de covid-19. En 2021, le nombre de passages aux urgences augmente, mais sans retrouver le niveau d'avant-crise.

A noter qu'en dépit du recul du nombre de passages aux urgences, l'activité du personnel des urgences a été soutenue, pour œuvrer à la mise en place des protocoles sanitaires, dans un contexte d'instabilité permanente.

Taux de recours standardisé selon le code postal de résidence du patient



Le taux de recours est sous-estimé autour des SU pour lesquels l'exploitabilité du code postal est plus faible (le taux d'exploitabilité régional est de 99,5 %). Par ailleurs, le taux de recours présenté sur cette carte ne prend en compte que les passages dans les établissements de Bourgogne-Franche-Comté, les zones frontalières de la région ont donc sans doute un taux de recours sous-estimé si les patients se rendent dans des établissements des régions frontalières.

Les zones où le taux de recours est le plus élevé sont celles autour de Senan (101% - 89), d'Avalon (65% - 89), de Dornecy (60% - 58), de Semur-en-Auxois (21 - 59%), de Tonnerre (89 - 57%), du Creusot (71 - 56%), de Chatillon (21 - 55%), de Joigny (89 - 54%), Montigny-sur-Aube (21 - 54%), Clamecy (58 - 54%), Quarré-les-Tombes (89 - 53%), Cezy (89 - 52%), Montceau-les-Mines (71 - 52%).

Caractéristiques des types d'urgences

Pathologie	Nombre de passages	% des passages	% d'hospitalisations	% CCMU 1	% CCMU 4 et 5	Durée médiane de passage
Médico-chirurgicale	470 205	60%	30%	20%	2%	03:26
Traumatologique	234 036	30%	11%	15%	0,3%	02:04
Psychiatrique	25 363	3%	36%	20%	1%	03:07
Toxicologique	10 661	1%	54%	11%	3%	03:54
Autre recours	41 079	5%	10%	40%	1%	01:21

Sorties SMUR

Activité SMUR	En 2021	Evolution 2020/2021
Nombre d'interventions SMUR	33 863	-2,5%
Dont SMUR terrestre	30 371	-3,0%
Dont SMUR hélicopté	3 492	2,1%
Nombre d'interventions SMUR pré-hospitalier	28 023	-1,6%
Dont SMUR terrestre	26 693	-2,2%
Dont SMUR hélicopté	1 330	12,3%
Nombre de transferts SMUR inter-hospitaliers	5 840	-6,5%
Dont SMUR terrestre	3 678	-8,2%
Dont SMUR hélicopté	2 162	-3,3%

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Objectif général n°1 : optimiser le fonctionnement de la régulation hospitalière

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Harmoniser les pratiques des 4 CRRA 15 conformément aux référentiels de régulation et des arbres décisionnels et accompagner la fédération des CRRA autour d'un diagnostic commun de leur activité

Exemples d'actions :

- ☉ Fédération des 4 CRRA 15 autour d'un diagnostic commun de leur activité (ARM, médecins) et d'une doctrine régionale d'engagement des moyens
- ☉ Optimisation du fonctionnement du coordonnateur ambulancier dans les centres 15

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Respect des référentiels et recommandations en cours
- ☞ Production de conventions tripartites entre CRRA15, ATSU et SDIS pour établir les modalités de coopération entre les services de l'AMU et les acteurs des transports sanitaires

- ☞ *2 - Optimiser l'organisation et la collaboration régionale des régulations notamment au regard de la ressource médicale et en s'appuyant sur la mise en œuvre du bandeau SI-SAMU*

Exemples d'actions :

- ⦿ Déploiement du bandeau de communication SI-SAMU, avec adaptation du bandeau téléphonique au SAS, dans les sites volontaires afin de faciliter les modalités de coopération inter CRRA 15
- ⦿ Déploiement progressif du Réseau Radio du futur (RFF) pour SAMU et SMUR dès 2025 (départements 21 et 89 en 2025 ; départements 70, 25, 90, 39, 71, 58 en 2026)

- ☞ *3 - Déployer et renforcer le dispositif Service d'Accès aux Soins sur l'ensemble de la région dans chaque territoire porteur d'un CRRA sur les volets régulation et effectation et soutenir son ancrage territorial (Cf. Livret Offre – Soins non programmés)*
- ☞ *4 - Développer les régulations déportées au sein des ES et déployer les régulations spécialisées (Cf. Livret Offre – Soins non programmés)*

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Optimisation de l'articulation des soins urgents et des soins non programmés aux niveaux territorial et régional

Objectif général n°2 : garantir l'accessibilité à des soins urgents de qualité tout en tenant compte des contraintes démographiques de la population et des professionnels des services d'urgence

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Maintenir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes par un maillage territorial adapté des SU, SMUR terrestres et hélicoptés et s'appuyer sur les autres ressources de l'aide médicale urgente et du secours à la personne*

Exemples d'actions :

- ⦿ Optimisation des vecteurs hélicoptés et organisation de réponses alternatives, régulées par le 15, pour chaque territoire situé à plus de 30mn...
- ⦿ Étude des opportunités de mise en place d'antennes de médecine d'urgence, adossée à un SMUR, pour renforcer la territorialisation de l'offre de soins
- ⦿ Gradation des interventions pré-hospitalières selon le besoin de médicalisation requis par l'état de santé du patient en s'appuyant sur les moyens paramédicalisés
- ⦿ Révision du zonage des SMUR
- ⦿ Accompagnement en formation des professionnels paramédicaux venant renforcer l'offre de transports (EPMU, TIIH)

- ☞ *2 - Développer et soutenir les coopérations territoriales en médecine d'urgence au sein des zones de planification sanitaire*

Exemples d'actions :

- ⊙ Mise à disposition d'un diagnostic territorial à l'usage des établissements des zones de planification sanitaire en lien avec l'observatoire régional des urgences (ORU)
- ⊙ Adaptation des organisations des structures d'urgences et des renforts territoriaux, en lien avec les CRRA 15 dont ils dépendent, afin de tenir compte des contraintes de démographie des urgentistes.
- ⊙ Déploiement d'unités mobiles hospitalières paramédicalisées de territoire

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Amélioration de la réponse territoriale et cohérence territoriale de l'offre

- ☞ *3 - Améliorer l'organisation au sein des structures d'urgence et fluidifier le parcours patient en aval pour centrer l'activité des urgentistes sur leur cœur de métier*

Exemples d'actions :

- ⊙ Développement des Transports infirmiers inter-hospitaliers
- ⊙ Développement de la délégation de tâches (ex : protocoles infirmiers, prescriptions anticipées)
- ⊙ Optimisation des circuits et recours aux plateaux techniques en lien avec la PDSES
- ⊙ Appui des urgences par un gestionnaire de lits ou une cellule de gestion des lits
- ⊙ Protocolisation des retours à domicile s'appuyant sur les SI et les dispositifs de coordination tels que les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)
- ⊙ Optimisation des transports en sortie des hospitalisations

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Efficience de l'organisation
- ☞ Diminution des temps de passage aux urgences (analysés par parcours)
- ☞ Sécurisation de la prise en charge

Objectif général n°3 : structurer et améliorer la réponse des filières spécialisées aux urgences

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Décliner une organisation graduée territoriale des filières d'urgence pédiatrique et déployer les unités d'accueil pédiatrique d'enfants victimes de violences*

Exemples d'actions :

- ⊙ Définir les modalités de sollicitation de l'expertise pédiatrique de l'ES d'accueil par territoire d'implantation selon les niveaux de prise en charge en lien avec les services de pédiatrie :
- ⊙ Définir les modalités de sollicitation de spécialités pédiatriques, par exemple neuro-pédiatrie, cardiopédiatrie, gastro-pédiatrie (recours SUP 3)
- ⊙ Développer les outils de télémédecine et de téléexpertise permettant de soutenir ces filières
- ⊙ Organisation des transports pédiatriques et néonataux sur l'ensemble de la région afin de préciser les besoins en SMUR pédiatrique
- ⊙ Décliner au moins une unité d'accueil pédiatrique d'enfants victimes de violences par département-

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Amélioration de la prise en charge pédiatrique et néonatale et fluidification des parcours
- ☞ Simplification des autorisations en médecine d'urgence pédiatrique.

- ☞ *2 - Conforter la filière d'accueil de la personne âgée aux urgences, en aval et en amont des urgences et promouvoir les équipes mobiles de gériatrie (Livret parcours – Grand âge)*

Exemples d'actions :

- ⦿ Organisation des prises en charge directes dans le service adapté en lien avec les CRRA 15
- ⦿ Augmenter la mobilisation des équipes mobiles de gériatrie dans les services des urgences
- ⦿ Développer les filières d'admissions directes non programmées des PA en médecine et en chirurgie
- ⦿ Recours à un spécialiste dès la prise en charge aux urgences, notamment en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- ⦿ Mise en place des procédures de régulation et de réponse aux appels des EHPAD
- ⦿ Prévention des ré-hospitalisations en urgence en organisant la sortie de la personne âgée dès l'entrée avec les professionnels de proximité et les dispositifs existants (ex : hébergement temporaire, HAD) en sortie d'hospitalisation, en premier lieu le médecin traitant, et avec la contribution des acteurs du domicile et du DAC en cas de situation complexe

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Diminuer les passages aux urgences évitables des personnes âgées
- ☞ Sécuriser le parcours de soins

- ☞ *3 - Permettre une meilleure prise en charge urgente des personnes en situation de handicap avec la mise en place d'un référent handicap dans le parcours du patient en ES pouvant intervenir dans les SU (Cf. Livret parcours - Handicap)*

Exemples d'actions :

- ⦿ Formation des professionnels des urgences à la prise en charge des personnes en situation de handicap
- ⦿ Recensement et diffusion des outils existants permettant la coordination entre les établissements et services médico-sociaux et le service des urgences : fiche de liaison, dossier liaison urgences, protocole d'accueil, convention
- ⦿ Mise en place d'un Référent Handicap dans les ES, pouvant intervenir dans les SU connu des médecins urgentistes

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Des professionnels des urgences mieux formés à la prise en charge du handicap
- ☞ Des accueils aux urgences préparés et facilités
- ☞ L'accompagnant ou l'aidant familial reconnu comme partenaire du soin

- ☞ *4 - Conforter la filière de soins psychiatriques aux urgences (enfants et adultes) et en aval des urgences et rendre lisible le dispositif de prise en charge des urgences psychiques et psychiatriques au sein de chaque territoire (Cf. Livret parcours – Santé mentale)*

Exemples d'actions :

- ⊙ Accès à un avis psychiatrique dans tout service d'accueil des urgences
- ⊙ Organisation d'une réponse graduée en fonction des caractéristiques du territoire
- ⊙ Déployer une prise en charge spécialisée en psychiatrie (IDE et IPA mention santé mentale) dans les plus gros pôles urgences de la région,
- ⊙ Prévoir une articulation adaptée avec l'équipe de répondants du numéro national de prévention du suicide, le 3114 et faciliter le déclenchement de SAMU en cas de situation de crise suicidaire.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Recrutement d'IDE formés à la psychiatrie et d'IPA au sein des structures Urgences de la région.

- ☞ *5 - Promouvoir la désignation d'un référent sur les violences faites aux femmes et infra-familiales dans chaque structure d'urgence*

Exemples d'actions :

- ⊙ Conforter la place des référents au sein de chaque structure d'urgence

- ☞ *6 - Promouvoir la coordination entre les structures d'urgences et les PASS (permanences d'accès aux soins de santé) et les dispositifs d'appui aux personnes en situation de vulnérabilité (cf PRAPS 2023-2028)*

Exemples d'actions :

- ⊙ Renforcer l'articulation entre les services d'urgences et la PASS et sensibiliser au repérage, à l'accueil et à la prise en charge des publics en situation de vulnérabilité sociale

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Tout médecin urgentiste peut recourir à un avis psychiatrique
- ☞ Diminution des admissions en soins sans consentement pour péril imminent demandées par les services d'urgence
- ☞ Une consultation de suivi est proposée systématiquement dans les 72 heures après le passage aux urgences
- ☞ Amélioration de la prise en charge des publics en situation de précarité

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
MEDECINE D'URGENCE

Modalité	Zone										
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne		
Nombre d'implantations autorisées (1)	SAMU CRRA 15	1	0	0	1	0	0	1	0	1	
	Structure des urgences	5	2	1	3	2	2	4	3	6	
	Structure des urgences pédiatriques	1	0	0	1	0	0	0	0	2	
	SMUR	4	4	1	3	3	2	4	3	6	
	SMUR pédiatrique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Antenne SMUR	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
	SAMU CRRA 15	1	0	0	1	0	0	1	0	1	
	Structure des urgences	5	2	1	3	2	2	4	3	6	
	Structure des urgences pédiatriques	1	0	0	1	0	0	0	0	2	
	SMUR	4	4	1	3	3	2	4	3	6	
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	SMUR pédiatrique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Antenne SMUR	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
	SAMU CRRA 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Structure des urgences	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Structure des urgences pédiatriques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SMUR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Antenne SMUR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ecart (2) - (1)	SAMU CRRA 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Structure des urgences	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Structure des urgences pédiatriques		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SMUR		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SMUR pédiatrique		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Antenne SMUR		0	0	0	0	0	0	0	0	0	

3) ARTICULATION

- Le réseau des urgences: RUBFC
- Les établissements hospitaliers (SU/SAMU/SMUR/FMIH/GHT/CHT)
- Les conseils départementaux d'ordre médical (CDOM)
- Les unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS)
- Les associations de médecine libérale participant à l'AMU (ex SOS, associations de régulation libérale)
- Les fédérations hospitalières : fédération hospitalière de France (FHF), fédération hospitalière privée (FHP), fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)
- Les associations de transporteurs sanitaires urgents (ATSU)
- Les préfetures
- Les représentants des usagers
- Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN)

4) TRANSVERSALITE

- Livret parcours, Parcours :
 - Grand âge
 - Handicap
 - Santé mentale
- Livret offre de santé
 - Améliorer l'accès aux soins non programmés et urgents
 - Transports sanitaires urgents
 - Assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et notamment

7.2.6. TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Cette fiche constitue le volet correspondant à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale dans le parcours du patient malade rénale chronique et doit être mise en regard de la fiche Parcours Diabète et maladie rénale chronique, livret Parcours.

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

L'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique est réglementée aux articles R. 6123-54 à R.6123-68 et aux articles D.6124-64 à D.6124-90 du code de la santé publique. Ces dispositions ont été complétées par arrêtés¹⁰⁹. L'activité ne fait pas partie des activités de soins dont les conditions d'implantation et techniques de fonctionnement ont été réformées.

Définition

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est traitée par trois méthodes : l'épuration extra rénale par la dialyse du sang par voies extracorporelle (hémodialyse) ou corporelle (dialyse péritonéale) et la greffe rénale.

Le code de la santé publique définit 4 modalités de prise en charge pour l'épuration extra-rénale :

- Hémodialyse en centre pour les patients dont l'état de santé nécessite la présence permanente d'un médecin ;
- Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) pour les patients dont l'état de santé nécessite une présence médicale non continue pendant la séance de traitement ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en autodialyse ;
- Hémodialyse en unité d'autodialyse (UAD) simple pour les patients formés à l'hémodialyse en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement ; hémodialyse en unité d'autodialyse assistée si l'assistance d'une infirmière est nécessaire pour certains gestes ;
- Dialyse à domicile par hémodialyse (HDD) ou par dialyse péritonéale (DP).

Chaque modalité répond à des conditions précises de fonctionnement réglementées aux articles susvisés.

Contexte et enjeux

S'il est nécessaire d'agir très en amont sur les facteurs de risques de la maladie rénale dont l'évolution est lente et insidieuse (ex : diabète, hypertension), aujourd'hui, du fait du vieillissement de la population et de ces comorbidités associées dont la fréquence augmente avec l'âge, le nombre de patients ayant besoin d'une suppléance rénale continue à progresser en région comme au niveau national.

Cette évolution a nécessité, durant les 5 années passées, d'ajuster la capacité des unités existantes aux besoins de traitement des patients tout en développant de nouvelles unités de proximité.

¹⁰⁹ Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux locaux, matériels et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité «traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale» – arrêté modificatif du 31 juillet 2015. Arrêté du 25 septembre 2003 relatif aux conventions de coopération entre les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale

La répartition des modalités de prise en charge entre 2015 et 2019 évolue peu. Mais en région, si l'hémodialyse en centre reste majoritaire, la part des alternatives à la dialyse en centre est importante (cf. Tableau Distribution des patients dialysés au 31 décembre par modalité de traitement) et doit être recherchée et intensifiée.

La modalité de prise en charge est définie au regard de multiples critères dépendant ou non de la situation du patient : l'offre existante en région, le profil clinique des patients, les comorbidités associées à la maladie rénale, l'environnement dans lequel évolue le patient, le choix du patient ou l'incompatibilité à la greffe. En 2019, la première rémunération au forfait a été mise en place dans le cadre de la maladie rénale chronique par la loi de financement de la sécurité sociale¹¹⁰.

L'objectif est d'améliorer le suivi et l'accompagnement des patients de stade 4 et 5 de la maladie rénale chronique¹¹¹ en vue de limiter la progression de la maladie rénale et la survenue de complications tout en anticipant la transition vers la suppléance et en favorisant l'accès à la greffe rénale en première intention. Il doit permettre également de diminuer les prises en charge en urgence, encore trop nombreuses, même si celle-ci n'est pas toujours évitable. Au niveau national, 27,3% des nouveaux patients ont débuté la suppléance en urgence par une hémodialyse (14,7% en Bourgogne contre 35% en Franche-Comté), 4% par une DP, 16,7% n'avaient pas eu de consultation préalable de néphrologue, 13,8% en Bourgogne et 27,4% en Franche-Comté.

Ce forfait est perçu par les établissements de santé ; en région, les sites pivot des GHT (à l'exception du CHI Jura Sud), Santély Bourgogne Franche-Comté et la clinique Bénigne Joly en coopération avec le CH de Beaune.

Les établissements doivent suivre annuellement une file active de 220 patients de stade 4 et 5 pour lesquels une prise en charge pluridisciplinaire (néphrologue, infirmier, diététicien et selon le besoin du patient, psychologue, assistant social) est attendue.

En 2023, des indicateurs de qualité intégrés dans le calcul de la rémunération annuelle concernent la prise en charge clinique, celle perçue par le patient et la coordination de l'accompagnement.

Etat des lieux

Les principales évolutions depuis 2018 sur l'offre de soins pour la prise en charge des patients en IRCT ont permis de continuer à déployer des réponses de proximité pour les patients dialysés tout en constatant que certaines zones géographiques de la région restent dépourvues d'une offre obligeant les patients à faire des temps de trajets conséquents pour se rendre sur une unité d'hémodialyse.

- Ouvertures d'unités de proximité : unité de dialyse médicalisée de Beaune, unité de dialyse médicalisée et de dialyse à domicile de Cosne-Cours-sur-Loire, unité d'autodialyse de Pontarlier, unité de dialyse médicalisée et d'autodialyse de Lons-le-Saunier ;
- Nouvelles autorisations en cours de mise en œuvre : unité d'autodialyse à Semur-en-Auxois et unité de dialyse médicalisée à Gray : ouvertures prévues courant 2024 ;

¹¹⁰ Articles L. 162-22-6-2 et R.162-33-16-1 du code de la sécurité sociale. Arrêté du 25 septembre 2019 modifié – Arrêté du 31 décembre 2022

¹¹¹ Patients présentant un débit de Filtration Glomérulaire inférieur à 30 ml/min/1,73m²

- Validation du projet de site commun d'hémodialyse du CHU de Dijon et de Santély Bourgogne-Franche-Comté (unités de Dijon) à proximité immédiate du CHU : date d'ouverture non finalisée ;
- Relocalisation d'unités dans des locaux neufs - en cours : Sens, Besançon, Montceau-les-Mines, Chalon-sur-Saône.
- Constat de caducité d'une autorisation d'hémodialyse en unité d'autodialyse sur Mâcon (activité regroupée sur un seul site) ;
- Extension de capacités et rénovations d'unités d'hémodialyse en lien, pour certaines, avec le Ségur Investissements : centres hospitaliers de Chalon-sur-Saône, de Saint-Claude, de Dole, de Trévenans.

Ces extensions capacitaires ont été rendues nécessaires par l'insuffisance de postes de dialyse pour faire face aux besoins, aux évolutions des profils de patients et à la nécessité de réduire les temps d'accès des patients aux unités de dialyse.

Données épidémiologiques relatives à la dialyse et à la greffe rénale

L'ensemble des données est issue des rapports REIN, consultables dans leur intégralité sur le site de l'agence de la biomédecine.

Bien que la région compte un centre d'hémodialyse pour enfants, la prise en charge en région n'a concerné que des adultes en 2021.

Dialyse

Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) – 2015 à 2019

Nouveaux cas	2015	2016	2017	2018	2019	Taux d'incidence standardisé 2019 (nombre pmh*)			Taux d'incidence standardisé par âge 2019 (nombre pmh*)				
						Global	Hommes	Femmes	0-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
Bourgogne	271	300	281	309	257	135	178	94	5	34	119	366	573
Franche-Comté	161	165	173	174	165	131	171	94	7	17	148	430	431
<i>France métropolitaine</i>	<i>10623</i>	<i>10529</i>	<i>11039</i>	<i>10875</i>	<i>10939</i>	<i>166</i>	<i>222</i>	<i>112</i>	<i>7</i>	<i>47</i>	<i>157</i>	<i>444</i>	<i>666</i>

* Nombre par million d'habitants

La région reste à un taux d'incidence significativement inférieur au niveau national qui n'est pas expliqué par les variations d'âge et de sexe de la population. Toutefois, comme au niveau national, le taux d'incidence reste plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Il est également plus élevé pour les tranches d'âge de 65 à 84 ans.

En 2019, 23 nouveaux patients ont débuté leur dialyse hors région (15 de Bourgogne et 8 de Franche-Comté) et 19 ont bénéficié d'une greffe préemptive (15 en Bourgogne et 4 en Franche-Comté). En 2019, l'âge médian d'entrée en dialyse en Bourgogne est de 72,2 ans et en Franche-Comté de 70,3 ans.

En région, la maladie rénale initiale ayant conduit à la dialyse est majoritairement une néphropathie diabétique (21,8% des cas incidents) et une hypertension (20,6%), cette dernière étant plus importante chez les hommes. Toutefois, pour 17% des patients, la cause de la maladie rénale reste inconnue à l'entrée en dialyse. D'où la nécessité d'agir sur les facteurs de risques conduisant à la maladie rénale.

L'incidence standardisée chez les enfants se situe en France à 5,9 cas par million d'enfants de moins de 18 ans.

Distribution des patients dialysés au 31 décembre par modalité de traitement – 2015 à 2019

Distribution patients dialysés par modalité au 31/12		Effectif pris en compte *	Hémodialyse en centre	UDM	Autodialyse et entraînement	Hémodialyse à domicile	Dialyse péritonéale **
Bourgogne	2015	1 045	44,50%	33,40%	7,80%	1,50%	12,80%
	2017	1 089	45,60%	34,60%	7,70%	0,60%	11,40%
	2018	1 142	45,00%	36,00%	7,20%	1,00%	10,90%
	2019	1 127	44,90%	36,70%	6,90%	1,30%	10,10%
Franche-Comté	2015	502	47,60%	31,30%	2,80%	1,20%	17,20%
	2017	494	49,80%	31,60%	2,00%	1,40%	15,20%
	2018	628	49,70%	34,60%	1,00%	1,40%	13,40%
	2019	546	46,50%	37,00%	0,90%	1,60%	13,90%
France métropolitaine	2015	40 396	54,90%	20,30%	17,60%	0,70%	6,60%
	2017	42 248	54,20%	22,60%	16,00%	1,00%	6,40%
	2018	42 951	53,30%	24,00%	15,40%	1,10%	6,20%
	2019	42 944	52,90%	25,10%	14,70%	1,20%	6,20%

* Données issues du dernier suivi des patients dialysés enregistré entre le 01/10/n-1 et le 01/04/n+1 ou celles du dernier traitement mis à jour durant cette même période. Les données ne sont donc pas strictement identiques à l'effectif de patients dialysés au 31/12 de chaque année.

**DP continue ambulatoire et DPA à domicile

La dialyse hors centre continue de progresser avec la hausse de l'activité des UDM ; l'hémodialyse à domicile augmentant légèrement tout comme la dialyse péritonéale.

L'autodialyse baisse en partie expliquée par l'accès à la greffe (taux d'éligibilité des patients plus élevé) et un moindre intérêt pour les patients jeunes et autonomes privilégiant l'hémodialyse à domicile.

Modalités de dialyse à J90 chez les nouveaux cas – Période 2015-2019

Dialyse à J90 - Nouveaux cas incidents		Effectif à J90	HD en centre	UDM	HD autonome*	Dialyse péritonéale
Bourgogne	2015	239	58,60%	16,70%	2,90%	21,80%
	2017	239	62,80%	18%	2,90%	16,30%
	2018	268	56,70%	21,30%	3,40%	18,70%
	2019	216	57,40%	16,70%	3,70%	22,20%
Franche-Comté	2015	134	56%	11,20%	1,50%	31,30%
	2017	140	54%	17,10%	1,40%	27,90%
	2018	148	63,50%	16,20%	0	20,30%
	2019	144	63,20%	10,40%	0	26,40%
France métropolitaine	2015	9 316	68,60%	10,70%	8,80%	11,90%
	2017	9 638	67,70%	11,40%	9,00%	11,90%
	2018	9 519	68,10%	12,10%	8,60%	11,20%
	2019	9 640	67,30%	12,60%	8,80%	11,30%

* autodialyse, HD à domicile et entraînement à l'HD

A J90, on observe, en région BFC comme au niveau national, une réorientation des patients vers l'UDM (14,2% vs 5% à J0), l'hémodialyse autonome (2,2% vs 1,5% à J0) et la dialyse péritonéale (23,9% vs 20,9% à J0) même si les patients restent encore majoritairement traités en hémodialyse en centre (59,7% en BFC vs 72,6% à J0).

Cependant, le taux de dialyse péritonéale en entrée en suppléance et à 90 jours sur les nouveaux cas est maintenu à un niveau élevé ce qui en fait une caractéristique spécifique à la région. Par ailleurs, l'écart reste important avec la moyenne nationale pour les patients traités en centre à J90 (59,7% vs 67,3% pour la France métropolitaine).

Prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale selon la modalité de traitement - 2015 et 2019

Prévalence par mode de traitement en nombre et en % de prévalents	Hémodialyse				Dialyse péritonéale				Greffe			
	2015		2019		2015		2019		2015		2019	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Bourgogne	902	48,7	1 018	49,9	132	7,1	109	5,3	820	44,2	912	44,7
Franche-Comté	520	41,4	593	42,2	102	8,1	88	6,3	635	50,5	723	51,5
France métropolitaine	40 031	51	44 185	50,6	2 838	3,6	2 883	3,3	35 558	45,3	40 275	46,1

S'agissant du taux standardisé de prévalence de l'IRCT traitée par dialyse à fin 2019 en région BFC, il est significativement inférieur au taux national : indice de comparaison à 0,77 en BFC contre 0,95 Fce métropolitaine.

Il est 1,7 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes comme au plan national. L'âge médian des patients prévalents en dialyse est de 71,5 ans en région BFC comme au niveau national.

On retrouve les mêmes causes de la maladie rénale initiale chez les patients prévalents traités par dialyse que chez les cas incidents.

Malgré un rapport greffés/dialysés qui reste supérieur à 1 en ex-Franche-Comté, le taux de prévalence de l'IRCT traitée par transplantation avec un greffon rénal fonctionnel en région est inférieur au taux national : indice de comparaison à 0,90 (0,86 en Bourgogne et 0,96 en FC) contre 1. Ce taux est 1,6 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

La maladie rénale initiale la plus représentée chez ces patients est la glomérulonéphrite ainsi que d'autres causes comme les maladies génétiques et non plus la néphropathie liée au diabète ou à l'hypertension. L'âge médian des cas prévalents greffés en région BFC est de 58,5 ans, la moyenne nationale étant de 57,1 ans.

Depuis 2012, l'ABM analyse que l'écart se réduit entre la prévalence de l'IRCT traitée par dialyse et celle traitée par greffe, ceci étant lié à une meilleure survie des patients greffés et à la hausse des greffes. La prévalence des patients dialysés augmente dans la classe d'âge des plus de 85 ans et la prévalence des patients greffés dans la classe d'âge des 75 ans et plus. Globalement, depuis 2015, le nombre de patients en dialyse augmente moins vite que les patients traités par greffe.

Greffes

La greffe permet une espérance de vie allongée (+20 ans contre 10 ans avec la dialyse).

Au niveau national, la part de greffes préemptives¹¹² des patients ayant atteint le stade de l'IRCT est stable pour les cas incidents (4,1 % vs 4% en 2015). 42% sont réalisées à partir de donneurs vivants mais la part de greffe à partir de donneurs vivants a reculé en 2019 dans l'activité globale de greffe rénale.

L'âge médian de la greffe est de 52,5 ans en 2019 contre 51,3 en 2015 et la part des femmes reste stable : 41,2%.

Greffes rénales	Bourgogne	Franche-Comté	France métropolitaine
2015			
Nombre	48	48	3408
Dont % à partir de donneurs vivants	16,7	20,8	15,9
Dont % greffes préemptives	6,3	17,6	12,9
2017			
Nombre	67	54	3707
Dont % à partir de donneurs vivants	13,4	20,4	16,5
Dont % greffes préemptives	11,9	13	14,6
2018			
Nombre	64	52	3495
Dont % à partir de donneurs vivants	9,4	7,7	15,8
Dont % greffes préemptives	14,1	13,5	13,4
2019			
Nombre	49	43	3537
Dont % à partir de donneurs vivants	10,2	14	14,4
Dont % greffes préemptives	16,3	7	13

Suite à l'arrêt du fonctionnement du greffon, les retours de greffes parmi les nouveaux patients en dialyse ont concerné 14 patients en Bourgogne (5,1%) et 17 patients (9,6%) en Franche-Comté (9,6% en France métropolitaine). Majoritairement, les patients retournent en hémodialyse en centre pour 73% et 6,1% en UDM, du fait des comorbidités associées et des complications du traitement immunosuppresseur.

0,5% ont bénéficié d'une retransplantation immédiate.

¹¹² Primogreffe sans passage préalable par la dialyse

Départements	2017			2021			Evolution 2017-2021
	Salariés exclusifs	Libéraux ou mixtes	Total	Salariés exclusifs	Libéraux ou mixtes	Total	
France métropolitaine	1142	437	1579	1267	488	1755	176
Région BFC	59	5	64	66	6	72	8
21	14	3	17	10	5	15	-2
25	19	0	19	16	0	16	-3
39	6	1	7	7	1	8	1
58	3	0	3	4	0	4	1
70	2	0	2	4	0	4	2
71	10	0	10	14	1	15	5
89	5	2	7	6	1	7	0
90	0	0	0	6	0	6	6

En 2022, des structures ont dû faire face à des difficultés, voire à des interruptions dans leur fonctionnement faute de professionnels médicaux et paramédicaux pour assurer la continuité de la prise en charge des patients. Des solutions palliatives ont pu être trouvées en recourant à des coopérations inter-établissements mais la situation reste précaire.

D'autres se sont trouvés confrontés à une absence de relais pour prendre en charge les soins infirmiers de patients en dialyse péritonéale à domicile.

Des solutions pour préserver les ressources humaines disponibles et poursuivre les prises en charge doivent donc être recherchées.

Données d'activité des établissements en Bourgogne Franche-Comté

Les données sont issues de la Statistique annuelle des établissements 2015 et 2021.

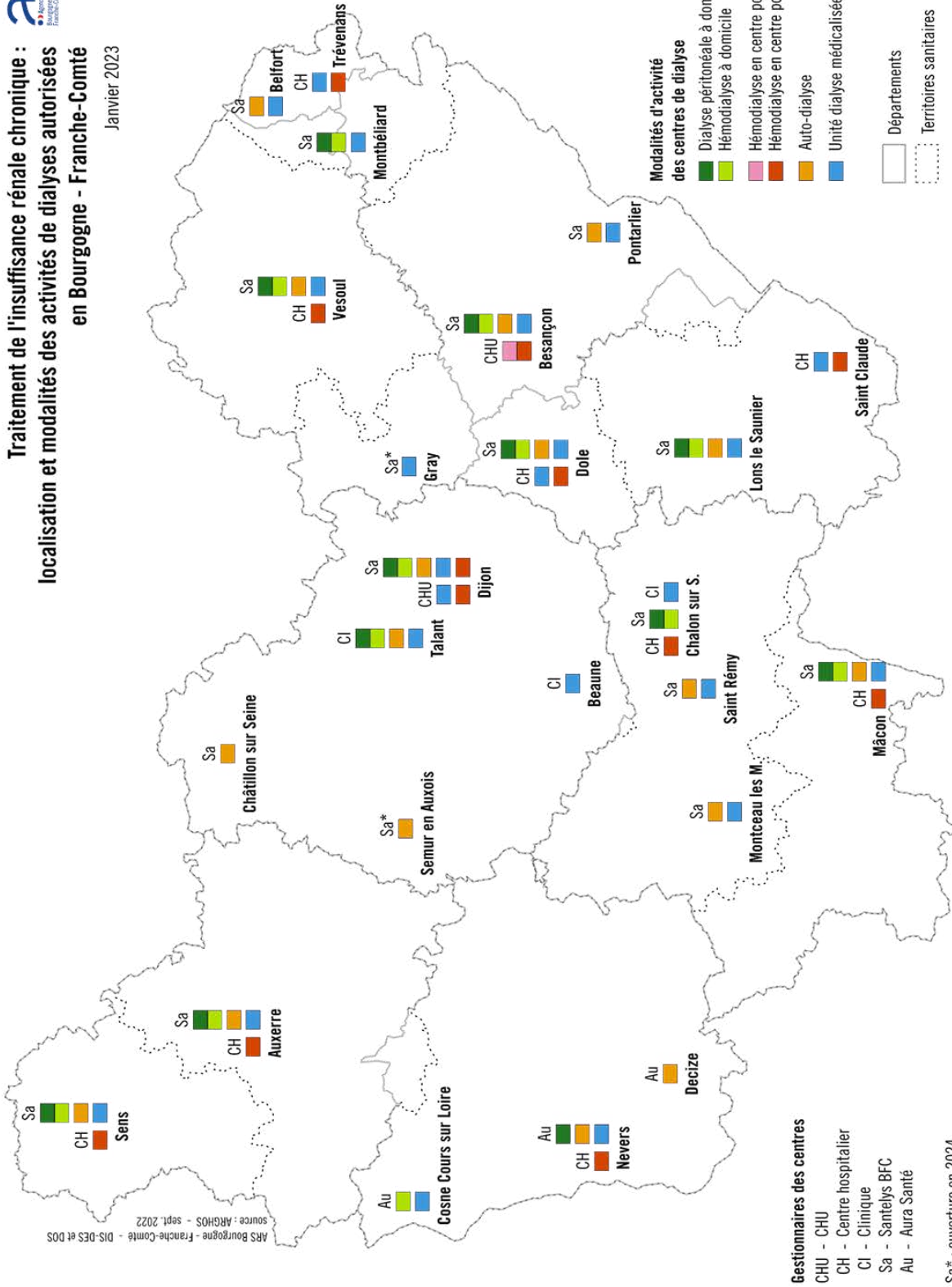
¹¹³ Source : STATISS

HEMODIALYSE	2015		2021	
	Nombre de postes* utilisés au 31/12	Nombre de séances dans l'année	Nombre de postes utilisés au 31/12*	Nombre de séances dans l'année
En centre	201	108 547	225	119 085
En unité de dialyse médicalisée	192	77 218	208	105 127
Entraînement	19	3 495	16	2 498
En unité d'autodialyse simple ou assistée	69	14 632	51	9 530
A domicile	13	1 632	31	10 096
DIALYSE PERITONEALE	Nombre de places ou d'appareils au 31/12	Nombre de séances ou de semaines de traitement pour DPA et DPCA	Nombre de places ou d'appareils au 31/12	Nombre de séances ou de semaines de traitement pour DPA et DPCA
Dialyse péritonéale en hospitalisation	19	1 793	72	606
Entraînement à la dialyse péritonéale	169	962	38	964
Dialyse péritonéale automatisée à domicile	102	5 445	104	4 878
Dialyse péritonéale continue ambulatoire à domicile		8 043		10 009
Dialyses réservées pour vacanciers	-	-	3	-
Nombre de séances réalisées au cours d'une hospitalisation conventionnelle		11 833		10 950
Nombre de postes de repli pour les patients suivis en autodialyse ou en dialyse à domicile	9		5	

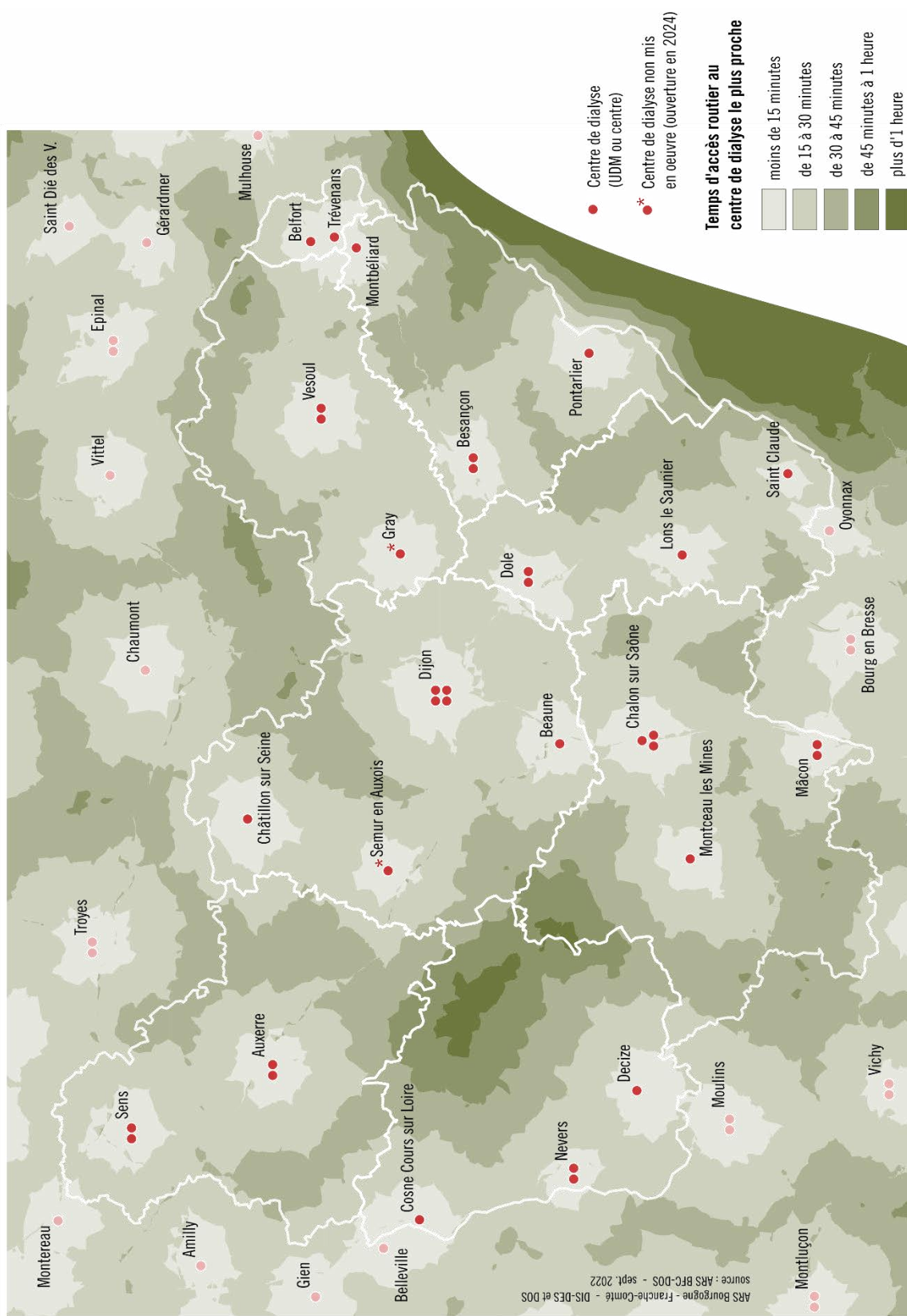
* poste = générateur + lit ou fauteuil

Traitement de l'insuffisance rénale chronique : localisation et modalités des activités de dialyses autorisées en Bourgogne - Franche-Comté

Janvier 2023



Insuffisance rénale chronique : temps d'accès aux centres de dialyse en Bourgogne - Franche-Comté



Chaque opérateur a été identifié sur une commune dès lors qu'il y disposait soit d'un centre d'hémodialyse, soit d'une unité de dialyse médicalisée, soit d'unité d'autodialyse. Trois sites ne sont aujourd'hui autorisés que pour de l'autodialyse : Châtillon-sur-Seine, Semur-en-Auxois et Decize.

Répartition de la population régionale selon son temps d'accès à la structure de dialyse la plus proche

Temps d'accès à une structure de dialyse*	Population de 60 à 69 ans	répartition de la classe d'âge (%)	Population de 70 à 79 ans	répartition de la classe d'âge (%)	Population de 80 ans et plus	répartition de la classe d'âge (%)	Population totale	répartition de la classe d'âge (%)
moins de 15 minutes	176 707	46,8	119 995	47,8	95 377	47,2	1 393 718	49,7
de 15 à 30 minutes	135 245	35,8	85 746	34,2	68 318	33,8	981 455	35,0
de 30 à 45 minutes	57 085	15,1	39 297	15,7	33 391	16,5	375 482	13,4
de 45 minutes à 1 heure	7 527	2,0	5 213	2,1	4 239	2,1	49 812	1,8
plus d'1 heure	1 045	0,3	780	0,3	631	0,3	5 113	0,2
Total	377609	100	251032	100	201955	100	2805580	100

*Centre,UDM,UAD

Les axes d'amélioration sur l'offre de soins

- Poursuivre le développement de la dialyse hors centre et mieux appréhender le contexte de démarrage de la dialyse par l'analyse des patients de stade 4 et 5 inscrits dans le forfait Maladie Rénale Chronique ;
- Travailler sur des solutions alternatives au centre lors de l'entrée en dialyse ;
- Promouvoir la greffe rénale en lien avec le plan Greffe ;
- Consolider les ressources humaines médicales et paramédicales.

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

Objectifs

Les orientations sur l'IRC s'inscrivent dans une logique de parcours dans le respect du choix des patients et pour une meilleure autonomie.

Il s'agit d'agir en amont de la phase de suppléance pour ralentir l'évolution de la maladie, de développer prioritairement la greffe et de privilégier la dialyse hors centre.

Les objectifs généraux et opérationnels feront l'objet d'un suivi en groupe régional dans le cadre des travaux du parcours Diabète-Maladie rénale chronique-.

Objectif général n°1 : promouvoir des actions de prévention de la maladie rénale chronique (MRC) et améliorer l'accès des patients à l'information et aux programmes d'éducation thérapeutique (Cf. fiche parcours Diabète-MRC, livret Parcours)

Objectif général n°2 : développer la greffe comme traitement de suppléance prioritaire et le suivi post-greffe

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Développer l'activité de transplantation en agissant sur l'ensemble des étapes de la chaîne de soins (Cf. fiche Greffes)
- ☞ 2 - Organiser les parcours des patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) leur permettant d'accéder à la greffe dès que possible

Exemples d'actions :

- ⊙ Promouvoir les greffes préemptives
- ⊙ Réduire le délai d'inscription sur la liste d'attente à l'initiation à la dialyse

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Tous les patients éligibles sont inscrits en liste d'attente.

- ☞ 3 - Améliorer la qualité et l'efficacité des parcours de suivi post greffe

Exemples d'actions :

- ⊙ Mettre en place pour les néphrologues de la région une formation continue pour le suivi des patients transplantés
- ⊙ Expérimenter/déployer les outils de télé suivi Patients greffés (expérimentation Santély BFC/ CHU de Besançon) en lien avec la nouvelle réglementation sur la télésurveillance médicale

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Tous les patients greffés bénéficient d'un suivi partagé et protocolisé entre équipe de greffe et de dialyse

Objectif général n°3 : améliorer l'accès à la dialyse et favoriser l'autonomie du patient au bénéfice de sa qualité de vie

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Garantir une répartition homogène et adaptée de l'offre sur le territoire privilégiant le développement de la dialyse hors centre et celui de la dialyse autonome

Exemples d'actions :

- ⊙ Implanter de nouvelles unités (UDM/UAD) dans les zones éloignées d'un centre déjà existant
- ⊙ Favoriser l'hémodialyse à domicile en diversifiant les modes : hémodialyse quotidienne à domicile, hémodialyse longue de nuit ;
- ⊙ S'assurer que les autorisations d'HDD et de DP (périmètre géographique) couvrent l'ensemble des zones sanitaires ;
- ⊙ Développer la dialyse péritonéale, notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et unité de soins de longue durée (USLD) ;

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Accès à la dialyse organisé pour toutes les zones de la région
- ☞ Réduction des temps de transport des patients
- ☞ Plus de 50% des nouveaux patients bénéficiant d'une modalité de dialyse hors centre
- ☞ Respect de l'expression du choix du patient
- ☞ Amélioration de la qualité de vie des patients

- ☞ *2 - Soutenir le maintien et le développement de l'offre de proximité par des solutions alternatives et innovantes*

Exemples d'actions :

- ⦿ Utiliser la télédialyse (consultation, suivi, assistance) au profit des unités d'hémodialyse éloignées des centres de néphrologie
- ⦿ Former des infirmiers en pratique avancée et développer les protocoles avec les médecins néphrologues des centres de néphrologie
- ⦿ Expérimenter des unités d'hémodialyse Entraînement Orientation Repli au sein des UDM ;
- ⦿ Soutenir le déploiement de solutions de dossiers médicaux et paramédicaux partagés

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Accès en tant que de besoin à l'expertise médicale pour les unités éloignées d'un centre de néphrologie
- ☞ Désengorgement des centres de dialyse (sous réserve de la situation du patient)
- ☞ Interopérabilité des systèmes d'information entre les structures

- ☞ *3 - S'assurer de l'effectivité des conventions entre établissements pour permettre aux patients d'accéder à l'ensemble des modalités de dialyse*

Exemples d'actions :

- ⦿ Démarches inter-établissement dans cadre des GHT et inter-GHT
- ⦿ Coopérations public/privé

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Respect de la réglementation en matière de conventionnement inter-établissements
- ☞ Respect des droits et du choix des patients

Objectif général n°4 : renforcer la démographie et la formation des professionnels de santé

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Adapter le nombre de néphrologues à l'évolution de l'activité pour répondre au besoin de prise en charge, du suivi des patients en amont de la dialyse jusqu'en aval de la greffe et à la continuité des soins*

Exemples d'actions :

- ⊙ Augmenter des postes d'internes et d'assistants avec convention d'agrément d'accueil d'interne hors CH
- ⊙ Inciter aux collaborations entre les établissements de santé : praticiens hospitaliers et assistants partagés
- ⊙ Poursuivre les conventions d'activité d'intérêt général des praticiens hospitaliers

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Couverture des besoins de prise en charge
- ☞ Développement des consultations avancées en néphrologie
- ☞ Effectivité de la continuité des soins via les astreintes

- ☞ 2 - *Sensibiliser et former les infirmières libérales en lien avec les structures de dialyse de proximité pour développer la dialyse péritonéale (DP)*

Exemples d'actions :

- ⊙ Formation initiale en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et formation continue
- ⊙ Information et éducation des patients

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Les élèves infirmiers (ères) bénéficient au cours de leur cursus d'une formation à la DP
- ☞ Les infirmiers (ères) libéraux (ales) ont un accès facilité à une formation sur la DP

Evolutions (créations, transformation, coopérations)

Nouvelles implantations dans des zones blanches essentiellement sur l'ex-Bourgogne :

- Nord Côte-d'Or et Nièvre en complément des unités d'autodialyse déjà autorisées (Semur-en-Auxois, Chatillon sur Seine, Decize) et coopération avec le sud Haute-Marne sur les alternatives à la dialyse en centre ;
- Ouest de la Bourgogne méridionale (secteur de Paray-le-Monial) ;
- Nord Est de la Nièvre/Nord Saône-et-Loire (zone entre Clamecy, Château Chinon et Autun).

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (cf tableau ci-après)**3) ARTICULATION**

- Centres hospitaliers, Cliniques, Santelys BFC, Aura Santé
- Réseau Néphrologie Bourgogne
- Assurance Maladie (gestion du risque)
- Agence de la Biomédecine,

4) TRANSVERSALITE

- Livret Prévention, fiche Education thérapeutique du patient
- Livret Attractivité
- Livret Qualité, sécurité et pertinence
- Livret Offre de santé, fiche PDSES

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR EXPURATION EXTRARENALE**

Modalité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne	
Nombre d'implantations autorisées (1)	Hémodialyse en centre pour adultes	2	1	1	2	1	1	1	1	2
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	4	2	3	4	2	1	3	2	2
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	4	1	1	3	1	1	2	2	2
	Hémodialyse à domicile	2	1	1	2	1	1	1	1	2
	Dialyse péritonéale à domicile	2	1	1	2	1	1	1	1	2
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Hémodialyse en centre pour adultes	2	1	1	2	1	1	1	1	2
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	6	2	3	4	2	2	3	3	2
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	4	1	1	3	2	2	2	2	2
	Hémodialyse à domicile	2	1	1	1	1	1	1	0	1
	Dialyse péritonéale à domicile	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Ecart (2) - (1)	Hémodialyse en centre pour adultes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	0	0	0	0	1	0	1	0
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	0	0	0	0	1	1	0	0	0
	Hémodialyse à domicile	0	0	0	-1*	0	0	0	-1*	-1*
	Dialyse péritonéale à domicile	0	0	0	-1*	0	0	0	0	-1*

* : Mise à jour des autorisations HD et DPD (une seule autorisation par opérateur pour la zone concernée)

7.2.7. ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Organisation de l'offre de soins

La révision de la loi de bioéthique s'inscrivant dans un contexte d'attentes sociétales fortes, la nouvelle loi de bioéthique publiée le 7 juillet 2021¹¹⁴ a introduit plusieurs évolutions de l'activité d'assistance médicale à la procréation. Ainsi, l'AMP ne répond plus désormais uniquement à une finalité médicale.

En rappelant les principes fondateurs du droit bioéthique que sont le respect de la dignité humaine et la non marchandisation du corps humain, la loi réaffirme en premier lieu l'interdiction de la gestation pour autrui. Puis, elle présente trois nouvelles dispositions majeures :

- L'AMP accessible à toutes les femmes, qu'elles soient en couple avec un homme, une femme ou célibataires ;
- L'autoconservation des gamètes possible pour les femmes et les hommes, en dehors d'indication médicale, en vue de la réalisation d'une AMP ultérieure ;
- Le droit d'accès aux origines pour les personnes issues d'un don ; l'accès à l'identité du donneur de gamètes est rendue possible par la création d'une commission dédiée et d'une base de données centralisée et sécurisée, gérée par l'agence de la biomédecine.

Pour que la loi puisse produire son plein effet rapidement, plusieurs décrets d'application ont été pris respectivement les 28 septembre 2021¹¹⁵, 30 décembre 2021¹¹⁶ et 25 août 2022¹¹⁷. Le droit d'accès aux origines est ouvert, quant à lui, depuis le 1er septembre 2022. Ainsi, par des enquêtes menées auprès des centres d'AMP au second semestre 2021, le comité national de suivi de la loi de bioéthique a déjà pu constater une hausse des demandes de prise en charge et du nombre de donneurs de gamètes et une augmentation des besoins notamment en termes de ressources humaines et d'équipements. En 2022, la tendance à la hausse des demandes de prise en charge, du nombre de donneurs et des demandes d'autoconservation non médicale se confirme selon l'Agence de Biomédecine suite aux réunions du comité national de suivi de la loi de bioéthique.

¹¹⁴ Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique

¹¹⁵ Décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation

¹¹⁶ Décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021 fixant les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique et portant diverses adaptations de la partie réglementaire du même code au regard des dispositions de la loi no 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique

¹¹⁷ Décret 2022-1187 du 25 août 2022 détermine les modalités de saisine et les conditions de fonctionnement de la Commission d'Accès des personnes nées d'une assistance médicale à la procréation aux données des tiers donneurs

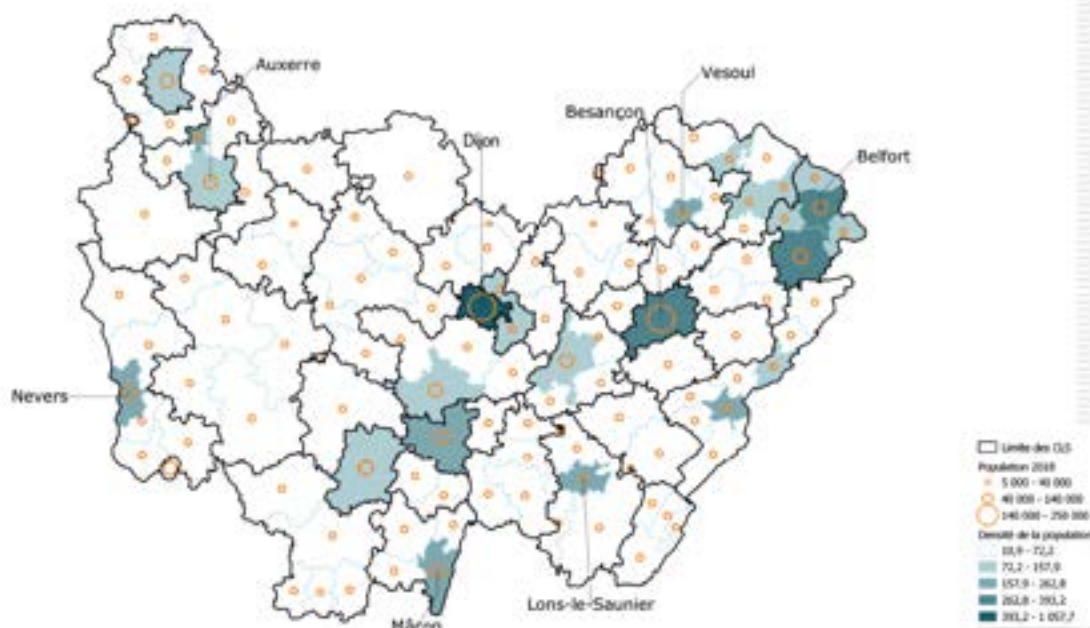
Dans la continuité de la loi de Bioéthique, un plan ministériel pour la Procréation, l'Embryologie et la Génétique humaine PEGh 2022-2026¹¹⁸ relatif aux activités d'AMP, de DPN et de Génétique, décliné en 5 axes et 15 objectifs et piloté par l'Agence de la Biomédecine, demande de :

1. Promouvoir une offre de soins équitable dans les domaines de la PEGh ;
2. Développer la qualité des soins et la sécurité sanitaire dans les domaines de la PEGh ;
3. Suivre les activités et les résultats et développer les actions d'évaluation ;
4. Assurer la veille médicale et scientifique afin d'anticiper et participer aux transitions technologiques ;
5. Communiquer sur l'offre de soins dans les domaines de la PEGh.

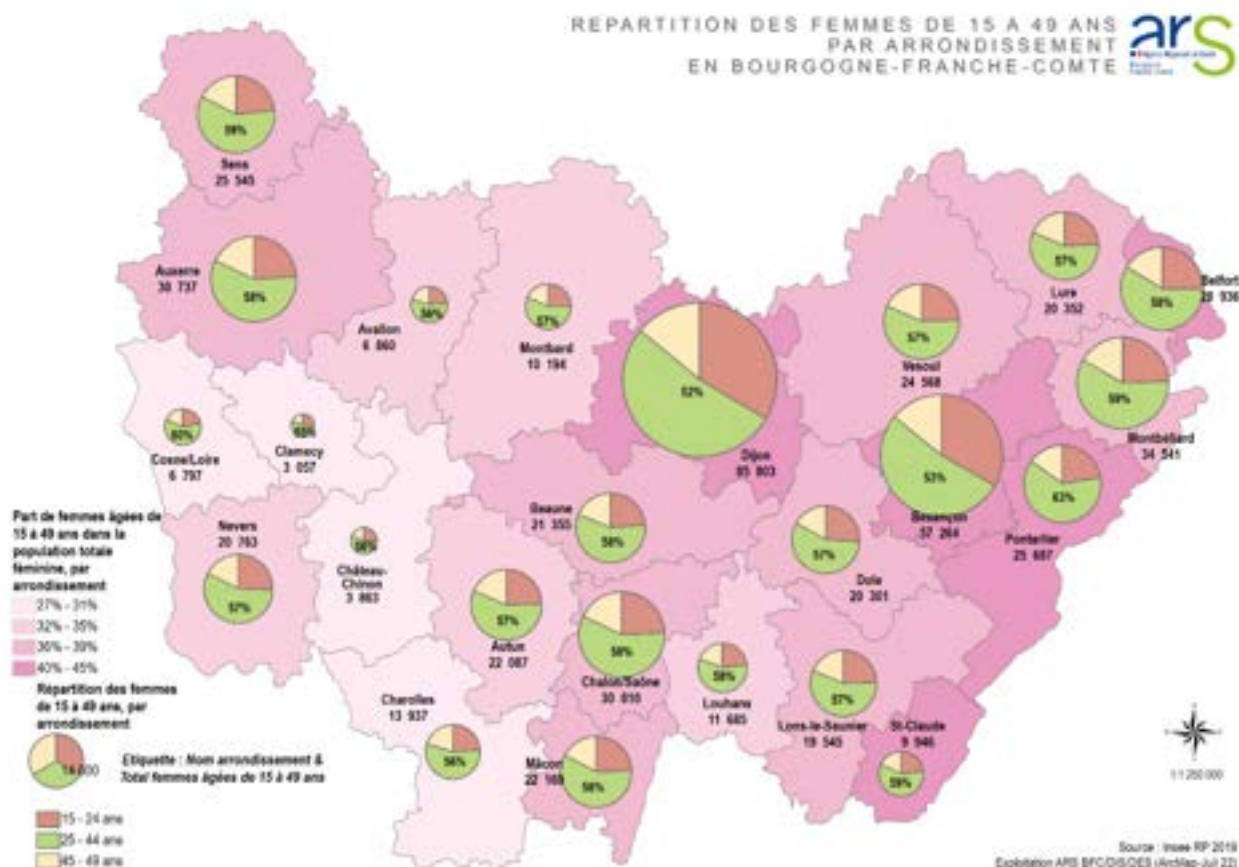
Ces nouvelles mesures ainsi que le contexte régional, marqué par une activité relativement faible et une démographie médicale déficitaire, invitent à améliorer l'organisation de la filière d'AMP des femmes et des couples sur tout le territoire, tout en tenant compte des données populationnelles féminines de la région Bourgogne-Franche-Comté.

Données populationnelles

Densité de la population au km² dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté



¹¹⁸ Plan ministériel pour la Procréation, l'Embryologie et la Génétique humaine PEGh 2022-2026



La population de Bourgogne-Franche-Comté compte, en 2019, 3,9% des femmes en âge de procréer observées en France, soit 531.257 femmes ce qui représente 19 % de la population régionale).

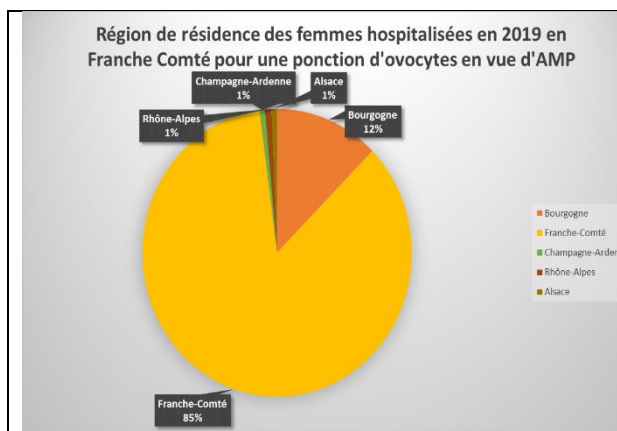
Données consommation de soins

En 2018, les femmes hospitalisées pour une ponction ovocytaire en région Bourgogne-Franche-Comté, résidaient pour 92,5% dans la région ; la part des femmes résidant hors de la région Bourgogne-Franche-Comté parmi celles-ci est de 7,5% (moyenne des régions 8,9%).

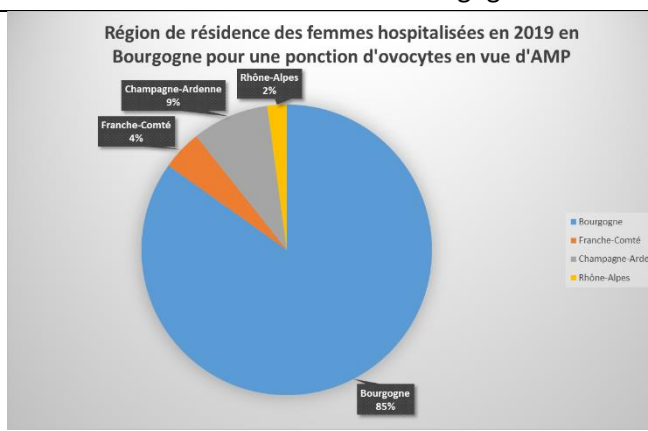
La plupart des femmes domiciliées en région Bourgogne-Franche-Comté et hospitalisées pour une ponction ont été prises en charge par un centre de la région (78,8%). Toutefois 21,2% des femmes ont fait le choix d'être prises en charge hors de leur région de résidence (21,2%), principalement en région Auvergne Rhône Alpes, Ile-de-France et Grand Est (moyenne des régions 30,5%) . Le taux de fuite dans la région Bourgogne-Franche-Comté est inférieur à celui de la moyenne nationale.

Région de résidence des femmes hospitalisées en 2019 en Bourgogne-Franche-Comté pour une ponction d'ovocyte en vue d'une AMP :

1. Ponction réalisée en Franche-Comté



2. Ponction réalisée en Bourgogne



Source : Rapport Agence Biomédecine. Activité régionale d'assistance médicale à la procréation

Structures

La région dispose de 3 centres clinico-biologiques d'AMP répartis au sein de 2 établissements publics et d'un établissement privé. De plus, 3 laboratoires pratiquent une activité d'AMP limitée à l'insémination artificielle intra-conjugale.

Dpt	Ville	Etablissement	Activités cliniques					Activités biologiques							
			POC	PS	TEM	POD	AE	IA	FIV	RCS	PCO	CAG	CEP	CEA	
21	Dijon	CHU DIJON SELAS BC-Lab	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Total 21			1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
25	Besançon	CHU BESANCON	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		SELAS CBM 25 POLYCLINIQUE de Franche-Comté	X		X				X	X		X	X		
Total 25			2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	
89	SENS	SELAS BIO + Thenard							X						
89	AUXERRE	SELAS BIO + Clairions							X						
Total 89			0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
TOTAL Bourgogne-Franche-Comté			3	2	3	2	2	6	3	2	2	3	3	2	

POC : prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP

PS : prélèvement de spermatozoïdes

TEM : transfert des embryons en vue de leur implantation

POD : prélèvement d'ovocytes en vue d'un don

AE : mise en œuvre de l'accueil des embryons

IA : recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle

FIV : activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation

RCS : recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don

PCO : préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don

CAG : conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;

CEP : conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;

CEA : conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

Toutes les activités prévues par la réglementation sont mises en œuvre dans les deux centres d'AMP des CHU de Dijon et de Besançon lesquels offrent une activité diversifiée de don de gamètes, d'accueil d'embryons, d'AMP en contexte viral et de préservation de la fertilité.

Pendant la période 2018-2023 couverte par le précédent SRS, sont à noter :

- La fermeture en 2019 du laboratoire nivernais pratiquant l'insémination artificielle en raison du départ des gynécologues-obstétriciens,
- La non mise en œuvre des projets de création de 2 implantations d'IA (71 et NFC) inscrits dans le SRS,
- Une nouvelle autorisation d'activité de CAG (conservation des gamètes et/ou tissus germinaux) délivrée en 2021 (laboratoire CBM25 de Besançon),
- La création de l'Institut de la Fertilité au CHU de Dijon : ouverture prévue à la fin du 1er semestre 2023 ; nouveaux locaux et nouvelle organisation en mesure de répondre à l'augmentation d'activité engendrée par les nouvelles dispositions de la loi de bioéthique 2021 (augmentation des demandes, plus grandes capacités de stockage).

Activité

Les centres d'AMP des deux CHU se distinguent par un excellent niveau de performance en termes de taux d'accouchements issus de transfert d'embryons avec des taux en 2017 supérieurs à la moyenne nationale¹¹⁹.

L'activité régionale 2019 (soit 2,6% des tentatives françaises) rapportée au nombre de femmes en âge de procréer (3,8% des femmes en âge de procréer) est relativement faible et inférieure à l'activité moyenne nationale, pour les activités d'insémination (29,3 contre 41,1 tentatives pour 10 000 femmes en âge de procréer) ainsi que pour les fécondations in vitro (57,5 contre 87,3 pour 10 000 femmes en âge de procréer). Au sein de la région, les centres d'AMP privilégient la technique de l'ICSI (73,8 % contre 67,1 % au niveau national) et choisissent de prolonger la culture des embryons avant transfert moins fréquemment qu'au niveau national (7,6 % contre 34 %). Globalement les centres de la région BFC ont réalisé 2,6 % des tentatives françaises et ont permis la naissance de 3,4 % des enfants issus des tentatives d'AMP de 2018¹²⁰.

Nombre de tentatives et nombre d'enfants nés vivants en 2019 en BFC

Origine des gamètes/technique	Nb tentatives	Enfants nés vivants	%
IA Intraconjugale	1158	164	14%
IU Don de sperme	74	23	31%
FIV intraconjugal			
FIV hors ICSI	450	106	24%
FIV ICSI	1105	296	27%
TEC	1085	294	27%
FIV Don de sperme			
FIV hors ICSI	0	0	/
FIV ICSI	32	11	34%
TEC	22	5	23%
FIV Don d'ovocyte			
FIV hors ICSI	0	0	/
FIV ICSI	25	3	12%
TEC	15	4	27%
FIV accueil d'embryon	4	2	50%
TOTAL	3970	908	22,8%

Source : Rapport d'activité Agence Biomédecine 2019 des structures autorisées

¹¹⁹ Evaluation des résultats des centres d'assistance médicale à la procréation pratiquant la fécondation in vitro en France - Rapport national des résultats 2017 – 2018 : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/national_fiv_2017_2018.pdf

¹²⁰ Synthèse régionale AMP Bourgogne-Franche-Comté 2018 <https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/bourgogne-franche-comte2018.pdf>

Nombre de tentatives par centre en intraconjugal en 2015 -2019

Etablissement	IIU		FIV hors ICSI		ICSI		TEC		Total	
	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
CHU DIJON	327	218	158	78	640	678	443	595	1568	1569
SELAS BC-Lab	189	275							189	275
CHU BESANCON	292	391	199	289	294	280	185	360	970	1320
SELAS CBM 25 - POLYCLINIQUE de Franche- Comté	143	232	95	83	106	247	60	182	404	744
SELAS LBM JANKOVIK RAKOVER	51	0							51	0
SELAS BIO + Thenard	113	88							113	88
SELAS BIO + Clairions	91	28							91	28
Total BFC	1206	1232	452	450	1040	1205	688	1137	3386	4024

Source : Rapport d'activité Agence Biomédecine 2019 des structures autorisées

Ces chiffres révèlent une augmentation de l'activité, en particulier dans les 2 centres bisontins. La répartition en âge des femmes prises en charge en fécondation in vitro (FIV) ne relève pas d'écarts majeurs avec la répartition nationale¹²¹. A noter cependant, un taux de recours des femmes âgées de plus de 40 ans de 12,3 % en Bourgogne-Franche-Comté inférieur au taux national 14,6%.

Don de gamètes et accueil d'embryons

Seuls les 2 CHU sont autorisés pour la préparation et la conservation des gamètes en vue d'un don ainsi que la conservation des embryons en vue de leur accueil (CECOS).

¹²¹ Source ABM - <https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/bourgogne-franche-comte2018.pdf>

			2016	2017	2018	Total	Région /France
Don de spermatozoïdes	Donneurs: donneurs acceptés dont le sperme a été congelé dans l'année	France	399	404	386	1189	
		Bourgogne-Franche-Comté	16	15	16	47	4%
		Bourgogne	10	7	5	22	2%
		Franche-Comté	6	8	11	25	2%
	Receveurs: couples ayant effectué au moins une tentative d'AMP	France	1962	1961	1872	5795	
		Bourgogne-Franche-Comté	50	56	40	146	3%
		Bourgogne	23	31	27	81	1%
		Franche-Comté	27	25	31	83	1%
Don d'ovocytes	Donneuses: ponctions réalisées dans l'année	France	743	755	777	2275	
		Bourgogne-Franche-Comté	31	20	33	84	4%
		Bourgogne	15	8	18	41	2%
		Franche-Comté	16	12	15	43	2%
	Receveuses: nouvelles demandes acceptées	France	989	1223	1288	3500	
		Bourgogne-Franche-Comté	38	45	50	133	4%
		Bourgogne	15	30	24	69	2%
		Franche-Comté	23	15	26	64	2%
	Receveuses: receveuses ayant bénéficié d'un don d'ovocytes	France	1060	1069	1137	3266	
		Bourgogne-Franche-Comté	43	48	56	147	5%
		Bourgogne	19	21	23	63	2%
		Franche-Comté	24	27	33	84	3%
Accueil d'embryon	Couples donneurs: couples donneurs dont les embryons ont été accueillis	France	142	156	156	454	
		Bourgogne-Franche-Comté	12	20	13	45	10%
		Bourgogne	7	12	9	28	6%
		Franche-Comté	5	8	4	17	4%
	Couples receveurs: couples receveurs ayant bénéficié d'un accueil d'embryons	France	138	138	143	419	
		Bourgogne-Franche-Comté	16	16	13	45	11%
		Bourgogne	10	9	9	28	7%
		Franche-Comté	6	7	4	17	4%

L'activité de don, restreinte, nécessite dans le cadre de la loi de bioéthique 2021 d'être promue et développée.

Activité de préservation de la fertilité

Deux établissements de santé publics (les 2 CHU) et un établissement de santé privé du Doubs sont autorisés pour l'activité de conservation à usage autologues des gamètes dans un but de préservation de la fertilité.

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

L'organisation de l'offre d'AMP doit permettre de répondre aux enjeux de la loi de bioéthique 2021 tout en garantissant un niveau d'accès satisfaisant aux activités d'AMP en intraconjugal dans un souci constant de prise en charge de qualité et de haut niveau. Les parcours d'AMP avec don doivent être fluidifiés, s'accompagner de convention entre les CECOS et les cliniciens.



Source : Agence de la biomédecine – juin 2022

Objectifs

Objectif général n°1 : conforter l'organisation régionale d'AMP assurant les conditions d'un accès équitable, notamment dans le cadre des nouvelles dispositions de la loi de bioéthique 2021

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Poursuivre la structuration de la filière d'accès à l'AMP sur l'ensemble du territoire par la formalisation de conventions de partenariat entre les centres d'AMP publics et les professionnels de santé libéraux
- ☞ 2 - Définir par convention entre les centres clinico-biologiques d'AMP autorisés à la conservation des gamètes en vue de dons et les centres clinico-biologiques d'AMP non autorisés à ladite conservation ainsi qu'avec les cliniciens, les conditions de fonctionnement et d'organisation de la filière d'AMP des femmes et des couples sur tout le territoire
- ☞ 3 - Promouvoir l'activité de don (gamètes, embryons) en lien avec les usagers

Exemples d'actions :

- ⊙ Description territoriale de l'organisation des filières de prise en charge d'AMP en Bourgogne-Franche-Comté
- ⊙ Campagne de promotion des dons

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Coordination notamment entre les centres clinico-biologiques d'AMP, les gynécologues-obstétriciens et les laboratoires libéraux
- ☞ Garantir le maintien de qualité de la réponse aux demandes d'AMP antérieur à la LBE2021 et répondre à l'augmentation des nouvelles demandes issues de la LBE2021
- ☞ Augmentation de l'activité régionale des dons et de l'activité d'AMP avec don

Objectif général n°2 : développer l'activité de préservation de la fertilité notamment pour les patients atteints de cancer

Les recommandations et référentiels de janvier 2021 « préservation de la fertilité et cancer » ont pour objectifs de permettre une prise en soins optimale et homogène sur tout le territoire, des enfants, adolescents, jeunes adultes et adultes pris en charge pour un cancer. L'objectif ultime est la préservation de la fertilité et l'amélioration de la qualité de vie future de ces patients.

Il s'agit de donner des chances, notamment aux patients atteints de cancer qui le souhaitent, de mener à bien un projet parental après la maladie.

Objectifs opérationnels :

- ☞ *1 - Systématiser l'information des patients concernés dès la consultation d'annonce sur les possibilités de préservation de la fertilité, notamment chez les enfants et les adolescents*

Exemples d'actions :

- ⦿ Délivrance d'une information systématique et exhaustive lors du dispositif d'annonce, sur les fiches de réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP), sur les programmes personnalisés de soins (PPS)
- ⦿ Relayer via les réseaux sociaux les campagnes d'information de l'Agence de Biomédecine et de l'Institut National du Cancer (INCA) à l'attention des usagers et des professionnels de santé.

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Elaboration et diffusion de plaquettes d'information, de renseignements sur le site du réseau régional de cancérologie, rédaction d'une page dans le livret d'accueil de l'établissement de santé ou le livret de soins de support ...

- ☞ *2 - Offrir aux patients atteints de cancer les mêmes possibilités d'accès à la préservation de la fertilité avant traitement oncologique potentiellement stérilisant, quel que soit leur lieu de prise en charge, et ce dans des délais compatibles avec la prise en charge oncologique par une équipe pluridisciplinaire dédiée*

Exemples d'actions :

- ⦿ Mise en place d'une plateforme régionale « cancer et fertilité » s'appuyant sur les centres clinico-biologiques d'AMP de Dijon et de Besançon

☞ 3 - Coordination entre les centres d'AMP et les praticiens prenant en charge les patients atteints de cancer

Exemples d'actions :

- ⦿ Formalisation des liens entre le réseau régional de cancérologie et les centres d'AMP
- ⦿ Instauration de prises en charge adaptée dans les délais compatibles avec traitement du cancer et préservation de la fertilité

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Augmentation de l'activité de préservation de la fertilité des centres d'AMP (conservation de spermatozoïdes, d'ovocytes, de tissus testiculaires et de tissus ovariens)

Evolutions (créations, transformations, coopérations)

La création de l'Institut de la Fertilité au CHU de Dijon : ouverture prévue à la fin du 1er semestre 2023 ; nouveaux locaux et nouvelle organisation en mesure de répondre à l'augmentation d'activité engendrée par les nouvelles dispositions de la loi de bioéthique 2021 (augmentation des demandes, plus grandes capacités de stockage).

La Polyclinique de Franche-Comté souhaiterait pouvoir être autorisée pour une activité clinique de chirurgie urologique de ponction des spermatozoïdes dans le cadre des activités biologiques du centre d'AMP déjà autorisées pour améliorer le délai de prise en charge des patients et réduire le risque pour les gamètes engendré par leur transport : Ajout d'une nouvelle implantation d'AMP clinique de prélèvement de spermatozoïdes en Centre Franche-Comté.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (cf tableau ci-après)

3) ARTICULATION

- Plan Cancer
- Agence de la biomédecine

4) TRANSVERSALITE

- Livret Parcours, Parcours périnatalité
- Livret Offre de santé, fiche Biologie médicale
- Ce livret, fiches Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, Traitement du cancer, Diagnostic prénatal et Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Réglementation en vigueur avant le 01/06/2023

AMP clinique

Modalité	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Nombre d'implantations autorisées	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	0	0	2	0	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	1	0	0	1	0	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	0	0	2	0	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	0	0	1	0	0	0	0

AMP biologique

Modalité	Zone								
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne
Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	0	0	2	0	0	0	1	2
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation et la conservation des ovocytes.	1	0	0	2	0	0	0	0
Nombre d'implantations autorisées	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L2141-11 du CSP	1	0	0	1	0	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du CSP	1	0	0	2	0	0	0	0
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	0	0	1	0	0	0	0	

AMP clinique

Modalité	Zone							Yonne		
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan		Nièvre	
Nombre d'implantations prévues	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0

AMP biologique

Modalité	Zone							Yonne		
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan		Nièvre	
Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	0	0	2	0	0	0	0	1	2
Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes.	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du CSP	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Les titulaires d'autorisations accordées pour la réalisation d'activités de soins d'AMP ou réputés être autorisés à exercer des activités d'AMP doivent déposer une nouvelle demande d'autorisation pour ces activités

7.2.8. DIAGNOSTIC PRENATAL

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

D'un point de vue juridique comme d'un point de vue médical, l'activité de diagnostic prénatal se différencie de l'activité de dépistage prénatal.

L'article L. 2131-1 du code de la santé publique précise que : « *La médecine fœtale s'entend des pratiques médicales, notamment cliniques, biologiques et d'imagerie, ayant pour but le diagnostic et l'évaluation pronostique ainsi que, le cas échéant, le traitement, y compris chirurgical, d'une affection d'une particulière gravité ou susceptible d'avoir un impact sur le devenir du fœtus ou de l'enfant à naître. Toute femme enceinte reçoit, lors d'une consultation médicale, une information loyale, claire et adaptée à sa situation sur la possibilité de recourir, à sa demande, à des examens de biologie médicale et d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de sa grossesse.*

[...] En cas de risque avéré, de nouveaux examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique peuvent être proposés par un médecin, le cas échéant membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, au cours d'une consultation adaptée à l'affection recherchée. »

Les examens de dépistage et de diagnostic prénatal sont listés à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique :

- Dépistage : Les examens de biologie médicale ou d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse, comprennent :
 - Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels ;
 - L'échographie obstétricale et fœtale ;
 - Les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.
- Diagnostic : Les examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique comprennent :
 - Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliquées à la cytogénétique ;
 - Les examens de génétique moléculaire ;
 - Les examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
 - Les examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses ;
 - L'échographie obstétricale et fœtale ;
 - Les autres techniques d'imagerie fœtale à visée diagnostique.

Concernant le dépistage, si l'on exclut l'imagerie fœtale, l'examen concernant le plus grand nombre de femmes enceintes est le dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs sériques maternels avec 629 688 femmes testées en 2021 au niveau national.

Concernant le diagnostic génétique, si l'anomalie génétique est visible au niveau du chromosome, les techniques utilisées seront le plus souvent des techniques de cytogénétique (caryotype), y compris de cytogénétique moléculaire (FISH ou hybridation in situ en fluorescence). Si l'anomalie est trop petite pour être visible au microscope ou s'il s'agit d'une variation ponctuelle, une technique de génétique moléculaire sera nécessaire. Cette frontière autrefois franche entre cytogénétique et génétique moléculaire tend à disparaître avec l'avènement de techniques qui permettent d'analyser des remaniements chromosomiques au niveau moléculaire (analyse chromosomique par puce à ADN ou ACPA). L'activité d'examen prénatal évolue progressivement avec une augmentation du nombre des examens non invasifs (à partir de prélèvements sur sang maternel) et l'utilisation plus importante de technologies ayant une résolution diagnostique plus précise comme l'ACPA ou les techniques de séquençage à haut débit.

L'activité de diagnostic prénatal (DPN) est une activité clinico-biologique qui associe gynécologue-obstétricien, échographiste, laboratoire de biologie médicale et centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN). Ces derniers encadrent les activités régionales de diagnostic prénatal (DPN) et de diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro (diagnostic préimplantatoire DPI) et ont pour mission d'aider les équipes médicales et les couples dans l'analyse, la prise de décision et le suivi de la grossesse lorsqu'une malformation ou une anomalie fœtale est détectée ou suspectée (interruption volontaire de la grossesse pour motif médical IMG) et lorsqu'une transmission héréditaire de maladie dans une famille amène à envisager un diagnostic prénatal ou préimplantatoire.

Le DPN se distingue du dépistage lequel permet d'estimer le risque pour une femme enceinte d'avoir un fœtus porteur d'une anomalie génétique telle que la trisomie 21. Le dépistage s'appuie aujourd'hui sur des techniques non-invasives permettant un calcul de risque (dépistage combiné du 1er trimestre associant mesure échographique de la clarté nucale et dosage des marqueurs sériques du 1er trimestre). Un risque élevé engendrera la mise en œuvre de techniques invasives (amniocentèse, choriocentèse, cordocentèse, biopsie de trophoblastes) permettant une éventuelle confirmation par un examen génétique. Depuis 2018, le dépistage s'appuie également sur les examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel mais le diagnostic repose toujours à ce jour sur l'établissement du caryotype fœtal.

L'activité de biologie prénatale évolue progressivement avec une augmentation du nombre des examens non invasifs (à partir de prélèvements sur sang maternel) et l'utilisation plus importante de technologies ayant une résolution diagnostique plus précise comme l'ACPA ou les techniques de séquençage à haut débit.

Ainsi, si l'examen de l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel (ADNlc) est principalement un examen de dépistage (dépistage des aneuploïdies), ces analyses se sont développées ces dernières années et peuvent également être réalisées à visée diagnostique dans des indications de détermination du rhésus fœtal, de détermination du sexe fœtal ou de diagnostic de certaines maladies monogéniques.

La loi de bioéthique du 2 août 2021 a introduit quelques modifications s'agissant des modalités d'information de la femme enceinte tout au long du processus de prise en charge, afin de prévoir notamment

- l'information de l'autre membre du couple lorsqu'elle vit en couple ;
- les démarches en cas de révélation de données génétiques incidentes pouvant justifier des investigations complémentaires.

Contexte

- 2 CPDPN, l'un dans le CHU de Dijon et l'autre dans le CHU de Besançon qui doivent poursuivre leur rôle de référent (expertise, coordination, collaboration, télémedecine) et d'observatoire des anomalies fœtales graves (suite donnée aux attestations de gravité délivrées, suivi des cas ayant entraîné une IMG),..
- 2 laboratoires autorisés pour les activités de cytogénétique ou de génétique moléculaire et 3 pour l'activité d'analyse portant sur les marqueurs sériques maternels
- 211 attestations de gravité en vue d'une IMG délivrées par les 2 CPDPN de Dijon et de Besançon en 2020
- Une activité de cytogénétique en baisse régulière en raison du développement du dépistage combiné de la trisomie 21 du 1er trimestre plus spécifique et plus précoce
- Une activité globalement stable malgré la baisse du nombre de naissances
- Une activité de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel autorisée dans les 2 CHU en 2019 mais qui a cessé en 2020, environ 2/3 des examens en France étant sous-traités dans 2 laboratoires privés.
- Une autorisation de génétique moléculaire accordée au CHU de Besançon en 2019.

Problématique

- Un développement des examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel avec des indications qui évoluent (diagnostic prénatal de certaines maladies monogéniques) et de nouvelles techniques d'étude de l'ADN (séquençage de nouvelle génération ou NGS, analyse de panels ou d'exomes) pour le diagnostic de plusieurs maladies rares sur prélèvement invasif (tissus annexiels embryonnaires ou fœtaux).

Structures et activité

CPDPN

Dpt	Ville	Etablissement
21	Dijon	CHU DIJON
25	Besançon	CHU BESANCON

Activité 2015

Activité	CPDPN Dijon	CPDPN Besançon	Total BFC	Taux (par naissance dans la région)	France	Taux (par naissance en France)
Nb de dossiers examinés	594	394	988	3,4%	42 845	4,56%
Nb d'attestations de gravité en vue d'une IMG	104	85	189	0,6%	7084	0,86%
	CPDPN Dijon	CPDPN Besançon	Total BFC	Taux (par naissance dans la région)	France	Taux (par naissance en France)
Nb d'échographies diagnostiques	2010	687	2697	9,19%	94 386	12,45%
Nb de prélèvements à visée diagnostique	376	143	519	1,77%	18 676	2,46%
Nb de gestes à visée diagnostique	17	5	22	0,08%	1532	0,20%

Activité 2020

Activité	CPDPN Dijon	CPDPN Besançon	Total BFC	Taux (par naissance dans la région)	France	Taux (par naissance en France)
Nb de dossiers examinés	762	391	1153	4,49 %	35401	4,82 %
Nb d'attestations de gravité en vue d'une IMG	125	86	211	0,82 %	7165	0,98 %
Activité	CPDPN Dijon	CPDPN Besançon	Total BFC	Taux (par naissance dans la région)	France	Taux (par naissance en France)
Nb d'échographies diagnostiques	2309	964	3273	12,76 %	97968	13,28 %
Nb de prélèvements à visée diagnostique	336	140	476	1,86 %	14996	2,04 %
Nb de gestes à visée diagnostique	15	12	27	0,11 %	1178	0,16 %

Alors que le nombre de naissances diminue régulièrement le nombre de femmes vues en CPDPN a légèrement augmenté (+10,8 % en France, soit 5 % des naissances vivantes contre 4,2 % en 2016¹²²). L'activité régionale a suivi cette même tendance.

L'activité des CPDPN concerne des grossesses avec des pathologies sans particulière gravité dans la moitié des situations ; les grossesses avec une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité réputée comme incurable au moment du diagnostic représentent, en 2020, 25,6% de l'ensemble (pour 20,2% une attestation de particulière gravité autorisant l'IMG a été délivrée ; pour 5,4%, la femme n'a pas fait de demande d'IMG).

Laboratoires

Dpt	Ville	Etablissement	MODALITES						
			ACG	AGM	GADN	DMI	AH	AI	AB
21	Dijon	CHU DIJON	X	X		X			X
	Total 21	Nbre d'implantations	1	1		1			1
25	Dijon	CHU BESANCON	X	X					
	Total 25	Nbre d'implantations	1	1					
39	Lons le Saunier	MEDILYS							X
	Total 39	Nbre d'implantations							1
71	Chalon	BIOLAB							X
	Total 71	Nbre d'implantations							1
90	Trevenans	HNFC							X
	Total 90	Nbre d'implantations							1
TOTAL Bourgogne-Franche-Comté			2	2		1			4

AC : analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

AGM : analyses de génétique moléculaire

GADN : Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel

DMI : analyses en vue du diagnostic maladies infectieuses

AH : analyses d'hématologie

AI : analyses d'immunologie

AB : analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels

Les autorisations de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel délivrées aux 2 CHU sont devenues caduques, l'activité ayant cessé en 2020.

¹²² Rapport d'activité médical et scientifique Agence de la Biomédecine – CPDPN 2020

Le laboratoire Médilys a cessé l'activité de dépistage des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 le 1er janvier 2023.

Nombre de prélèvements étudiés par type d'activité

En 2015

Type d'activité	Région	France
Cytogénétique : Caryotypes	263	31 422
Génétique moléculaire : prélèvements invasifs	3	2672
Maladies infectieuses	33	5882
Biochimie fœtale : marqueurs sériques	12 661	680 175

En 2021

Type d'activité	Région	France
Cytogénétique : Caryotypes (nb fœtus)	615	15422
Génétique moléculaire : prélèvements invasifs	33	2889
Maladies infectieuses	60	4892
Biochimie fœtale : marqueurs sériques (nb gross.)	12 918	629 688
ADNc : dépistage aneuploïdie (nb gross.)	0	128 958
ADNc : détermination rhésus fœtal (nb gross.)	0	74 414

Cytogénétique (caryotypes) : La comparaison doit tenir compte d'une évolution dans le recueil de l'activité des laboratoires laquelle, depuis 2019, n'est plus réalisée au niveau du prélèvement mais du fœtus pour lequel plusieurs prélèvements peuvent avoir été réalisés, ce qui explique les écarts.

Nombre de femmes testées par marqueurs sériques pour dépistage de la trisomie 21

En 2015

Type de marqueurs sériques maternels	Région		France	
	Nb	%	Nb	%
Premier trimestre	11 113	88%	528 481	78%
Second trimestre	1548	12%	151 694	22%
Total	12 661	100%	680 175	100%

En 2021

Type de marqueurs sériques maternels	Région		France	
	Nb	%	Nb	%
Premier trimestre	11 657	90,2 %	530 976	84,3 %
Second trimestre	1 261	9,8 %	98 712	15,7 %
Total	12 918	100%	629 688	100%

En 2021, 85,3 % des femmes enceintes ont bénéficié d'un dépistage par MSM (50,3 % en BFC) et 17,3 % d'entre elles ont été classées dans un groupe à risque $\geq 1/1000$, ($[1/1000-1/50[$: 16,2 % et $\geq 1/50$: 1,1 %).

Nombre de grossesses pour lesquelles un dépistage par ADN foetal libre circulant dans le sang maternel a été prescrit en 2021

Indication dépistage ADNc	Région		France	
	Nb grossesses	%	Nb grossesse	%
MSM : risque $[1/1000 - 1/50[$	3029	78,7 %	98 509	78,5 %
Grossesse multiple	386	10,0 %	11 581	9,2 %
Autre	432	11,2 %	15 440	12,3 %
Total	3847	100 %	125 530	100 %

Le nombre de femmes ayant eu un examen de l'ADNlc a augmenté de 153,3% entre 2017 et 2021 (51 116 en 2017 contre 128 958 en 2021), ce qui est corrélé avec la mise en place et la montée en charge de cette activité. La forte augmentation (+57,6%) observée entre 2018 et 2019 est expliquée par la clarification du parcours de soins.

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

La problématique très particulière du diagnostic prénatal nécessite la plus grande assurance qualité pour cette activité (information complète, tests les plus prédictifs possibles, accompagnement psychologique, suivi des grossesses et des issues de grossesse ...)

L'organisation de l'offre repose sur la nécessaire coordination des acteurs autour du CPDPN pour homogénéiser et améliorer les prestations offertes aux femmes concernées, l'encadrement des activités et l'amélioration des pratiques, notamment dans le cadre des évolutions régulières de la loi relative à la bioéthique et des techniques, en particulier de génétique moléculaire.

Objectifs

Objectif général : structurer l'organisation régionale autour des 2 CPDPN

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - *Mettre en œuvre une prise en charge régionale, coordonnée et complémentaire de l'activité des CPDPN en lien avec les prescripteurs et les laboratoires*
- ☞ 2 - *Développer l'information et la communication auprès des médecins et des sages-femmes sur l'activité de DPN en lien avec les CPDPN et les réseaux périnataux*

Exemples d'actions :

- ⊙ Mise en place d'un groupe technique impulsé par l'ARS
- ⊙ Création d'un site ou d'une page Internet unique pour l'organisation régionale des CPDPN permettant de faire connaître les ressources médicales, échographistes, spécialistes d'entrée dans le parcours de prise en charge
- ⊙ Développer le partage d'informations sécurisées et pluridisciplinaire

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Coopération régionale effective

Evolutions (créations, transformations, coopérations)

A noter l'arrêt au 01/01 2023 de l'activité de DPN du laboratoire privé implanté dans le Jura.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
DIAGNOSTIC PRENATAL

Modalité	Zone													
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Yonne					
Nombre d'implantations autorisées (1)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués la cytogénétique	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués la cytogénétique	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués la cytogénétique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3) ARTICULATION

- Plan Maladies rares
- Agence de la biomédecine

4) TRANSVERSALITE

- Livret prévention
- Livret Parcours, Parcours Handicap, Parcours Cancer, Parcours Périnatalité
- Livret Offre de santé, fiche Biologie médicale
- Ce livret, fiches Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, Traitement du cancer, Assistance médicale à la procréation et Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

7.2.9. EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES

Les progrès réalisés en génétique, tant dans le domaine technique que dans le champ de la recherche, ont ouvert la voie vers une médecine de précision, à la fois prédictive, personnalisée, préventive et participative (4P).

Ces dernières années, le séquençage à très haut débit a révolutionné la démarche diagnostique et thérapeutique, par l'utilisation de panels de gènes ou du séquençage de l'exome. Avec les nouvelles avancées technologiques dans le séquençage à très haut débit de génome, entraînant une chute drastique des coûts dans un objectif d'atteindre un coût inférieur à 100 euros par échantillon, il va être techniquement plus simple et moins onéreux d'effectuer un séquençage de génome plutôt que de sélectionner de courtes régions d'intérêt et d'en réaliser un séquençage ciblé dans le cadre de panels de gènes, voire même du séquençage d'exome. Par ailleurs, comme le séquençage de génome identifie la très large majorité des variations incluant même les variations de structure (SV) et les anomalies chromosomiques équilibrées, cela l'amènera rapidement à remplacer également l'ACPA (Analyse Chromosomique à Puces à ADN).

C'est dans ce contexte d'innovation technologique très rapide que la France déploie depuis plusieurs années le Plan France Médecine Génomique 2025 (PFMG2025) en lien avec le Plan National Maladies Rares 3 (PNMR3) et la Stratégie décennale de lutte contre le cancer, qui ambitionne que chaque patient atteint de maladie rare ou de prédisposition génétique au cancer puisse avoir accès dans un délai maximal d'un an à un diagnostic sur l'ensemble du territoire.

Cette révolution technologique bouleverse non seulement la génétique médicale mais également l'ensemble des disciplines impliquées dans les maladies rares et l'oncogénétique :

- passage d'un petit nombre de marqueurs génétiques distincts, définis par le médecin prescripteur, à un séquençage global non ciblé du génome, sans à priori ;
- passage à une gestion bio-informatique (« big data ») qui doit intégrer la notion de protection de la vie privée (pseudonymisation).

Devant les progrès technologiques de l'ingénierie génomique, fruit d'une double révolution technologique, (le séquençage à haut débit et des outils tels que CRISPR-Cas9), le comité consultatif national d'éthique (CCNE) appelle, dans un avis du 3 mars 2020, à une grande vigilance. Cette recommandation a été reprise dans le Plan ministériel pour la Procréation, l'Embryologie et la Génétique humaines PEGh 2022-2026 lequel indique que « les capacités d'analyse génomique à très haut débit ouvrent des perspectives de diagnostics de plus en plus larges et rapides et que ces évolutions appellent une vigilance particulière pour [...] adapter dans une pratique quotidienne et sécurisée les nouvelles technologies dans les domaines de la génétique médicale et de la médecine fœtale ».

Alors que la lutte contre l'impasse diagnostique est l'une des priorités du PNMR3 et du PFMG2025, La juste prescription et la rationalisation des tests génétiques entre analyses ciblées et analyse de génome vont devenir un enjeu de santé publique majeur pour permettre au plus grand nombre d'accéder à un diagnostic génétique le plus rapidement possible et à moindre coût pour la société.

C'est dans ce contexte que la loi de bioéthique révisée du 2 août 2021 apporte plusieurs évolutions :

- Une définition plus claire de l'examen des caractéristiques génétiques en distinguant l'examen des caractéristiques génétiques constitutionnelles (héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal) et l'examen des caractéristiques génétiques somatiques (acquises plus tardivement au cours de la vie et non transmissibles) ;
- Elle permet la levée du secret médical à l'encontre d'une personne décédée ; les résultats d'analyses génétiques d'un patient décédé pourront être rendus aux apparentés dont le médecin possède les coordonnées ;
- Elle autorise la réalisation d'un test génétique post-mortem afin de faciliter l'identification de prédispositions génétiques aux cancers au profit des familles concernées ;
- La prescription et la communication des résultats des examens deviennent possibles par les conseillers en génétique sous délégation médicale. La place des conseillers dans l'activité des services de génétique est ainsi mieux reconnue par cet assouplissement de la loi.

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Objet

Activité clinico-biologique de génétique médicale constitutionnelle postnatale incluant cytogénétique et génétique moléculaire dans les maladies rares, l'oncogénétique constitutionnelle, les analyses HLA (hors greffe), et la pharmacogénétique dans le cadre d'un parcours de soins dédié.

Celui-ci comporte une consultation d'évaluation/de prescription (médecin qualifié en génétique, médecin spécialiste formé aux enjeux de la prescription des tests génétiques, conseiller en génétique, voire médecin généraliste pour certains examens plus courants comme les facteurs liés à la thrombophilie), un examen biologique encadré par un praticien agréé par l'Agence de la Biomédecine dans un laboratoire autorisé (visant d'une part des malades et d'autre part des personnes asymptomatiques de leur parentèle) et une consultation de rendu de résultats. L'examen a pour objet :

- de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie d'origine génétique chez une personne, en étudiant ses caractéristiques génétiques ;
- de rechercher les caractéristiques génétiques identifiées comme susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Un conseil génétique adapté est également réalisé avant et après l'examen.

Population concernée

Les maladies rares touchent environ 1 personne sur 20¹²³ dans la population générale et 80% sont d'origine génétique (soit environ 3 millions de personnes en France dont 150.000 en Bourgogne-Franche-Comté ; 7000 maladies rares connues et 3200 gènes identifiés). Par ailleurs, près de 5 % des cancers diagnostiqués sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles (prédisposition génétique familiale¹²⁴).

¹²³ Source Alliance Maladies Rares - <https://alliance-maladies-rares.org/wp-content/uploads/2020/07/plan-national-maladies-rares-2018-2022.pdf>

¹²⁴ Source INCa - <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogenetique-et-plateformes-de-genetique-moleculaire/Les-predispositions-genetiques>

La population concernée du fœtus au grand âge est représentée par les personnes atteintes de maladies génétiques rares et leurs apparentés, les personnes porteuses de prédisposition génétique au cancer et les personnes amenées à recevoir certains traitements médicamenteux.

Ainsi, en 2021, selon l'Agence de la Biomédecine, 572 981 personnes ont bénéficié d'un examen génétique et, à l'exception de l'année 2020, ce nombre est en constante augmentation.

Organisation de l'offre de soins à l'échelle nationale

Cette organisation est structurée au niveau national dans le cadre des Plans « maladies rares » « cancer » « France Médecine Génomique 2025 », et encadrée par les dispositions du code de la santé publique notamment issues de la loi de bioéthique.

Pour les maladies rares, les 23 filières de santé maladies rares (FSMR) thématiques constituent le socle de la mise en œuvre du PNMR3 en lien étroit avec les réseaux européens de références (ERN). Dotées de missions dans les domaines du soin, de la recherche et de la formation, elles coordonnent les centres de référence maladies rares (CRMR), les centres de compétence (CCMR), les centres de ressources (CRC) ainsi que les autres professionnels (personnels de santé, laboratoires, universités...). La prise en charge des patients atteints de maladies rares et de leurs familles, s'organise via les CRMR, les CCMR et les CRC. La précédente labellisation en 2017¹²⁵, a labellisé pour une durée de 5 ans 473 centres. Cette labellisation arrivant à échéance en 2022, une nouvelle procédure de labellisation visant à actualiser la liste de ces centres est en cours.

Pour l'oncogénétique, le diagnostic des prédispositions génétiques à certaines formes de cancers est mis en œuvre dans le cadre d'un dispositif national, s'organisant autour de 146 sites de consultation dans 101 villes sur l'ensemble du territoire (données 2020)¹²⁶.

Pour l'activité biologique, 206 laboratoires autorisés par les ARS ont déclaré une activité auprès de l'Agence de la biomédecine (Rapport médical et scientifique 2021)¹²⁷, dont 59 avec au moins une activité de cytogénétique, y compris de cytogénétique moléculaire, et 183 au moins une activité de génétique moléculaire.

En complément, le PFMG2025 a déployé les deux premiers LBM-FMG (Laboratoire de Biologie Médicale France Médecine Génomique)¹²⁸ de séquençage génomique à très haut débit, SeqOIA et AURAGEN, qui couvrent l'ensemble du territoire national. La répartition des analyses au sein de ces deux laboratoires s'effectue en fonction de la localisation du prescripteur et les biologistes de l'ensemble des laboratoires de diagnostic sont encouragés à participer à l'interprétation des données génomiques.

¹²⁵ Arrêté du 25 novembre 2017 portant labellisation des réseaux des centres de référence prenant en charge les maladies rares : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/liste_des_centres_reference_labelises.pdf

¹²⁶ Source InCA : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogenetique-et-plateformes-de-genetique-moleculaire/Le-dispositif-national-d-oncogenetique>

¹²⁷ Source ABM : <https://rams.agence-biomedecine.fr/introduction-0>

¹²⁸ Source PGMG2025 : <https://pfm2025.aviesan.fr/le-plan/lbm-fmg/>

Contexte et structures en Bourgogne Franche-Comté

Coopération régionale

Le Centre de Génétique du CHU Dijon Bourgogne coordonne le CRMR multisite « Anomalies du développement et syndromes malformatifs » de l'Inter-Région Est, et anime la FSMR nationale AnDDI-Rares dédiée aux " Anomalies du Développement et Déficience Intellectuelle de causes rares ». Le CHU Dijon Bourgogne porte également 4 CRMR constitutifs (déficiences intellectuelles de causes rares, maladies rares de la peau et des muqueuses d'origine génétique, cytopénies auto-immunes rares, maladies pulmonaires rares), 3 CRC ainsi qu'une cinquantaine de CCMR. Le CHU de Besançon porte 3 CRC et une cinquantaine de CCMR.

Afin de renforcer les interactions entre les CRMR/CCMR/CRC, en lien avec les 23 FSMR, une plateforme d'expertise maladies rares (PEMR) s'est mise en place en 2020. Les nouveaux centres labellisés pour une durée de 5 ans seront désignés début mars 2023 dans le cadre de la nouvelle campagne de labellisation ouverte en 2022.

Les 2 CHU, le Centre anticancéreux Georges François Leclerc (CGFL) et l'Établissement Français du Sang (EFS) se sont organisés pour créer en 2017 l'institut de médecine génomique et immunologique de Bourgogne Franche-Comté (GIMI Genomic and Immunotherapy Medical Institute)¹²⁹ dont l'objectif est non seulement de favoriser la transition de la recherche aux soins pour que les patients puissent bénéficier plus rapidement de technologies innovantes, mais également de promouvoir le développement de nouvelles stratégies/essais thérapeutiques ciblés et assurer la diffusion des connaissances aux étudiants, aux professionnels, et plus largement au grand public, pour leur permettre de prendre conscience de l'importance de la médecine génomique personnalisée.

L'institut est conforté par la présence de différentes plateformes au sein des établissements de santé partenaires : les plateaux techniques du CHU de Dijon et de Besançon pour les maladies rares ; la plateforme de transfert en biologie cancérologique du CGFL ; la plateforme d'analyse bioinformatique dédiée au management et à l'analyse des données de séquençage basées sur le séquençage haut débit pangénomique (BIOME) ; la plateforme Hospitalo-Universitaire de bioinformatique 2B2S ; les plateformes de biotechnologie et de recherche clinique précoce du Centre d'Investigation Clinique du CHU de Besançon et du CGFL ; la PEMR BFC depuis 2020..

En parallèle, les équipes cliniques, biologiques et de recherche des CHU Dijon Bourgogne et Besançon, et de l'Université fédérale Bourgogne Franche-Comté, du CNRS, de l'Inserm et de l'EFS se sont associées en 2013 au sein d'une Fédération Hospitalo-Universitaire, la FHU TRANSLAD¹³⁰ Bourgogne-Franche-Comté, dédiée au développement des soins, de la recherche et de l'enseignement dans le domaine des maladies du développement, en particulier autour de l'innovation représentée par le séquençage à très haut débit.

Enfin, les CHU Dijon Bourgogne et Besançon ont chacun signé une convention cadre avec le GCS AURAGEN pour régir leur collaboration sur l'implication des biologistes des deux établissements dans l'interprétation des données génomiques au sein du LBM-FMG AURAGEN.

¹²⁹ <http://www.gimi-institute.org/>⁶

¹³⁰ <http://www.fhu-translad.org/>

Cas particulier de l'oncogénétique

Le développement du séquençage haut débit et son intégration en pratique courante dans le cadre diagnostique conduit depuis plusieurs années à une croissance constante de la demande en oncogénétique clinique, en raison de :

- L'élargissement des indications d'analyse génétique pour recherche de prédisposition aux cancers basées sur les antécédents personnels et/ou familiaux ;
- Les nouvelles indications d'analyse génétique constitutionnelle à visée théranostique ;
- La découverte de variation constitutionnelle après une analyse génétique tumorale par séquençage haut débit, exigeant une consultation d'oncogénétique.

L'ensemble de ces éléments a conduit l'INCa à émettre l'hypothèse qu'une analyse génétique constitutionnelle sera indiquée progressivement pour tout cancer d'ici 2035.

Activités

Activité clinique

Les équipes du Centre de Génétique du CHU de Dijon, communes à celles du CGFL de Dijon, et du CHU de Besançon effectuent l'ensemble de l'activité de génétique médicale pour la région BFC, en termes d'expertise diagnostique et de conseil génétique. Les différents praticiens réalisent des consultations avancées bimensuelles (HNFC Trévenans) ou mensuelles (Mâcon, Chalon sur Saône, Vesoul) et des consultations mensuelles par visioconférence avec Nevers.

L'activité clinique s'est développée de façon exponentielle au cours des dernières années avec une explosion du nombre annuel de consultations, en partie en lien avec les progrès technologiques majeurs: de 932 consultations en 2002 à 3312 en 2013 et plus de 8000 consultations en 2021 (5721 consultations MR et 2290 oncogénétique) en Bourgogne par l'équipe de génétique du CHU Dijon Bourgogne et du CGFL ; de 613 consultations maladies rares en 2011 à 2300 en 2021 ainsi que 1482 consultations d'oncogénétique en 2021 en Franche-Comté par l'équipe de génétique du CHU de Besançon.

Activités de recherche

La FHU TRANSLAD de la région Bourgogne Franche-Comté est devenue l'un des acteurs majeurs au niveau national et international dans le déploiement de la médecine génomique et des OMICS dans les maladies rares. En particulier, elle se positionne actuellement comme le leader en France sur le déploiement de la médecine génomique en période périnatale et dans l'intégration des données multi-omiques. Elle coordonne ou participe à plusieurs projets de recherches nationaux et internationaux et coordonne également des essais thérapeutiques internationaux.

Activité des laboratoires

Les structures autorisées sont les suivantes (cf. tableau ci-dessous), :

- CHU Dijon Bourgogne : laboratoire de Génétique Chromosomique et Moléculaire (GCM) ;
- CHU Besançon : laboratoire de Cytogénétique et génétique moléculaire ;
- CGFL : Département de Biologie et pathologie des tumeurs ;
- EFS Bourgogne Franche-Comté : laboratoire IHG (Immuno-Hémato-Greffe) et, jusqu'au 1er janvier 2023, laboratoire LHIR (Laboratoire d'Hématologie et d'Immunologie Régional).

Dpt	Ville	Etablissement	PERIMETRE DES AUTORISATIONS	
			ACG	AGM
21	Dijon	CHU DIJON CLCC CGFL EFS LBM IHG	X	X X limité oncogénétique X limité HLA-Maladie
	Total 21	Nbre d'implantations	1	3
25	Besançon	CHU BESANCON EFS LBM IHG et LBM LHIR	X	X X limité HLA-Maladie et thrombophilie
	Total 25	Nbre d'implantations	1	2
TOTAL Bourgogne-Franche-Comté			2	5

ACG : analyses de cytogénétique y compris la cytogénétique moléculaire

AGM : analyses de génétique moléculaire

La réalisation des examens se répartit comme suit :

- Pour l'oncogénétique (prédispositions génétiques aux cancers) : exclusivement réalisée au laboratoire de biologie moléculaire du CGFL ;
- Pour la pharmacogénétique : CGFL et CHU Dijon ;
- Pour les typages HLA : laboratoire IHG de l'EFS Bourgogne-Franche-Comté : site de Besançon et site de Dijon ;
- Pour la thrombophilie : laboratoire GCM du CHU Dijon et CHU de Besançon (depuis Janvier 2023 en relais de l'EFS) ;
- Pour les maladies rares : activités de cytogénétique et de génétique moléculaire réalisées par les laboratoires du CHU Dijon et du CHU Besançon.

2016

Etablissement	Cytogénétique				Génétique moléculaire				
	Caryo-type	FISH	ACPA	MLPA-QF-PCR	Nb tests	Variété tests	Séq. HD (panel)	Séq. HD (ES)	Niveau
CHU DIJON	309	124	349		2449	13	104	316	1 et 2
CLCC CGFL					680	1	576	0	2
EFS BFC site de Dijon					271	7			1
CHU BESANCON	771	97	238	95	397	10	-	-	1
EFS BFC site de BESANCON					724	1	-	-	1
Total BFC	1080	221	587		4521	32	680	316	1 et 2

2021

Etablissement	Cytogénétique				Génétique moléculaire				
	Caryotype	FISH	ACPA	Autres (MLPA-QF-PCR...)	Nb tests	Pharmaco génétique	Séq. HD (panel)	Séq. HD (ES)	Séq. HD (GS)
CHU DIJON	246	106	269		2667	10	-	692	3
CLCC CGFL					1722	306	1069	0	0
LBM IHG EFS BFC site de Dijon					242	97			
CHU BESANCON	584	49	193	43	520		102		
LBM IHG EFS BFC site de BESANCON					289	32			
LBM LHIR EFS Besançon					875				
Total BFC	830	155 464	462		6315	445	1171	692	3
France*	73 400	18 464	21 389	3924	465 589	18 966		7457	288

* d'après notamment le rapport ABM 2021 en dehors de l'activité des LBM- FMG¹³¹

En 2021, en France, environ 74 000 individus ont bénéficié d'un examen de cytogénétique et plus de 450.000 un examen de génétique moléculaire.

On constate que le nombre total d'examen réalisés en génétique moléculaire augmente de même que le nombre de gènes différents analysés par les laboratoires lequel est passé de 4 126 à 4 490 soit plus 9% en cinq ans. Les maladies les plus recherchées sont les suivantes (avec plus de 10.000 examens en 2021) : Thrombophilie non rare, Spondylarthrite ankylosante, Hémochromatose type 1, Syndrome héréditaire de prédisposition au cancer du sein et de l'ovaire, Cancer du sein héréditaire, Syndrome héréditaire de prédisposition au cancer de l'ovaire, Syndrome de l'X fragile, Maladie de Behçet, Mucoviscidose, Syndrome de Lynch, Syndrome tremblement-ataxie lié à une prémutation de l'X fragile, Homocystinurie par déficit en méthylène tétrahydrofolate réductase, Syndrome de Cowden.

Dans son rapport annuel 2021, l'agence de Biomédecine indique que les maladies génétiques sont très majoritairement rares, voire très rares, ainsi, les laboratoires se sont généralement spécialisés : 80 laboratoires sont seuls à proposer le diagnostic d'une maladie pour toute la France et 813 maladies (soit 28 %) ne sont diagnostiquées que dans un seul laboratoire. La qualité d'expertise pour l'interprétation des examens passe par conséquent par l'exercice en réseau des laboratoires.

En plus des panels, le séquençage d'exome (WES : whole exome sequencing) et le séquençage de génome (WGS : whole genome sequencing) se sont développés dans le même objectif de limitation de l'errance diagnostique. En 2021, 39 laboratoires ont fourni 7 457 comptes rendus d'examen de l'exome au prescripteur soit 44,3% de dossiers en plus qu'en 2019.

¹³¹ Rapport médical et scientifique ABM 2021 Procréation et génétique humaine en France : <https://rams.agence-biomedecine.fr/diagnostic-genetique-post-natal>

En Bourgogne-Franche-Comté comme dans le reste de la France, on observe une diminution de l'activité de cytogénétique et de cytogénétique moléculaire (en 5 ans, - 21 % pour les puces (ACPA) et - 23 % pour le caryotype) au bénéfice de l'activité de génétique moléculaire (+ 20 % de tests en 5 ans), marquée par la mise en place des tests pharmacogénétiques par le CGFL (+ 305 % en 5 ans) et le transfert technologique vers le séquençage d'exome pour les maladies rares par le CHU Dijon (+ 30 % en 5 ans) et le séquençage de génome avec le laboratoire FMG AURAGEN (données non répertoriées par l'ABM).

Par ailleurs le CHU de Dijon et de Besançon participent à l'analyse des données de génome des LBM-FMG AURAGEN avec respectivement 232 et 60 analyses de génomes rendues en 2022 dans les préindications « anomalies du développement et syndromes malformatifs », « déficience intellectuelle » et « génodermatoses ».

2) PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION

L'organisation de l'offre de génétique doit répondre à l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux consultations de génétique, aux examens de cytogénétique et de génétique moléculaire, tout en maintenant les liens entre les laboratoires et les consultations pour assurer la pertinence des prescriptions de tests génétiques, le rendu des examens, le suivi des patients et l'information de la parentèle le cas échéant.

La juste prescription et la rationalisation des tests génétiques entre analyses ciblées et analyse de génome vont devenir un enjeu de santé publique majeur.

La dynamique mise en place ces dernières années en région est à soutenir et accompagner.

Objectifs

Objectif général n°1 : structurer l'organisation existante de l'offre de génétique

Objectifs opérationnels :

☞ *1 - Développer l'offre des activités Maladies rares et Oncogénétique*

Exemples d'actions :

- ⊙ Assurer la pérennité de la plateforme d'expertise maladies rares PEMR BFC et le soutien à de futurs Centres de Référence Maladies Rares
- ⊙ Développement de l'offre de conseil en Activité Physique Adaptée au sein de la PEMR
- ⊙ Développement d'une structure permettant la mise en place d'une activité d'éducation thérapeutique des patients ETP (maladies rares et onco-génétique)
- ⊙ Mise en place du centre NEOMICS de séquençage de génome ultra-rapide, avec le projet pilote PERIGENOMED d'extension du dépistage néonatal basé sur ce séquençage
- ⊙ Développement des essais thérapeutiques dans les maladies rares
- ⊙ Développement du suivi de patients porteurs de prédispositions génétiques rares au cancer
- ⊙ Poursuite du développement de l'expertise régionale en génétique moléculaire par la mise en œuvre de projets de recherche et de projets innovants;

- ☞ *2 - Améliorer l'accès de la population aux consultations de génétique et aux examens de génétique innovants*

Exemples d'actions :

- ⊙ Amélioration de la couverture territoriale et développement des consultations (télémédecine, téléconsultation...) d'oncogénétique et de maladies rares dans les hôpitaux périphériques
- ⊙ Poursuite du développement de l'accès aux examens de génétique innovants, notamment au sein d'un futur site du laboratoire de biologie médicale du CHU Dijon Bourgogne
- ⊙ Développement de l'activité de génétique et les consultations d'oncogénétique et de maladies rares en Franche-Comté
- ⊙ Optimisation de l'accompagnement des patients, notamment des patients dyscommuniquants, et des familles

RESULTATS ATTENDUS

- ☞ Réduction du délai entre les premiers signes d'une maladie et la prise en charge des patients notamment afin de réduire l'errance diagnostique des patients atteints des maladies rares
- ☞ Meilleur accès à l'innovation

Objectif général n°2 : Compléter et amplifier les dispositifs de communication et d'information sur la génétique et les diagnostics génétiques

Objectif opérationnel :

- ☞ *Améliorer l'information concernant l'offre de génétique pour les professionnels et les usagers*

Exemples d'actions :

- ⊙ Poursuite des activités de communication et d'information par la plateforme d'expertise maladies rares BFC
- ⊙ Poursuite des actions de communication, d'information et de formation en oncogénétique (Dispositif Spécifique Régional du Cancer DSRC OncoBFC en particulier) notamment concernant les examens à visée théranostique
- ⊙ Amélioration de l'information de l'offre de consultations en génétique dans tous les territoires de la région
- ⊙ Déploiement des groupes de parole pour les femmes porteuses de prédispositions génétique au cancer

Evolutions (créations, transformations, coopérations)

- Reprise de l'activité de génétique moléculaire relative à la thrombophilie de l'EFS par le CHU de Besançon en 2023

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

**OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS
EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES**

Modalité	Zone								Yonne	
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre		
Nombre d'implantations autorisées (1)	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	3 dont 1 limitée oncogénétique, dont 1 autre limitée HLA-Maladies	0	0	2 dont 1 limitée HLA-Maladies	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	3 dont 1 limitée oncogénétique, dont 1 autre limitée HLA-Maladies	0	0	2 dont 1 limitée HLA-Maladies	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3) ARTICULATION

- Plan Cancer
- Plan Maladies rares
- Plan France Médecine Génomique 2025
- Plan Handicaps rares et Schéma national d'organisation social et médico-sociale Handicaps rares
- Agence de la biomédecine
- Réseaux européens de référence maladies rares
- FHU TRANSLAD
- FSMR AnDDI-Rares
- Société Française de Dépistage néonatal
- Sociétés savantes de Génétique / maladies rares (Association Francophone des Généticiens Cliniciens, Association Française des Praticiens de Génétique Moléculaire)

4) TRANSVERSALITE

- Livret prévention
- Livret Innovation, fiches Innovation en santé et e-santé
- Livret Parcours, Parcours Handicap, Parcours Cancer, Parcours Périnatalité
- Livret Offre de santé, fiche Biologie médicale
- Ce livret, fiches Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, Traitement du cancer, Assistance médicale à la procréation et Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

7.3. ACTIVITES DE SOINS SOUMISES A AUTORISATION PAR ZONE DE PLANIFICATION SANITAIRE

7.3.1. ZONAGE DE PLANIFICATION SANITAIRE

Conformément à l'article R. 1434-30 du code de la Santé Publique, le schéma régional de santé présente les zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds définis aux articles R. 6121.25 et 26 du code de la Santé Publique. Ces zones sont appelées ci-après zones de planification sanitaire.

Ces zones sont fixées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé pour chaque activité de soins, après avis du préfet de région (**date avis**) et de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (avis favorable rendu le 25 avril 2023).

Rappel de la méthodologie retenue pour la définition des zones de planification sanitaire en 2018 :

- à partir des territoires constitués pour les Groupement Hospitaliers de Territoire (*cf fiche Coopération hospitalières, livret Offre de santé*), prise en compte de l'ensemble des séjours PMSI MCO et SSR consommés en 2013, 2014 et 2015 dans l'ensemble des établissements de la région, publics et privés ;
- détermination des aires d'attractivité des établissements ;
- détermination de territoires sanitaires théoriques ;
- vérification de la cohérence de ces territoires par l'analyse des séjours consommés ;
- analyse plus fine de l'attractivité de certains établissements situés en frontière de territoires ;
- détermination d'une proposition de découpage des territoires.

L'arrêté ARS BFC du 05/04/2018 avait donc permis la définition de 10 zones de planification sanitaire dans le cadre du SRS 2018-2023.

Le Schéma Régional de Santé (SRS) révisé 2023-2028 intègre de nombreuses évolutions en terme d'offre sanitaire, notamment celles relatives à la réforme des autorisations d'activités de soins. En ce sens, l'arrêté ARS BFC du **XX/XX/2023** adapte le découpage territorial antérieur et définit trois zonages de planification sanitaire :

Zonage pour la répartition des activités de soins de psychiatrie (carte 1)

L'article R. 1434-30 du code de la Santé Publique permet le recours à un zonage spécifique pour une ou plusieurs activités de soins.

Ainsi, afin de mettre en cohérence la stratégie de planification de l'offre de soins et les travaux engagés sur les territoires avec les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) (*cf fiche Parcours Santé Mentale du livret Parcours*), les zones de répartition des activités de soins de psychiatrie ont été calquées sur les périmètres respectifs des huit PTSM, lesquels correspondent aux 8 départements (sauf pour le territoire Nord Franche-Comté qui va au-delà du territoire de Belfort).

🔗 Zonage pour la répartition des activités de soins issues de l'ex schéma interrégional de l'organisation des soins (SIOS) (carte 2)

Les activités de soins de l'ex Schéma Interrégional de l'Organisation des Soins vont intégrer le Schéma Régional de Santé dans le cadre de sa révision 2023-2028 :

- les greffes d'organes et les greffes de cellules hématopoïétiques
- le traitement des grands brûlés
- la chirurgie cardiaque
- la neurochirurgie ;
- L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie

En ce sens, le zonage de l'ex SIOS, composé des deux zones Bourgogne et Franche-Comté, a été conservé pour ces activités, étant donné qu'il s'agit ici d'activités de recours.

Une exception est faite pour l'activité de neuroradiologie interventionnelle, les textes réglementaires prévoyant une gradation des soins et offrant ainsi la possibilité d'accorder la mention A à quelques établissements de proximité s'ils respectent les conditions (*cf fiche Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie, ce livret*). Cette activité est donc répartie selon le zonage des activités de soins présenté au paragraphe suivant.

🔗 Zonage pour la répartition des activités de soins (carte 3)

Il s'agit des activités de soins soumises à l'autorisation de l'agence régionale de santé au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique (hormis donc la psychiatrie et les quatre activités de l'ex SIOS) et de l'activité de neuroradiologie interventionnelle et mentionnés dans les articles R. 6122-25 et 26 du CSP:

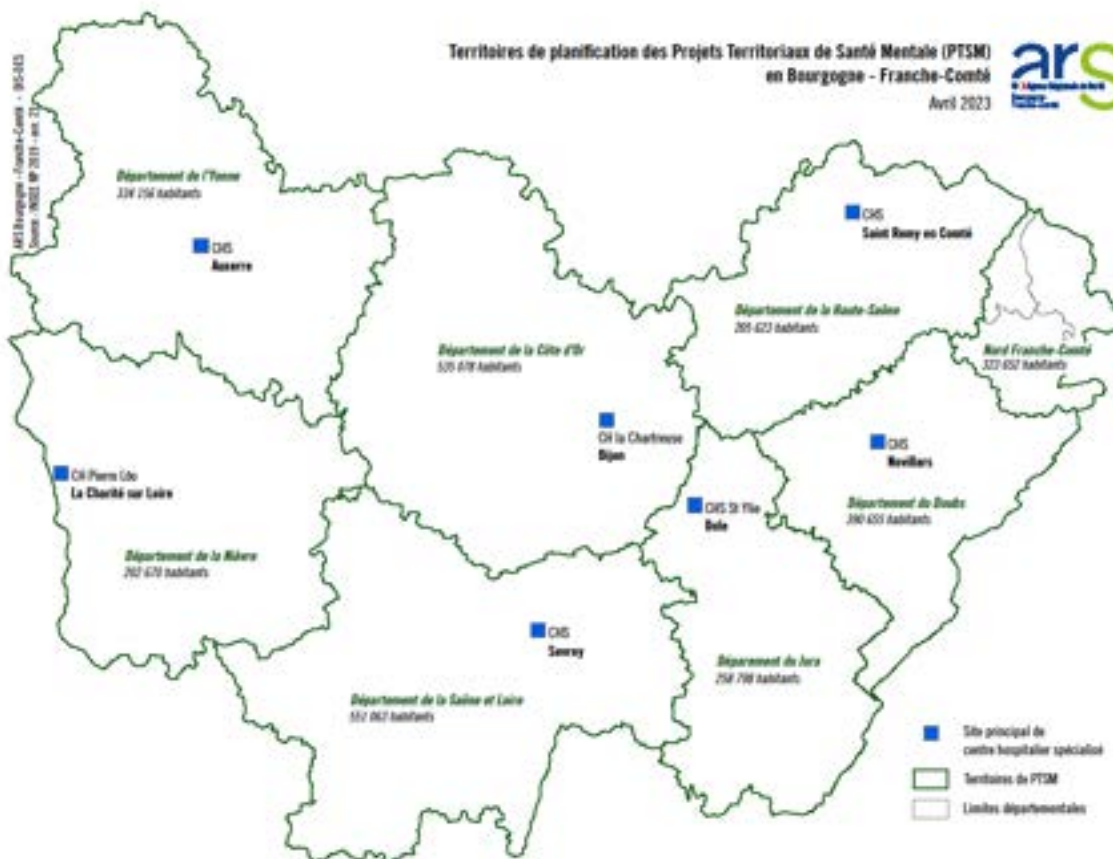
• Médecine	• Soins critiques
• Chirurgie	• Traitement de l'insuffisance rénale chronique
• Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale	• Assistance médicale à la procréation
• Soins médicaux et de réadaptation	• Diagnostic prénatal
• Médecine nucléaire	• Traitement du cancer
• Soins de longue durée	• Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales
• Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	• Hospitalisation à domicile
• Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	• Activité de radiologie interventionnelle et équipements matériels lourds d'imagerie
• Médecine d'urgence	

Les zones de planification sanitaire pour ces activités de soins ont été établies à partir du zonage en vigueur pour le SRS 2018-2023 en modifiant les zones suivantes, afin de prendre en compte l'évolution des coopérations entre les établissements sanitaires, ainsi que la raréfaction des ressources humaines en santé (*cf fiches du livret Attractivité*) :

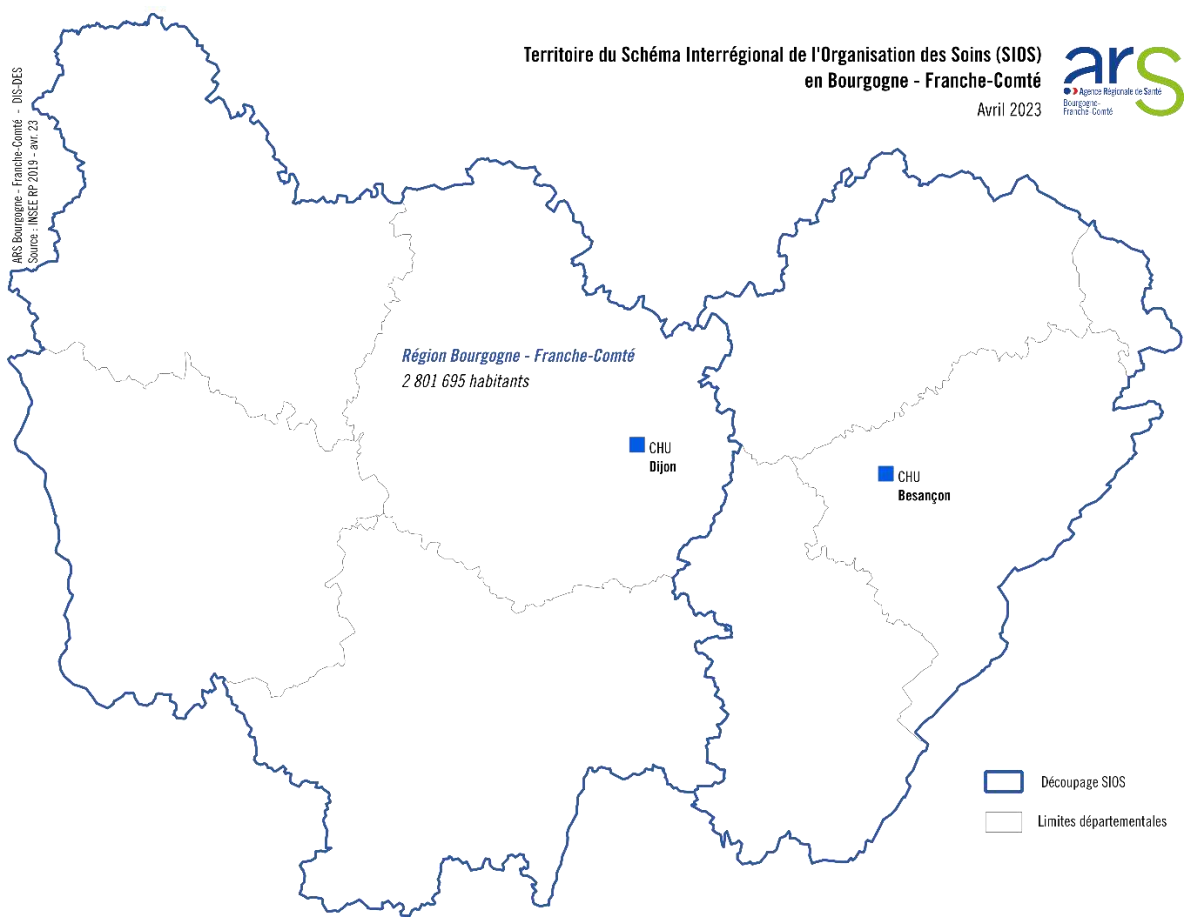
- ⊕ Haute Saône : le Groupement Hospitalier de Territoire Haute-Saône a changé de contour à la suite du rattachement du Centre Hospitalier de Gray au Groupe Hospitalier de la Haute-Saône, la zone « Haute Saône » épouse donc à présent les contours du département.
- ⊕ Yonne Haut Nivernais : Dans un contexte de raréfaction des ressources en terme de démographie médicale notamment, une zone unique de planification sanitaire est définie pour le territoire correspondant au département de l'Yonne, tout en conservant la zone du Haut Nivernais. Le but de la création de cette zone unifiée pour le territoire de l'Yonne est de renforcer l'offre de soins afin de concourir à une synergie entre les établissements de santé sur ce territoire.

En synthèse, le découpage territorial se présente ainsi :

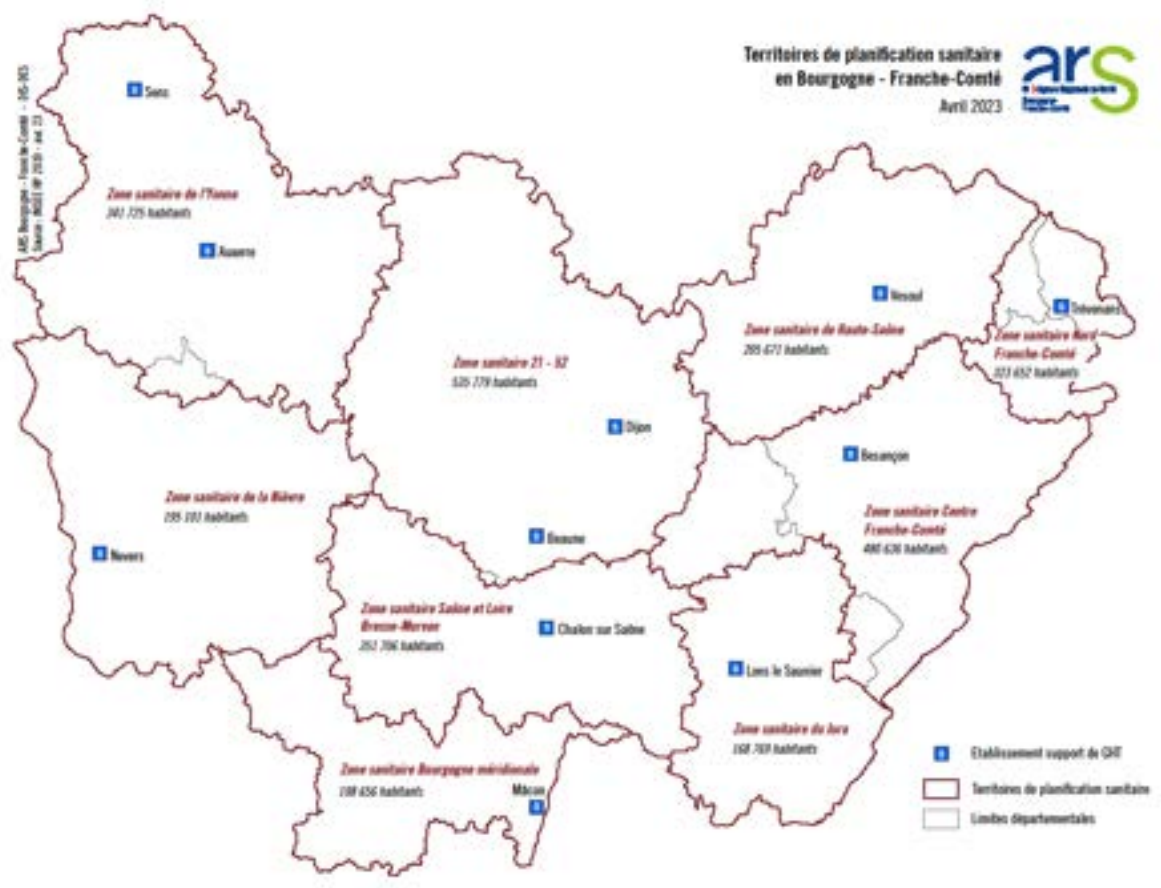
Psychiatrie (carte 1)	Greffes, Traitement des grands brûlés, Chirurgie cardiaque, Neurochirurgie (carte 2)	Autres activités de soins (carte 3)
Côte d'Or	Bourgogne	Côte-d'Or
Doubs	Franche-Comté	Haute-Saône
Jura		Nord Franche-Comté
Nièvre		Centre Franche-Comté
Haute-Saône		Jura
Saône-et-Loire		Bourgogne méridionale
Nord Franche-Comté		Saône-et-Loire – Bresse - Morvan
		Nièvre
		Yonne



Carte 1



Carte 2



Carte 3

Les tableaux qui suivent présentent la synthèse, par zone de planification sanitaire, des objectifs quantitatifs de l'offre de soins tels que définis dans chaque fiche thématique des parties 7.1 et 7.2 de ce livret (fiche à laquelle il convient de se référer pour plus de précisions) et retenus comme nombres d'implantations prévues dans le cadre du présent schéma régional de santé révisé.

Ces éléments seront repris dans le bilan quantitatif de l'offre de soins, prévu par le cinquième alinéa de l'article L. 6122-9 du code de la santé publique, lequel est publié quinze jours au moins avant l'ouverture de chacune des périodes de dépôt des demandes d'autorisation.

Ce bilan précise, pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd, les zones à l'intérieur desquelles existent des besoins non couverts par les autorisations et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, c'est-à-dire dans lesquelles cette offre est insuffisante au regard du schéma régional de santé.

Ainsi que présenté dans plusieurs pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont parfois quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins,
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectif conduisant à revoir les objectifs quantitatifs dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

Au regard de ces éléments, le bilan quantifié de l'offre de soins précisera si une demande d'autorisation peut être présentée.

7.3.2. ZONAGE DEPARTEMENTAL (activité de psychiatrie)

Zone Côte d'Or

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations prévues	
Psychiatrie	Psychiatrie de l'adulte	3 à 4	
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	4	
	Psychiatrie périnatale	1	
	Soins sans consentement	Adultes	3
		Enfant et adolescent	3

Zone Saône-et-Loire

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations prévues	
Psychiatrie	Psychiatrie de l'adulte	5	
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	1	
	Psychiatrie périnatale	1	
	Soins sans consentement	Adultes	3
		Enfant et adolescent	1

Zone Nièvre

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations prévues	
Psychiatrie	Psychiatrie de l'adulte	3	
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	2	
	Psychiatrie périnatale	1	
	Soins sans consentement	Adultes	2
		Enfant et adolescent	1

Zone Yonne

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations prévues	
Psychiatrie	Psychiatrie de l'adulte	4	
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	1	
	Psychiatrie périnatale	1	
	Soins sans consentement	Adultes	1
		Enfant et adolescent	1

Zone Doubs (hors NFC)

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations prévues	
Psychiatrie	Psychiatrie de l'adulte	4	
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	2	
	Psychiatrie périnatale	1	
	Soins sans consentement	Adultes	3
		Enfant et adolescent	2

Zone Jura

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations prévues	
Psychiatrie	Psychiatrie de l'adulte	4	
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	2	
	Psychiatrie périnatale	1	
	Soins sans consentement	Adultes	2
		Enfant et adolescent	1

Zone Haute-Saône (hors NFC)

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations prévues	
Psychiatrie	Psychiatrie de l'adulte	3	
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	1	
	Psychiatrie périnatale	1	
	Soins sans consentement	Adultes	1
		Enfant et adolescent	1

Zone Nord Franche-Comté

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations prévues	
Psychiatrie	Psychiatrie de l'adulte	3	
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	1	
	Psychiatrie périnatale	1	
	Soins sans consentement	Adultes	1
		Enfant et adolescent	1

7.3.3.ZONAGE REGIONAL

Zone Bourgogne

Activité	Modalité/Forme		Nombre d'implantations		Ecart
			Existantes	Prévues	
Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques	Cœur	Adultes	1	1	0
		Enfants	0	0	0
	Poumon	Adultes	0	0	0
		Enfants	0	0	0
	Cœur-Poumon	Adultes	0	0	0
		Enfants	0	0	0
	Foie	Adultes	0	0	0
		Enfants	0	0	0
	Rein	Adultes	1	1	0
		Enfants	0	0	0
	Pancréas	Adultes	0	0	0
		Enfants	0	0	0
	Rein-Pancréas	Adultes	0	0	0
		Enfants	0	0	0
Intestin	Adultes	0	0	0	
	Enfants	0	0	0	
Allogreffe de cellules hématopoïétiques	Adultes	0	1	1	
	Enfants	0	0	0	
Traitement des grands brûlés	Traitement des adultes		0	0	0
	Traitement des enfants		0	0	0
Chirurgie cardiaque	Chirurgie cardiaque pratiquée chez des patients adultes		1	1	0
	Chirurgie cardiaque pédiatrique		0	0 à 1	0 à 1
Neurochirurgie	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale		1	1	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques		0	1	1
	Neurochirurgie pédiatrique		0	0 à 1	0 à 1

Activité	Modalité/Forme		Nombre d'implantations		Ecart
			Existantes	Prévues	
Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques	Cœur	Adultes	0	0	0
		Enfants	0	0	0
	Poumon	Adultes	0	0	0
		Enfants	0	0	0
	Cœur-Poumon	Adultes	0	0	0
		Enfants	0	0	0
	Foie	Adultes	1	1	0
		Enfants	0	0	0
	Rein	Adultes	1	1	0
		Enfants	0	0	0
	Pancréas	Adultes	0	0	0
		Enfants	0	0	0
	Rein-Pancréas	Adultes	0	0	0
		Enfants	0	0	0
Intestin	Adultes	0	0	0	
	Enfants	0	0	0	
Allogreffe de cellules hématopoïétiques	Adultes	1	1	0	
	Enfants	0	0	0	
Traitement des grands brûlés	Traitement des adultes		0	0	0
	Traitement des enfants		0	0	0
Chirurgie cardiaque	Chirurgie cardiaque pratiquée chez des patients adultes		1	1	0
	Chirurgie cardiaque pédiatrique		0	0 à 1	0 à 1
Neurochirurgie	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale		1	1	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques		1	1	0
	Neurochirurgie pédiatrique		1	1	0

7.3.4 ZONAGE AUTRES ACTIVITES DE SOINS

Zone Côte d'Or

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévues	
Médecine	Adultes	20	
	Enfants et adolescents	6	
Chirurgie	Chirurgie pratiquée chez des patients adultes	7	
	Chirurgie pédiatrique	6	
	Chirurgie bariatrique	4	
Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	Mention "polyvalent"	15 à 16	
	Mention "gériatrie"	10	
	Mention "locomoteur"	3	
	Mention "système nerveux"	2	
	Mention "cardio-vasculaire"	4	
	Mention "pneumologie"	3	
	Mention "système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition"	3	
	Mention "brûlés"	0	
	Mention "conduites addictives"	1	
	Modalité "pédiatrie"	Mention "enfants et adolescents"	1
		Mention "jeunes enfants, enfants et adolescents"	1
Modalité "cancers"	Mention "oncologie"	3	
	Mention "oncologie et hématologie"	1	
Médecine nucléaire	Mention A	1 à 0	
	Mention B	1 à 2	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Rythmologie interventionnelle :	Mention A	1
		Mention B	0
		Mention C	1
		Mention D	1
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie :	Mention A	0
		Mention B	1
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		2	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	Mention A	0	
	Mention B	1	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévue	
Radiologie interventionnelle	Mention A	1 à 4	
	Mention B	2	
	Mention C	3	
	Mention D	1	
Soins critiques	Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant	1
		Soins intensifs polyvalents dérogatoires	5
		Soins intensifs de cardiologie	3
		Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
		Soins intensifs d'hématologie	1
	Pédiatriques	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		1	
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mention socle	4 à 3	
	Mention réadaptation	4 à 3	
	Mention ante et post-partum	4 à 3	
	Mention enfants de moins de 3 ans	4 à 3	

Activité	Modalité/Mention/Localisation		Nombre d'implantations Prévues	
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique	Mention A : chirurgie oncologique chez l'adulte	A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive	1
			A2 : Chirurgie oncologique thoracique	1
			A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	3
			A4 : Chirurgie oncologique urologique	1
			A5 : Chirurgie oncologique gynécologique	1
			A6 : Chirurgie oncologique mammaire	3
			A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée	6
		Mention B : mission de recours, chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récidive des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée	B1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales	4
			B2 : Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissants le rachis, le cœur ou la paroi thoracique	1
			B3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse	1
			B4 : Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique	2
			B5 : Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale	2
		Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans	1	
	Radiothérapie externe, curiethérapie	Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	
		Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte	2	
		Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte, chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	1	
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B	4	
		Mention B : en sus de la mention A, chimiothérapies intensives	1	
		Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs	1	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	4	4	0
		HJ	0	4	4
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A		3	3	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B		2	2	0
	Réanimation néonatale - Type 3		1	1	0
	Pour information : Centre Périnatal de Proximité		1	1	0
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	5	4 à 5	-1 à 0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	1	1	0	
	Structure des urgences	5	5	0	
	Structure des urgences pédiatriques	1	1	0	
	SMUR	4	4	0	
	SMUR pédiatrique	1	1	0	
	Antenne SMUR	0	0	0	
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes	2	2	0	
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0	
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	4	6	2	
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	4	4	0	
	Hémodialyse à domicile	2	2	0	
	Dialyse péritonéale à domicile	2	2	0	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	1	0	
	Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	0	
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1	0	
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1	0	
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1	0	
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP	0	1	1	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2	0	
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation	1	1	0	
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1	0	
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1			
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	1	1	0	
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du CSP	1	1	0	
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1	0	
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes.	0	1	1	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1	0
	Analyses de génétique moléculaire	1	1	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1	1	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	1	1	0
	Analyses de génétique moléculaire	3 dont 1 limitée oncogénétique, dont 1 autre limitée HLA-Maladies	3 dont 1 limitée oncogénétique, dont 1 autre limitée HLA-Maladies	0
Equipements matériels lourds - Implantations	Equipements d'imagerie en coupes : IRM et Scanographe à utilisation médicale	16	17	1
	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0
Equipements matériels lourds - Appareils	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévue	
Médecine	Adultes	6	
	Enfants et adolescents	1	
Chirurgie	Chirurgie pratiquée chez des patients adultes	2	
	Chirurgie pédiatrique	1	
	Chirurgie bariatrique	1	
Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	Mention "polyvalent"	6 à 7	
	Mention "gériatrie"	4	
	Mention "locomoteur"	1	
	Mention "système nerveux"	2	
	Mention "cardio-vasculaire"	0 à 1	
	Mention "pneumologie"	1	
	Mention "système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition"	1	
	Mention "brûlés"	0	
	Mention "conduites addictives"	1 à 2	
	Modalité "pédiatrie"	Mention "enfants et adolescents"	0
		Mention "jeunes enfants, enfants et adolescents"	0
	Modalité "cancers"	Mention "oncologie"	1
Mention "oncologie et hématologie"		0	
Médecine nucléaire	Mention A	1	
	Mention B	0	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Rythmologie interventionnelle :	Mention A	1
		Mention B	0
		Mention C	0
		Mention D	0
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie :	Mention A	0
		Mention B	0
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		0	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	Mention A	0	
	Mention B	0	

Activité	Modalité/Forme		Nombre d'implantations Prévues
Radiologie interventionnelle	Mention A		1
	Mention B		2
	Mention C		0
	Mention D		0
Soins critiques	Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant	1
		Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
		Soins intensifs de cardiologie	1
		Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
		Soins intensifs d'hématologie	0
	Pédiatriques	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1
Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		0	
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mention socle		1
	Mention réadaptation		1
	Mention ante et post-partum		1
	Mention enfants de moins de 3 ans		1

Activité	Modalité/Mention/Localisation		Nombre d'implantations Prévues	
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique	Mention A : chirurgie oncologique chez l'adulte	A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive	1
			A2 : Chirurgie oncologique thoracique	0
			A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	0
			A4 : Chirurgie oncologique urologique	1
			A5 : Chirurgie oncologique gynécologique	0
			A6 : Chirurgie oncologique mammaire	1
			A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée	1
		Mention B : mission de recours, chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée	B1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales	0
			B2 : Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissants le rachis, le cœur ou la paroi thoracique	0
			B3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse	0
			B4 : Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique	0
			B5 : Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale	0
		Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans	0	
	Radiothérapie externe, curiethérapie	Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	0	
		Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte	0	
		Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte, chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	0	
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B	1	
		Mention B : en sus de la mention A, chimiothérapies intensives	0	
		Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	1	1	0
		HJ	0	1	1
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	1	1	0	
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	0	0	0	
	Réanimation néonatale - Type 3	0	0	0	
	Pour information : Centre Périnatal de Proximité	3	3	0	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	1	1 à 3	0 à 2	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	0	0	0	
	Structure des urgences	2	2	0	
	Structure des urgences pédiatriques	0	0	0	
	SMUR	4	4	0	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	
	Antenne SMUR	0	0	0	
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	0	
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0	
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2	0	
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	1	1	0	
	Hémodialyse à domicile	1	1	0	
	Dialyse péritonéale à domicile	1	1	0	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	0	
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	0	
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	0	
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0	
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0	
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP	0	0	0	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0	0	
	Activités relatives à la PIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des	0	0	0	
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	0	
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0	
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	0	0	0	
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du CSP	0	0	0	
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0	0	
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes.	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds - Implantations	Equipements d'imagerie en coupes : IRM et Scanographe à utilisation médicale	6	6	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0
Equipements matériels lourds - Appareils	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0

Zone Nord Franche-Comté

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévue	
Médecine	Adultes	5	
	Enfants et adolescents	1	
Chirurgie	Chirurgie pratiquée chez des patients adultes	2	
	Chirurgie pédiatrique	2	
	Chirurgie bariatrique	2	
Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	Mention "polyvalent"	5 à 6	
	Mention "gériatrie"	2	
	Mention "locomoteur"	2	
	Mention "système nerveux"	2	
	Mention "cardio-vasculaire"	1 à 2	
	Mention "pneumologie"	1 à 2	
	Mention "système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition"	1 à 2	
	Mention "brûlés"	0	
	Mention "conduites addictives"	1	
	Modalité "pédiatrie"	Mention "enfants et adolescents"	0
		Mention "jeunes enfants, enfants et adolescents"	0
	Modalité "cancers"	Mention "oncologie"	1
Mention "oncologie et hématologie"		1	
Médecine nucléaire	Mention A	1 à 0	
	Mention B	1	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Rythmologie interventionnelle :	Mention A	0
		Mention B	0
		Mention C	1
		Mention D	0
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie :	Mention A	0
		Mention B	0
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		1	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	Mention A	1	
	Mention B	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévues	
Radiologie interventionnelle	Mention A	0 à 1	
	Mention B	1	
	Mention C	1	
	Mention D	0 à 1	
Soins critiques	Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant	1
		Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
		Soins intensifs de cardiologie	1
		Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
		Soins intensifs d'hématologie	0 à 1
	Pédiatriques	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1
Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		0	
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mention socle	1	
	Mention réadaptation	1	
	Mention ante et post-partum	1	
	Mention enfants de moins de 3 ans	1	

Activité	Modalité/Mention/Localisation		Nombre d'implantations Prévues	
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique	Mention A : chirurgie oncologique chez l'adulte	A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive	1
			A2 : Chirurgie oncologique thoracique	1
			A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	0
			A4 : Chirurgie oncologique urologique	0
			A5 : Chirurgie oncologique gynécologique	0
			A6 : Chirurgie oncologique mammaire	1
			A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée	2
		Mention B : mission de recours, chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récidive des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée	B1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales	1
			B2 : Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissants le rachis, le cœur ou la paroi thoracique	0
			B3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse	1
			B4 : Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique	1
			B5 : Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale	1
			Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans	0
			Radiothérapie externe, curiethérapie	Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte
	Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte	0		
	Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte, chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	0		
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B	1	
		Mention B : en sus de la mention A, chimiothérapies intensives	0 à 1	
		Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	1	1	0
		HJ	1	1	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A		1	1	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B		1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3		0	0	0
	Pour information : Centre Périnatal de Proximité		0	0	0
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	2	2	0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15		0	0	0
	Structure des urgences		1	1	0
	Structure des urgences pédiatriques		0	0	0
	SMUR		1	1	0
	SMUR pédiatrique		0	0	0
	Antenne SMUR		0	0	0
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes		1	1	0
	Hémodialyse en centre pour enfants		0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée		3	3	0
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)		1	1	0
	Hémodialyse à domicile		1	1	0
	Dialyse péritonéale à domicile		1	1	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP		0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes		0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation		0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons		0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP		0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle		0	0	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation		0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don		0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP		0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du CSP		0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		0	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes.		0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds - Implantations	Equipements d'imagerie en coupes : IRM et Scanographe à utilisation médicale	4	5	1
	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0
Equipements matériels lourds - Appareils	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévues	
Médecine	Adultes	15	
	Enfants et adolescents	6	
Chirurgie	Chirurgie pratiquée chez des patients adultes	6	
	Chirurgie pédiatrique	5	
	Chirurgie bariatrique	3	
Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	Mention "polyvalent"	11 à 13	
	Mention "gériatrie"	6	
	Mention "locomoteur"	4	
	Mention "système nerveux"	4	
	Mention "cardio-vasculaire"	2	
	Mention "pneumologie"	1 à 2	
	Mention "système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition"	2	
	Mention "brûlés"	0	
	Mention "conduites addictives"	1	
	Modalité "pédiatrie"	Mention "enfants et adolescents"	1
		Mention "jeunes enfants, enfants et adolescents"	1
	Modalité "cancers"	Mention "oncologie"	2
Mention "oncologie et hématologie"		1	
Médecine nucléaire	Mention A	1	
	Mention B	1	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Rythmologie interventionnelle :	Mention A	0
		Mention B	1
		Mention C	0
		Mention D	1
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie :	Mention A	0
		Mention B	1
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		2	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	Mention A	0	
	Mention B	1	

Activité	Modalité/Forme		Nombre d'implantations Prévu
Radiologie interventionnelle	Mention A		3 à 5
	Mention B		4
	Mention C		2
	Mention D		1
Soins critiques	Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant	1
		Soins intensifs polyvalents dérogatoires	4
		Soins intensifs de cardiologie	2
		Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
		Soins intensifs d'hématologie	1
	Pédiatriques	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1
		Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	1
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mention socle		2
	Mention réadaptation		2
	Mention ante et post-partum		2
	Mention enfants de moins de 3 ans		1

Activité	Modalité/Mention/Localisation		Nombre d'implantations Prévues
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique	A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive	1 à 2
		A2 : Chirurgie oncologique thoracique	0
		A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1 à 2
		A4 : Chirurgie oncologique urologique	2
		A5 : Chirurgie oncologique gynécologique	1
		A6 : Chirurgie oncologique mammaire	4
		A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée	6
		B1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales	2 à 3
		B2 : Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissants le rachis, le cœur ou la paroi thoracique	1
		B3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse	1
		B4 : Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique	3
		B5 : Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale	1
		Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans	1
	Radiothérapie externe, curiethérapie	Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1
		Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte	1
		Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte, chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	0
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B	1
		Mention B : en sus de la mention A, chimiothérapies intensives	1
		Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs	1

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	4	4	0
		HJ	4	4	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A		3	4	1
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B		1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3		1	1	0
	Pour information : Centre Périnatal de Proximité		0	0	0
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	5	5 à 7	-2 à 0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15		1	1	0
	Structure des urgences		3	3	0
	Structure des urgences pédiatriques		1	1	0
	SMUR		3	3	0
	SMUR pédiatrique		0	0	0
	Antenne SMUR		0	0	0
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes		2	2	0
	Hémodialyse en centre pour enfants		1	1	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée		4	4	0
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)		3	3	0
	Hémodialyse à domicile		2	1	-1
	Dialyse péritonéale à domicile		2	1	-1
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP		2	2	0
	Prélèvement de spermatozoïdes		1	2	1
	Transfert des embryons en vue de leur implantation		2	2	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		1	1	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons		1	1	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP		0	1	1
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle		2	2	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation		2	2	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		1	1	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don		1	1	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP		1	1	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du CSP		2	2	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		1	1	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes.		0	1	1

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1	0
	Analyses de génétique moléculaire	1	1	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	1	1	0
	Analyses de génétique moléculaire	2 dont 1 limitée HLA-Maladies	2 dont 1 limitée HLA-Maladies	0
Equipements matériels lourds - Implantations	Equipements d'imagerie en coupes : IRM et Scanographe à utilisation médicale	10	11	1
	Caisson Hyperbare	1	1	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0
Equipements matériels lourds - Appareils	Caisson Hyperbare	1	1	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0

Zone Jura

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévue	
Médecine	Adultes	7	
	Enfants et adolescents	2	
Chirurgie	Chirurgie pratiquée chez des patients adultes	3	
	Chirurgie pédiatrique	2	
	Chirurgie bariatrique	1	
Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	Mention "polyvalent"	9 à 11	
	Mention "gériatrie"	4	
	Mention "locomoteur"	2	
	Mention "système nerveux"	1 à 2	
	Mention "cardio-vasculaire"	1	
	Mention "pneumologie"	1	
	Mention "système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition"	1	
	Mention "brûlés"	0	
	Mention "conduites addictives"	2	
	Modalité "pédiatrie"	Mention "enfants et adolescents"	1
		Mention "jeunes enfants, enfants et adolescents"	0
	Modalité "cancers"	Mention "oncologie"	1
Mention "oncologie et hématologie"		0	
Médecine nucléaire	Mention A	1	
	Mention B	0	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Rythmologie interventionnelle :	Mention A	1
		Mention B	0
		Mention C	0
		Mention D	0
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie :	Mention A	0
		Mention B	0
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		0	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	Mention A	0	
	Mention B	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévue	
Radiologie interventionnelle	Mention A	1 à 3	
	Mention B	1	
	Mention C	0	
	Mention D	0	
Soins critiques	Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant	1
		Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
		Soins intensifs de cardiologie	1
		Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
		Soins intensifs d'hématologie	0
	Pédiatriques	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1
Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		0	
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mention socle	1	
	Mention réadaptation	1	
	Mention ante et post-partum	1	
	Mention enfants de moins de 3 ans	1	

Activité	Modalité/Mention/Localisation		Nombre d'implantations Prévues
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique	A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive	1
		A2 : Chirurgie oncologique thoracique	0
		A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	0
		A4 : Chirurgie oncologique urologique	0
		A5 : Chirurgie oncologique gynécologique	1
		A6 : Chirurgie oncologique mammaire	1
		A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée	1
		B1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales	0
		B2 : Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissants le rachis, le cœur ou la paroi thoracique	0
		B3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse	0
		B4 : Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique	0
		B5 : Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale	0
		Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans	0
	Radiothérapie externe, curiethérapie	Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	0
		Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte	0
		Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte, chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	0
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B	1
		Mention B : en sus de la mention A, chimiothérapies intensives	0
		Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	2	2	0
		HJ	0	2	2
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A		2	2	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B		1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3		0	0	0
Pour information : Centre Périnatal de Proximité		1	1	0	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	2	2	0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	0	0	0	
	Structure des urgences	2	2	0	
	Structure des urgences pédiatriques	0	0	0	
	SMUR	3	3	0	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	
	Antenne SMUR	1	1	0	
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	0	
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0	
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2	0	
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	1	2	1	
	Hémodialyse à domicile	1	1	0	
	Dialyse péritonéale à domicile	1	1	0	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	0	
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	0	
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	0	
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0	
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0	
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP	0	0	0	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0	0	
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation	0	0	0	
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	0	
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0	
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	0	0	0	
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du CSP	0	0	0	
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0	0	
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes.	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds - Implantations	Equipements d'imagerie en coupes : IRM et Scanographe à utilisation médicale	7	8	1
	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0
Equipements matériels lourds - Appareils	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévues	
Médecine	Adultes	10	
	Enfants et adolescents	3	
Chirurgie	Chirurgie pratiquée chez des patients adultes	3	
	Chirurgie pédiatrique	4	
	Chirurgie bariatrique	3	
Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	Mention "polyvalent"	9 à 11	
	Mention "gériatrie"	8	
	Mention "locomoteur"	2	
	Mention "système nerveux"	2 à 3	
	Mention "cardio-vasculaire"	1 à 2	
	Mention "pneumologie"	2	
	Mention "système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition"	1	
	Mention "brûlés"	0	
	Mention "conduites addictives"	0	
	Modalité "pédiatrie"	Mention "enfants et adolescents"	0 à 1
		Mention "jeunes enfants, enfants et adolescents"	0
	Modalité "cancers"	Mention "oncologie"	1
		Mention "oncologie et hématologie"	0
Médecine nucléaire	Mention A	1	
	Mention B	0	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Rythmologie interventionnelle :	Mention A	1
		Mention B	0
		Mention C	0
		Mention D	0
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie :	Mention A	0
		Mention B	0
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		1	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	Mention A	0	
	Mention B	0	

Activité	Modalité/Forme		Nombre d'implantations Prévues
Radiologie interventionnelle	Mention A		1 à 3
	Mention B		2
	Mention C		1 à 2
	Mention D		0 à 1
Soins critiques	Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant	1
		Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1
		Soins intensifs de cardiologie	1
		Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
		Soins intensifs d'hématologie	0 à 1
	Pédiatriques	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1
Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		0	
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mention socle		1
	Mention réadaptation		1
	Mention ante et post-partum		1
	Mention enfants de moins de 3 ans		1

Activité	Modalité/Mention/Localisation		Nombre d'implantations Prévues
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique	A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive	0 à 1
		A2 : Chirurgie oncologique thoracique	0
		A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1
		A4 : Chirurgie oncologique urologique	1 à 2
		A5 : Chirurgie oncologique gynécologique	2
		A6 : Chirurgie oncologique mammaire	2
		A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée	3
		B1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales	2 à 3
		B2 : Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissants le rachis, le cœur ou la paroi thoracique	0
		B3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse	1
		B4 : Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique	0 à 1
		B5 : Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale	0
		Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans	0
	Radiothérapie externe, curiethérapie	Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1
		Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte	1
		Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte, chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	0
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B	2 à 3
		Mention B : en sus de la mention A, chimiothérapies intensives	0 à 1
		Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	2	2	0
		HJ	2	2	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A		1	1	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B		1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3		0	0	0
Pour information : Centre Périnatal de Proximité		0	0	0	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	2	2	0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15		0	0	0
	Structure des urgences		2	2	0
	Structure des urgences pédiatriques		0	0	0
	SMUR		2	2	0
	SMUR pédiatrique		0	0	0
	Antenne SMUR		0	0	0
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes		1	1	0
	Hémodialyse en centre pour enfants		0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée		1	2	1
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)		1	2	1
	Hémodialyse à domicile		1	1	0
	Dialyse péritonéale à domicile		1	2	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP		0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes		0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation		0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons		0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP		0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle		0	0	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation		0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don		0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP		0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du CSP		0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		0	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes.		0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds - Implantations	Equipements d'imagerie en coupes : IRM et Scanographe à utilisation médicale	6	7	1
	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0
Equipements matériels lourds - Appareils	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0

Zone Saône-et-Loire-Bresse-Morvan

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévues	
Médecine	Adultes	10	
	Enfants et adolescents	5	
Chirurgie	Chirurgie pratiquée chez des patients adultes	5	
	Chirurgie pédiatrique	3	
	Chirurgie bariatrique	3	
Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	Mention "polyvalent"	13 à 16	
	Mention "gériatrie"	8	
	Mention "locomoteur"	2	
	Mention "système nerveux"	2	
	Mention "cardio-vasculaire"	2	
	Mention "pneumologie"	2	
	Mention "système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition"	1	
	Mention "brûlés"	0	
	Mention "conduites addictives"	1	
	Modalité "pédiatrie"	Mention "enfants et adolescents"	1
		Mention "jeunes enfants, enfants et adolescents"	0
	Modalité "cancers"	Mention "oncologie"	1
Mention "oncologie et hématologie"		0	
Médecine nucléaire	Mention A	3 à 2	
	Mention B	0	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Rythmologie interventionnelle :	Mention A	0
		Mention B	0
		Mention C	1
		Mention D	0
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie :	Mention A	0
		Mention B	0
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		1	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	Mention A	1	
	Mention B	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévue	
Radiologie interventionnelle	Mention A	4 à 6	
	Mention B	0	
	Mention C	0	
	Mention D	1	
Soins critiques	Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant	1
		Soins intensifs polyvalents dérogatoires	2
		Soins intensifs de cardiologie	1
		Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
		Soins intensifs d'hématologie	0 à 1
	Pédiatriques	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1
Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		0	
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mention socle	1	
	Mention réadaptation	1	
	Mention ante et post-partum	1	
	Mention enfants de moins de 3 ans	1	

Activité	Modalité/Mention/Localisation		Nombre d'implantations Prévues
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique	A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive	2
		A2 : Chirurgie oncologique thoracique	1
		A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1
		A4 : Chirurgie oncologique urologique	2
		A5 : Chirurgie oncologique gynécologique	2
		A6 : Chirurgie oncologique mammaire	3
		A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée	3
		B1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales	1
		B2 : Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissants le rachis, le cœur ou la paroi thoracique	0
		B3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse	0
		B4 : Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique	1
		B5 : Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale	0
		Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans	0
	Radiothérapie externe, curiethérapie	Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1
		Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte	0
		Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte, chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	0
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B	2 à 3
		Mention B : en sus de la mention A, chimiothérapies intensives	0 à 1
		Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	3	2 à 3	-1 à 0
		HJ	1	2 à 3	1 à 2
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A		1	1	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B		1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3		0	0	0
	Pour information : Centre Périnatal de Proximité		1	1 à 2	0 à 1
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	2	2 à 3	0 à 1	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15		1	1	0
	Structure des urgences		4	4	0
	Structure des urgences pédiatriques		0	0	0
	SMUR		4	4	0
	SMUR pédiatrique		0	0	0
	Antenne SMUR		0	0	0
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes		1	1	0
	Hémodialyse en centre pour enfants		0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée		3	3	0
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)		2	2	0
	Hémodialyse à domicile		1	1	0
	Dialyse péritonéale à domicile		1	1	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP		0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes		0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation		0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons		0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP		0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle		0	0	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation		0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don		0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP		0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du CSP		0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		0	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes.		0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds - Implantations	Equipements d'imagerie en coupes : IRM et Scanographe à utilisation médicale	10	10	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0
Equipements matériels lourds - Appareils	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévues	
Médecine	Adultes	11	
	Enfants et adolescents	2	
Chirurgie	Chirurgie pratiquée chez des patients adultes	3	
	Chirurgie pédiatrique	3	
	Chirurgie bariatrique	1	
Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	Mention "polyvalent"	12 à 13	
	Mention "gériatrie"	8	
	Mention "locomoteur"	1 à 2	
	Mention "système nerveux"	2 à 3	
	Mention "cardio-vasculaire"	2	
	Mention "pneumologie"	2	
	Mention "système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition"	1	
	Mention "brûlés"	0	
	Mention "conduites addictives"	1	
	Modalité "pédiatrie"	Mention "enfants et adolescents"	0
		Mention "jeunes enfants, enfants et adolescents"	0
	Modalité "cancers"	Mention "oncologie"	1
Mention "oncologie et hématologie"		0	
Médecine nucléaire	Mention A	0	
	Mention B	1	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Rythmologie interventionnelle :	Mention A	0
		Mention B	1
		Mention C	0
		Mention D	0
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie :	Mention A	0
		Mention B	0
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		1	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	Mention A	1	
	Mention B	0	

Activité	Modalité/Forme		Nombre d'implantations Prévues
Radiologie interventionnelle	Mention A		4 à 5
	Mention B		0
	Mention C		0
	Mention D		1
Soins critiques	Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant	1
		Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
		Soins intensifs de cardiologie	1
		Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
		Soins intensifs d'hématologie	0 à 1
	Pédiatriques	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1
Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		0	
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mention socle		1
	Mention réadaptation		1
	Mention ante et post-partum		1
	Mention enfants de moins de 3 ans		1

Activité	Modalité/Mention/Localisation		Nombre d'implantations Prévues	
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique	Mention A : chirurgie oncologique chez l'adulte	A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive	0 à 1
			A2 : Chirurgie oncologique thoracique	1
			A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1
			A4 : Chirurgie oncologique urologique	1
			A5 : Chirurgie oncologique gynécologique	0
			A6 : Chirurgie oncologique mammaire	1
			A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée	2
		Mention B : mission de recours, chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée	B1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales	1 à 2
			B2 : Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissants le rachis, le cœur ou la paroi thoracique	0
			B3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse	0
			B4 : Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique	0
			B5 : Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale	0
			Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans	0
	Radiothérapie externe, curiethérapie	Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	
		Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte	0	
		Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte, chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	0	
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B	1 à 2	
		Mention B : en sus de la mention A, chimiothérapies intensives	0 à 1	
		Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	1	1	0
		HJ	1	1	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A		1	1	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B		1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3		0	0	0
Pour information : Centre Périnatal de Proximité		2	2	0	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	6	5 à 6	-1 à 0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15		0	0	0
	Structure des urgences		3	3	0
	Structure des urgences pédiatriques		0	0	0
	SMUR		3	3	0
	SMUR pédiatrique		0	0	0
	Antenne SMUR		1	1	0
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes		1	1	0
	Hémodialyse en centre pour enfants		0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée		2	3	1
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)		2	2	0
	Hémodialyse à domicile		1	0	-1
	Dialyse péritonéale à domicile		1	1	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP		0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes		0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation		0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons		0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP		0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle		1	1	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation		0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don		0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP		0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du CSP		0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		0	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes.		0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds - Implantations	Equipements d'imagerie en coupes : IRM et Scanographe à utilisation médicale	7	7	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0
Equipements matériels lourds - Appareils	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0

Zone Yonne

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévue	
Médecine	Adultes	11	
	Enfants et adolescents	3	
Chirurgie	Chirurgie pratiquée chez des patients adultes	4	
	Chirurgie pédiatrique	4	
	Chirurgie bariatrique	2 à 3	
Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	Mention "polyvalent"	11 à 13	
	Mention "gériatrie"	9	
	Mention "locomoteur"	3	
	Mention "système nerveux"	3	
	Mention "cardio-vasculaire"	2	
	Mention "pneumologie"	2 à 3	
	Mention "système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition"	3	
	Mention "brûlés"	0	
	Mention "conduites addictives"	1	
	Modalité "pédiatrie"	Mention "enfants et adolescents"	0
		Mention "jeunes enfants, enfants et adolescents"	0
	Modalité "cancers"	Mention "oncologie"	2
Mention "oncologie et hématologie"		0	
Médecine nucléaire	Mention A	2	
	Mention B	0	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Rythmologie interventionnelle :	Mention A	1
		Mention B	0
		Mention C	1
		Mention D	0
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie :	Mention A	0
		Mention B	0
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		1	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie	Mention A	1	
	Mention B	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations Prévue	
Radiologie interventionnelle	Mention A	1 à 3	
	Mention B	1	
	Mention C	0	
	Mention D	2	
Soins critiques	Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant	2
		Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1
		Soins intensifs de cardiologie	2
		Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
		Soins intensifs d'hématologie	0 à 1
	Pédiatriques	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1
Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		0	
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mention socle	2	
	Mention réadaptation	2	
	Mention ante et post-partum	2	
	Mention enfants de moins de 3 ans	2	

Activité	Modalité/Mention/Localisation		Nombre d'implantations Prévues
Traitement du cancer	Chirurgie oncologique	A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive	1 à 2
		A2 : Chirurgie oncologique thoracique	0
		A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1
		A4 : Chirurgie oncologique urologique	1 à 2
		A5 : Chirurgie oncologique gynécologique	0 à 1
		A6 : Chirurgie oncologique mammaire	2
		A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée	4
		B1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales	2 à 3
		B2 : Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissants le rachis, le cœur ou la paroi thoracique	0
		B3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse	0
		B4 : Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique	1 à 2
		B5 : Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale	0
		Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans	0
	Radiothérapie externe, curiethérapie	Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1
		Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte	0
		Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte, chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	0
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B	3 à 4
		Mention B : en sus de la mention A, chimiothérapies intensives	0 à 1
		Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	2	2	0
		HJ	2	2	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A		2	2	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B		1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3		0	0	0
	Pour information : Centre Périnatal de Proximité		4	4	0
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	2	2	0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15		1	1	0
	Structure des urgences		6	6	0
	Structure des urgences pédiatriques		2	2	0
	SMUR		6	6	0
	SMUR pédiatrique		0	0	0
	Antenne SMUR		0	0	0
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes		2	2	0
	Hémodialyse en centre pour enfants		0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée		2	4	0
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)		2	2	0
	Hémodialyse à domicile		2	1	-1
	Dialyse péritonéale à domicile		2	1	-1
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP		0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes		0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation		0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons		0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP		0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle		2	2	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation		0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don		0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP		0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du CSP		0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		0	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du CSP comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes.		0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds - Implantations	Equipements d'imagerie en coupes : IRM et Scanographe à utilisation médicale	10	10	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0
Equipements matériels lourds - Appareils	Caisson Hyperbare	0	0	0
	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0



Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

**LIVRET 8 – TERRITORIALISATION ET
PARTICIPATION CITOYENNE**

TERRITORIALISATION ET PARTICIPATION CITOYENNE

SOMMAIRE

8.1. TERRITORIALISATION	4
8.2. PRIORITES PAR TERRITOIRE DE DEMOCRATIE EN SANTE	12
8.2.1. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DE COTE D'OR	14
8.2.2. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DU DOUBS	19
8.2.3. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DU JURA	23
8.2.4. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DE LA NIEVRE	29
8.2.5. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DE HAUTE-SAONE	35
8.2.6. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DE SAONE-ET-LOIRE	40
8.2.7. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DE L'YONNE	44
8.2.8. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DU POLE METROPOLITAIN NORD FRANCHE-COMTE	48
8.3. DEVELOPPER LA PARTICIPATION CITOYENNE POUR RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE	53

8.1. TERRITORIALISATION

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

L'un des enjeux forts de la stratégie nationale de santé est de décliner les objectifs en matière de structuration de l'offre de prévention, de premier recours, de soins hospitaliers et médicosociaux, dans l'ensemble des territoires. Tout particulièrement, la recherche d'équité et d'égalité dans l'accès aux soins courants, avec une logique de gradation de l'offre pour les soins les plus spécialisés, est une priorité forte des politiques publiques.

Dans un contexte exigeant notamment en matière de démographie médicale, la bonne mise en œuvre de cette territorialisation des soins repose sur, entre autres facteurs de réussite, la capacité collective à :

- comprendre et identifier les spécificités et contraintes locales,
- mobiliser les compétences humaines ;
- fédérer les acteurs locaux pour une mobilisation la plus efficiente possible des ressources nécessaires.

L'Agence régionale de santé (ARS) et, plus largement, les acteurs du système de santé disposent de plusieurs outils et dispositifs pour faciliter la territorialisation des politiques de santé, dans les différents champs qui composent la réponse globale à la demande de soins.

Parmi ces outils, et à titre d'exemple, l'ARS BFC a en matière de prévention mis en place le Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé (RRAPPS). L'objectif de réseau est de disposer d'une méthodologie d'intervention en santé publique éprouvée scientifiquement, et de planifier les actions en fonction des besoins des territoires.

En matière de soins de premier recours, les professionnels de santé libéraux développent et animent des structures de soins coordonnés et des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans l'objectif de développer des organisations locales « à façon », adaptées aux contextes locaux.

Les établissements de santé publics sont, quant à eux, organisés depuis 2016 en Groupement hospitalier de territoire (GHT). Chaque GHT est amené à définir un Projet médical partagé (PMP) destiné à renforcer les dynamiques de coopérations aux fins de mieux servir les besoins des patients. Par exemple, les PMP sont l'un des supports au développement de consultations avancées de praticiens hospitaliers dans les hôpitaux de proximité, de façon à permettre à des citoyens de zone rurale d'avoir accès à des soins de spécialistes en proximité. Les hôpitaux de proximité concourent eux-mêmes à la territorialisation des politiques de santé en proposant, outre des soins de médecine et de suite, des solutions pour les consultations non programmées, des plateformes de télémedecine, des offres de formation et des actions de soutien aux professionnels du premier recours...

Les professionnels du médicosocial sont également fortement engagés dans des réponses adaptées tant aux territoires qu'aux besoins individuels. Les établissements et services médicosociaux connaissent ainsi actuellement une évolution de leurs pratiques, via le développement de prises en charge d'équipes pluridisciplinaires à domicile ou en établissement dont la composition a été déterminée en fonction de besoins individuels.

L'ARS est également très impliquée dans des projets mobilisant des compétences pluriprofessionnelles dans le cadre de la déclinaison territoriale de parcours de santé. Cette dynamique de parcours a pu ainsi appuyer les professionnels du social et du sanitaire dans le développement de modalités d'aller vers et de prises en charge de nos concitoyens les plus précaires. L'approche « parcours », qui vise à mieux organiser l'accompagnement des patients en articulant prévention, soins de ville, champs sanitaire et médico-social, s'intègre dans cette déclinaison territoriale des politiques de santé.

Dans le champ de la santé mentale, les projets et contrats territoriaux de santé mentale (PTSM/CTSM) visent à améliorer les parcours de soins, de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques en favorisant une meilleure coordination, sur un territoire donné, des acteurs intervenant dans les champs du sanitaire, du social, du médico-social, du logement, de l'emploi, de la scolarité. Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), concourent également à la concertation entre les services de psychiatrie, les élus locaux d'un territoire concerné, les usagers et les aidants.

Ces différentes mécaniques de territorialisation, dont les objectifs et modalités de mise en œuvre sont de fait détaillés dans le PRS, gagnent en efficacité dès lors qu'elles sont mises en place, autant que de possible, de façon coordonnée.

L'ARS a, pour guider et accompagner ces dispositifs de territorialisation, besoin de disposer d'une connaissance très fine des territoires et de mettre en place des partenariats avec les élus et professionnels de santé des territoires de proximité.

Ce travail de proximité est confié aux directions territoriales en lien avec les directions métiers de l'Agence. Les équipes des directions territoriales sont ainsi en charge de l'animation territoriale (dynamique de travail collaborative sur les territoires) qui a petit à petit évolué vers le développement territorial en santé, afin de répondre aux enjeux de transformation de notre système de santé. Dans ce contexte, un outil incarne la dimension intersectorielle de la politique régionale de santé et est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé : le Contrat local de santé (CLS).

De l'animation territoriale ...

Pendant plusieurs années, les politiques sectorielles et centralisées ont laissé de plus en plus la place à des politiques intersectorielles qui se sont territorialisées. Les dispositifs se sont progressivement enrichis de nouveaux champs d'action dont la santé, autour du concept d'animation territoriale.

L'animation territoriale avait pour objectif de créer des synergies entre l'ensemble des acteurs de la santé (institutionnels, élus, professionnels de santé, usagers, ...). Elle permettait de décliner les politiques de santé, nationale et régionale, en les adaptant aux spécificités et aux besoins de chaque territoire de proximité.

L'approche « parcours », qui vise à mieux organiser l'accompagnement des patients en articulant prévention, soins de ville, champs sanitaire et médico-social, s'intègre dans cette déclinaison territoriale des politiques de santé.

La contractualisation est l'instrument de la démarche d'animation territoriale. L'article L.1434-7 du Code de la Santé Publique offre la possibilité aux ARS de conclure des Contrats Locaux de Santé (CLS) avec notamment les collectivités territoriales. Le CLS renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local, dans le respect des objectifs du Projet Régional de Santé, en favorisant une meilleure coordination des politiques publiques, des financements et des acteurs.

Les premiers CLS ont été signés en 2010 en Franche-Comté et en 2012 en Bourgogne. Actuellement, 29 CLS sont signés en Bourgogne-Franche-Comté (Cf. carte page suivante).

... vers le développement territorial en santé

L'animation territoriale doit évoluer pour répondre aux enjeux de la transformation de notre système de santé.

Si l'objectif premier était de mettre les différents acteurs de la santé en relation pour apprendre à se connaître, puis à travailler ensemble à travers l'élaboration de CLS, aujourd'hui, il est attendu des ARS, et notamment du niveau départemental qu'elles participent activement à la transformation du système de santé.

Les directions territoriales doivent être davantage en capacité d'accompagner ce changement tel que défini dans le Projet Régional de Santé et la Stratégie Nationale de Santé sur chaque territoire :

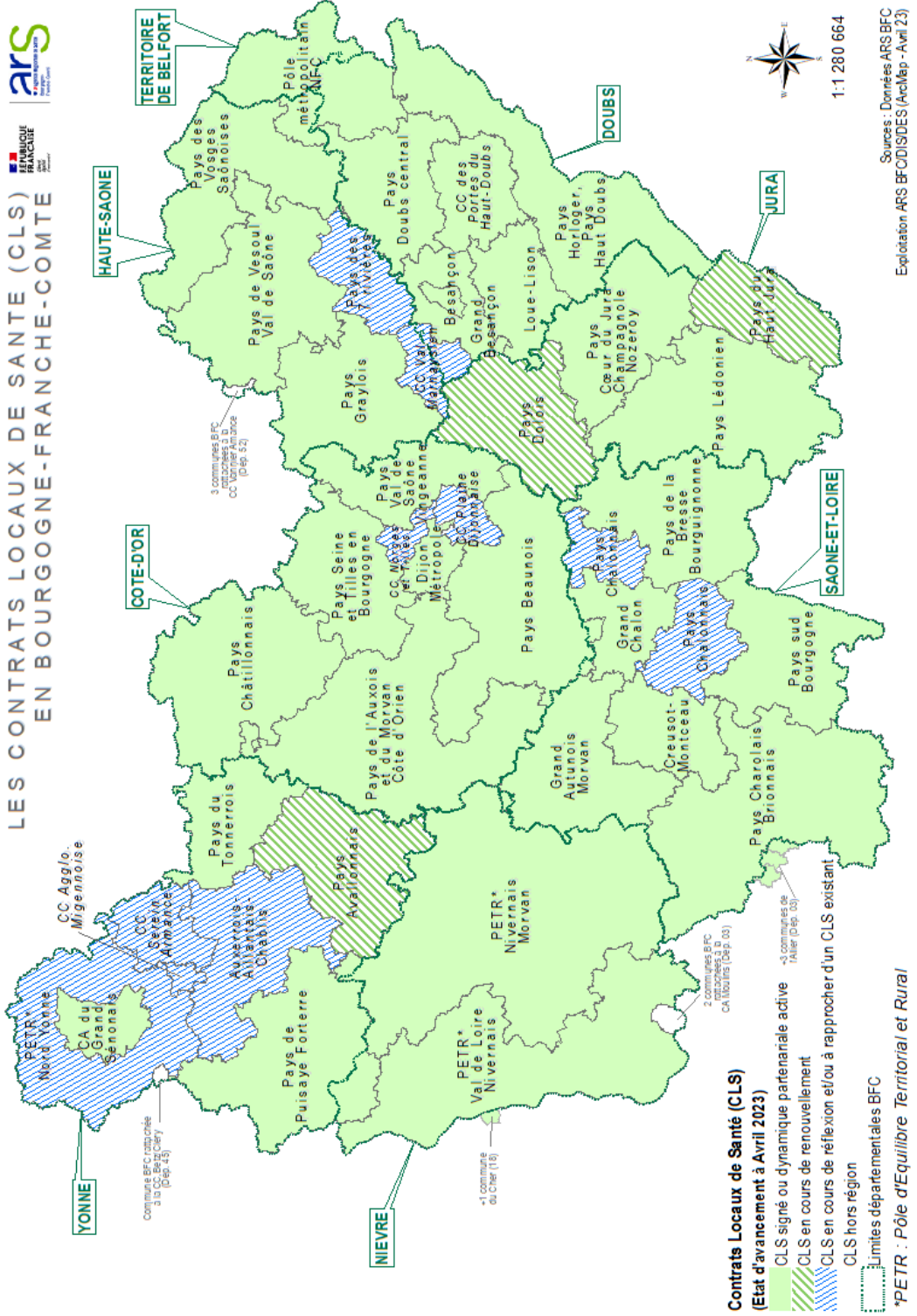
- Porter une vision intégrée, transversale et systémique des enjeux du territoire,
- Impulser et co-construire avec les acteurs au niveau infra-départemental des réponses facilitant les parcours de vie et de santé des populations,
- Répondre aux 3 axes suivants :
 - Premièrement, la qualité des prises en charge pour placer l'utilisateur au centre du dispositif.
 - Deuxièmement, une offre qui doit être mieux structurée pour renforcer l'accès aux soins par un maillage territorial de proximité.
 - Enfin, les métiers, les modes d'exercice et les pratiques professionnelles doivent être « repensés » pour « être en phase avec les besoins d'aujourd'hui et de demain qui ne sont pas ceux d'hier ».
- Accompagner la mutation du système de prise en charge des urgences et veiller au décloisonnement ville/hôpital.

Pour ce faire, l'animation territoriale doit se transformer en développement territorial, terme plus en rapport avec les nouvelles missions de transformation du système de santé et être en mode « ingénierie », c'est-à-dire susciter, impulser, accompagner, co-construire, conduire et évaluer les projets.

Les contrats locaux de santé s'intègrent pleinement dans la vision à 360° des politiques de santé déployées dans le cadre du développement territorial en santé, avec une vision intégrée, transversale et systémique des enjeux du territoire.

Le CLS a, en effet, pour objectif de répondre aux enjeux de santé du territoire et de corriger les inégalités sociales et territoriales de santé en mobilisant les acteurs et les moyens de façon coordonnée. L'élaboration d'un CLS s'appuie sur la construction d'un diagnostic partagé permettant l'identification des enjeux de santé d'un territoire, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les parcours, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Si ces enjeux et leur importance respective varient d'un territoire à l'autre, en Bourgogne-Franche-Comté, ils s'articulent autour de problématiques communes : le maillage inégal de l'offre de soins (offre hospitalière et de premier recours ambulatoire) ; le poids important des maladies cardiovasculaires, neurovasculaires et des cancers ; la nécessité d'accompagner les populations vieillissantes et/ou handicapées dans leurs choix de vie ; les risques auxquels adolescents et jeunes adultes sont exposés en matière de nutrition, de sexualité, d'addictions, d'exposition au bruit ; les problématiques liées à la santé mentale, etc. Dans tous ces sujets, le renforcement des soins de proximité transparaît comme un enjeu majeur dans un contexte marqué par le risque de désertification médicale.



Un nouveau contexte institutionnel

La loi n° 2022-217, 21 févr. 2022, relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dite loi 3DS, a pour objectif de promouvoir la différenciation territoriale qui « consiste à attribuer par la loi des compétences spécifiques à une collectivité territoriale ou la capacité des collectivités territoriales à exercer de manière différente une même compétence ». Le texte législatif vise également à « parfaire la décentralisation » et vient conforter les compétences des collectivités territoriales dans les secteurs de la santé ou encore de la transition écologique. Il cherche par ailleurs à renforcer la déconcentration afin de mieux adapter les prises de décision aux réalités locales. Enfin, il simplifie le fonctionnement des institutions locales.

Ainsi, la Loi 3DS prévoit notamment que la contractualisation entre les collectivités et groupements et l'ARS via les contrats locaux de santé (CLS) doit être intégrée à ces grandes orientations, et le PRS doit tenir compte des CLS, signés en priorité dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a, depuis plusieurs années, souhaité décliner les politiques de santé à une échelle pertinente pour mobiliser les acteurs, dont notamment les collectivités territoriales. A ce titre, le périmètre retenu pour découper la Bourgogne-Franche-Comté en territoires de proximité est celui des syndicats mixtes de pays ou en Pôle d'Equilibre Territoriaux et Ruraux (PETR). Cette échelle pertinente permet une action de proximité sans multiplier le nombre d'interlocuteurs mais peut évoluer en fonction des territoires (périmètre des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale - EPCI)

→ **35 territoires de proximité en Bourgogne-Franche-Comté**. Ce nombre pourrait évoluer selon la volonté de certains territoires de se rapprocher.

Articulation des CLS et des CPTS

Les communautés Professionnelles Territoriales de santé (CPTS) émanent de l'initiative de professionnels de santé de ville. Les CPTS sont constituées de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié, des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées (organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile, prévention...).

Ces problématiques territoriales doivent être travaillées dans le cadre des missions assignées aux CPTS (*Cf. fiche Coopération professionnel territoriale en santé du livret Offre de santé*) dont une mission socle qui doit permettre d'améliorer l'accès aux soins de la population d'un territoire par l'accès à un médecin traitant et l'accès aux soins non programmés.

Ces CPTS s'inscrivent dans une approche populationnelle et non une approche de patientèle. Elles concourent à l'amélioration de la prise en charge des parcours des patients, à la transformation des soins primaires sur un territoire donné et ce, en lien avec les projets de santé des territoires existants dont les CLS.

Les CLS, quant à eux, comme nous l'avons déjà mentionné, sont des outils visant à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé et à mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité. Les collectivités territoriales, les préfetures, les services de l'Etat, le réseau assurance maladie sont signataires des CLS et les acteurs de santé ainsi que les associations sont associés au dispositif. La gouvernance des CLS est donc plus large que celle des CPTS, ce qui facilite une démarche concertée entre collectivités, élus locaux et acteurs de terrain sur le premier recours, la prévention, ainsi que des démarches volontaristes en matière de santé environnementale.

La réalisation d'un diagnostic stratégique de territoire, la définition des enjeux, des transformations visées, la formulation des objectifs, la priorisation des actions sont autant d'étapes dans lesquelles l'articulation entre CLS et CPTS doit être une réalité. Les CLS et les projets de santé des CPTS doivent être complémentaires et coordonnés :

- Prise en compte des projets de santé des CPTS dans le diagnostic et la rédaction des fiches action des CLS (et réciproquement, prise en compte des fiches actions du CLS dans l'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet de santé de la CPTS)
- Un paragraphe présentant la ou les CPTS du territoire est intégré dans la trame type des CLS
- Les CPTS sont signataires des CLS (intégration des CPTS par voie d'avenant pour les CLS en cours)
- Animation territoriale, par les directeurs territoriaux de l'ARS, d'un réseau composé des Animateurs santé (AS) et des coordinateurs(trices) des CPTS.

2) OBJECTIF GENERAL

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté ambitionne de poursuivre la réduction des ISTS en développant une approche de l'offre en santé sur les territoires de proximité dans un cadre de partenariat élargi à tous les acteurs du système de santé (élus, professionnels de santé...).

Il s'agit de développer :

- une approche territorialisée des politiques de santé (nationales et régionales) adaptées aux réalités locales potentiellement marquées par de fortes inégalités sociales et géographiques.
- une réelle dynamique de coopération des acteurs (administrations, collectivités territoriales, opérateurs, usagers...) en faveur d'un objectif commun de réduction des inégalités sociales et spatiales de santé
- l'implication des élus locaux et de leur administration, soucieux de la santé et de la qualité de vie des habitants, ce qui garantit la pertinence des objectifs au regard des besoins, et doit favoriser à la fois la transversalité entre les institutions et la participation des citoyens. Il est d'ailleurs prévu, dans la loi 3DS, que le conseil d'administration des ARS soit chargé de réaliser un état des lieux régulier en lien avec les élus locaux et que des propositions pour répondre à cette problématique soient formulées par ces acteurs
- l'implication des Conseils Territoriaux de Santé (CTS) dans ce travail de réduction des ISTS (*Cf. fiche Développer la participation citoyenne pour renforcer la démocratie en santé de ce livret*) notamment à travers le Conseil National de la Refondation (CNR) en santé.

Cette stratégie, renforcée par la loi 3DS, vise à améliorer l'efficacité et l'efficience de notre système de santé, en l'ancrant dans les territoires.

Objectif : amplifier la territorialisation coopérative des politiques de santé

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - *Décliner la politique de santé dans les territoires à partir du concept d'Universalisme proportionné : adaptation des politiques aux besoins locaux*
- ☞ 2 - *Articuler la politique nationale et régionale de santé, avec les démarches locales de santé existantes, autour des Contrats locaux de Santé*
- ☞ 3 - *Territorialiser les parcours de santé/de vie en les adaptant aux spécificités et aux besoins de chaque territoire de proximité*

Exemples d'actions :

- ⊙ Réalisation d'un diagnostic de territoire avec identification des besoins et des demandes de santé, ainsi que des réponses existantes : actions de prévention, dispositifs, offre de soins et médico-sociale....
- ⊙ Organisation de groupes de travail afin de mener des réflexions sur les actions à décliner en lien avec l'ensemble des acteurs clés du territoire (déclinaison territoriale des parcours de santé/de vie...)
- ⊙ Signature de Contrats Locaux de Santé avec une pluralité de partenaires (d'une durée de 5 ans) : contrats évolutifs par voie d'avenants
- ⊙ Animation et coordination autour du CLS par un binôme composé d'un animateur santé au sein de la collectivité territoriale et d'un chargé de mission Développement territorial en santé de l'ARS
- ⊙ Réunion annuelle en assemblée plénière de CLS avec les élus, les institutions, les professionnels et associations mobilisés, les représentants des usagers
- ⊙ Information des CTS sur les travaux en cours dans les territoires relevant de leur périmètre

RESULTATS ATTENDUS

- ⊙ 35 CLS signés en Bourgogne-Franche-Comté
- ⊙ 35 postes d'animateurs Santé (AS) co-financés par l'ARS et la collectivité territoriale concernée
- ⊙ 35 réunions annuelles d'assemblées plénières de CLS organisées par l'ARS

3) ARTICULATION

- Acteurs : Conseil Territorial de Santé (CTS), Préfecture, Conseil régional, Conseils départementaux, Assurance Maladie, élus de proximité (pays et communautés), professionnels « organisés » notamment médecins, infirmiers, pharmaciens, Education Nationale, usagers et associations d'usagers.
- Programmes : PRSE 4, programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), Feuille de route Attractivité des métiers
- Le Conseil National de la Refondation (CNR) en santé

4) TRANSVERSALITE

- Livrets :
 - Prévention
 - Parcours
 - Offre de santé
 - Activité de soins
- Ensemble des fiches de ce livret

8.2. PRIORITES PAR TERRITOIRE DE DEMOCRATIE EN SANTE

Dans le PRS 2018-juin 2023, chacun des 8 CTS avait identifié des priorités de santé à travailler sur son territoire au regard des priorités du PRS.

A l'occasion de la révision du PRS à l'automne 2023, il a été décidé d'associer les CTS aux suites à donner localement aux consultations régionales et départementales sur le Conseil National de la Refondation (CNR) en santé (phase 1 du CNR) pour déterminer les nouvelles priorités des CTS. Le CNR a été installé le 8 septembre 2022 par le Président de la République. Il vise à mettre en œuvre une nouvelle méthode pour construire, ensemble et au plus près des Français, les solutions concrètes sur les grandes transformations à venir, notamment dans le domaine de la santé. A ce titre, le Ministre de la Santé et de la Prévention a lancé le CNR en santé le 3 octobre dernier. F. Braun a présenté à cette occasion les 4 défis à relever pour améliorer l'accès à la santé des français :

- Donner accès à un médecin traitant ou à une équipe traitante à tous ;
- Avoir une réponse d'urgence partout accessible, et de qualité. Pour ce faire, garantir la permanence des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés ;
- Mobiliser les leviers territoriaux d'attractivité pour les métiers de la santé ;
- Créer une nouvelle alliance entre les acteurs locaux pour que la prévention entre réellement dans le quotidien des Français.

Les CTS ont participé activement aux 21 réunions de consultation qui se sont tenues dans la région en novembre et décembre 2022 et qui ont rassemblé 1200 participants (élus, patients, professionnels de santé, citoyens...), réunions pilotées par l'ARS et organisées en lien étroit avec les préfetures, les élus, le réseau de l'Assurance Maladie et les instances de démocratie sanitaire.

Il s'est donc agi de capitaliser sur ces séquences et de s'inscrire également dans la dynamique nationale de fédération des acteurs locaux de santé sur des initiatives destinées à renforcer la qualité du système de santé.

Ainsi, pour chaque CTS, 5 priorités issues de ces consultations ont été identifiées en retenant une priorité par défi et une cinquième priorité relevant d'un des 4 défis.

Un plan d'actions et de suivi que le CTS pourra engager sur la mise en œuvre de ces priorités a été défini, avec l'appui de la Direction territoriale, sur les 5 prochaines années, durée du mandat du CTS.

L'une (ou plusieurs) des priorités pourra donner lieu à la mise en place d'expérimentations/initiatives locales financées ponctuellement par l'Agence sur un fonds dédié exceptionnel.

Cette dynamique permet de mobiliser ainsi davantage les CTS dans une posture opérationnelle de conduite de projets au bénéfice du territoire, tenant compte de l'offre et des besoins.

Les 5 priorités et les moyens identifiés pour leur mise en œuvre constituent la feuille de route du CTS sur les 5 années à venir qui sera intégrée dans le PRS (ce livret, Priorités par territoires de démocratie en santé).

Il ressort de ce premier exercice que les priorités retenues par les 8 CTS relèvent très souvent de familles de projets sensiblement similaires révélant, d'une part que la nature des travaux engagés sera très semblable d'un territoire à l'autre, et d'autre part que les priorités retenues s'inscrivent également dans les orientations et les objectifs généraux ou régionaux développés dans tout le SRS.

Les grandes familles de projets sont :

- Annuaires prévention et offre de soins
- Communication sur le bon usage du système de santé
- Actions d'aller vers en prévention et en soins
- Coordination accrue des acteurs (soins, prévention)
- Soutien à la démographie médicale (cabinet éphémère)

Aussi, la mise en œuvre de ces priorités pourra faire l'objet d'échanges lors des conférences semestrielles des présidents et vice-présidents CTS – CRSA afin de mutualiser les plans d'actions, de favoriser les échanges de pratiques et d'envisager des retours d'expériences. Des synergies communes devront être recherchées afin de donner sens aux objectifs du PRS. De plus, les CTS bénéficieront d'un soutien en ingénierie de projet, méthodologique et documentaire, pour la mise œuvre de ces priorités.

La mobilisation des CTS sur le PRS va se poursuivre via les CNR santé puisque le CNR est pérennisé en 2023 dans les territoires (phase 2 du CNR). Il s'agira notamment d'accélérer le déploiement des projets identifiés comme prioritaires par le « collectif du territoire » et de continuer à faire remonter à l'échelle nationale les verrous restant à lever pour accélérer et faciliter les améliorations attendues par nos concitoyens.

8.2.1. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DE COTE D'OR

PORTRAIT DE TERRITOIRE

Données sociodémographiques

Population en 2019 : **534 124***19,0 % de la population BFC et 0,8 % France métro*Densité de la population (nb d'habitants au km²) en 2019 : **61,0***BFC : 58,7 - France métro : 119,7*Nombre de naissances en 2020 : **5165**Nombre de décès en 2020 : **5594**Evolution de la population entre 2001 et 2021 : **+4,8 %***BFC : +1,8 % - France métro : +10,4 %*

Part des personnes :

De moins de 20 ans en 2018 : **23,1 %***BFC : 22,9 % - France métro : 24,0 %*De 75 ans et plus en 2018 : **9,9 %***BFC : 10,9 % - France métro : 9,4 %*De 75 ans et plus vivant seules en 2018 : **38,1 %***BFC : 38,7 % - France métro : 38,4 %*Part des familles monoparentales en 2018 : **8,2 %***BFC : 8,5 % - France métro : 9,8 %*Taux de pauvreté en 2018 : **11,2 %***BFC : 12,8 % - France métro : 14,5 %*

Etat de santé

Les **4 principales causes de décès** (2015-2017) :Cancers : **29,1 %***BFC : 27,8 % - France métro : 28,7 %*Maladies cardio-vasculaires : **24,0 %***BFC : 24,6 % - France métro : 24,0 %*Maladies respiratoires : **6,7 %***BFC : 7,0 % - France métro : 7,2 %*Traumatismes et empoisonnements : **6,0 %***BFC : 6,7 % - France métro : 6,5 %*Les **5 principaux motifs de prise en charge** (2019 – nb pour 1000 hab) :Maladies cardio-vasculaires : **73,6***BFC : 75,3 - France métro : 74,7*Diabète : **56,5***BFC : 59,9 - France métro : 58,1*Cancers : **49,5***BFC : 47,6 - France métro : 48,4*Maladies respiratoires : **48,1***BFC : 52,6 - France métro : 55,9*Maladies psychiatriques : **38,6***BFC : 39,6 - France métro : 38,6*

Offre

Pour 10 000 habitants, on compte :

14,2 médecins généralistes salariés, libéraux ou mixtes*BFC : 12,5 - France métro : 12,6***127,3** infirmiers salariés, libéraux ou mixtes*BFC : 116,1 - France métro : 113,7***16,5** masseurs kinésithérapeutes salariés, libéraux ou mixtes*BFC : 11,6 - France métro : 13,2***5,5** chirurgiens-dentistes généralistes salariés, libéraux ou mixtes*BFC : 4,9 - France métro : 6,4***12,7** pharmaciens généralistes salariés, libéraux ou mixtes*BFC : 10,7 - France métro : 10,5***24,5** médecins spécialistes salariés, libéraux ou mixtes*BFC : 15,9 - France métro : 18,0*

Evolution sur la période 2015-2021 :

-101 médecins généralistes*BFC : -655 - France métro : -17 255***+817** infirmiers*BFC : +4105 - France métro : +122 769***+130** masseurs kinésithérapeutes*BFC : +445 - France métro : +5494***-4** chirurgiens-dentistes*BFC : -10 - France métro : +986***-26** pharmaciens généralistes*BFC : -191 - France métro : -4031***+175** médecins spécialistes*BFC : +284 - France métro : +387*

On dénombre au 01/01/2021 :

33 établissements de santé**134** structures pouvant accueillir des personnes âgées**101** structures pouvant accueillir des adultes handicapés**51** structures pouvant accueillir des enfants handicapésdont **5** Services des Urgences et **4** maternitéssoit **8073** places (**6920** en établissements et **1153** en services)soit **3820** places (**3284** en établissements et **536** en services)soit **1646** places (**1302** en établissements et **344** en services)*Sources : STATISS 2021 Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne-Franche-Comté + ORS (données diagnostic PRS BFC à mi-parcours Octobre 2022)*

1) INTITULE DES 5 PRIORITES :

1. Favoriser et renforcer l'éducation à la santé des usagers pour améliorer leur auto orientation (défi 1)
2. Privilégier l'hospitalisation à domicile et favoriser le retour à domicile pour fluidifier le parcours du patient (défi 2)
3. Créer, grâce à la formation continue davantage de passerelles et de décroisement entre les métiers de la santé (défi 3)
4. Accentuer l'effort de prévention vers les publics fragiles (personnes âgées, personnes vivant en situation de précarité, de handicap) (défi 4)
5. Soutenir les aidants pour qu'ils accompagnent dans les meilleures conditions la personne aidée pour la santé de celle-ci et pour leur propre santé (défi 4)

2) PRIORITE 1 : FAVORISER ET RENFORCER L'EDUCATION A LA SANTE DES USAGERS POUR AMELIORER LEUR AUTO ORIENTATION (DEFI 1)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Cette priorité a été choisie afin de fluidifier le parcours des patients, faciliter au mieux l'accès aux soins appropriés dont aurait besoin le patient. L'idée d'interagir avec les jeunes permettrait de former les « consommateurs » du système de santé de demain et leur permettre d'informer leurs propres parents.

La communication auprès des jeunes pourraient également déclencher des vocations pour les métiers de la santé.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Deux orientations principales

- Actions vis-à-vis des jeunes
 - Communiquer auprès des jeunes (collèges et lycées) sur la bonne utilisation du système de santé via des séances de sensibilisation
 - Lien à rechercher avec le SNU (service nationale universel) => appui de l'IREPS avec mobilisation des professionnels de santé des CPTS.
 - Définir les vecteurs de communication adéquats : plaquette BD/manga que l'on peut rapporter à la maison, vidéo courte type « tiktok », duplication du modèle « astuces seniors » diffusées avant le JT local
- Vulgarisation autour des urgences portée par la Formation organisant l'expression des usagers du CTS 21 : ½ journée de conférence de vulgarisation des services d'urgence : qui fait quoi ; rôle du 15, du SDIS ; les Maisons médicales de garde, SMUR... et rédaction d'un Facile à Lire et à Comprendre relatif à l'accès aux soins / services des urgences

3) PRIORITE 2 : PRIVILEGIER L'HOSPITALISATION A DOMICILE ET FAVORISER LE RETOUR A DOMICILE POUR FLUIDIFIER LE PARCOURS DU PATIENT (DEFI 2)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Le suivi à domicile peut être une volonté personnelle pour les patients de bénéficier d'une prise en charge sanitaire en restant chez eux. En parallèle, la prise en charge des pathologies psychiatriques se fait parfois en ville, avec des aller et retours à l'hôpital. L'existence d'une équipe à domicile en suivi intensif au sein du CH La Chartreuse ouvre la possibilité d'une prise en charge nouvelle et adaptée qui pourrait faire l'objet d'une communication plus large voire d'une duplication. Cet axe de travail vise à améliorer l'accès aux soins de par la fluidification du parcours du patient.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

- Développement d'une « HAD » psychiatrie ou dispositif d'appui étayé à domicile, l'HAD n'ayant pas aujourd'hui de reconnaissance en psychiatrie. Ce projet vise à anticiper les sorties d'hospitalisation de service de psychiatrie avec communication au cercle de soins (MT, aides à domicile, aidants du patient et en lien avec le DAC 21 si besoin) en calquant un dispositif de type « PRADO » versant psychiatrie du CH La Chartreuse. Acculturation au dispositif, duplication sur un autre territoire. La définition de critères de sortie simple et complexe pourra être précisée avec le DAC 21.
- Prendre en compte dans les rémunérations des soignants et aides à domicile les temps et coût de trajet, les durées réelles des actes au lieu des tarifs selon les nomenclatures.

4) PRIORITE 3: CREER, GRACE A LA FORMATION CONTINUE DAVANTAGE DE PASSERELLES ET DE DECLOISONNEMENT ENTRE LES METIERS DE LA SANTE (DEFI 3)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Il a été noté que sur le département, des professionnels de santé souhaitent se réorienter. Ils quittent le métier choisi car ne correspond plus et surtout pas à l'idée qu'ils en avaient préalablement à leur pratique. Il est donc apparu important de porter à leur connaissance les différentes facettes des métiers des acteurs de la santé, des rôles de chacun, du sanitaire au médico-social... Cette orientation s'insère dans le plan d'attractivité qui sera porté dans le prochain SRS.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

- Réaliser des échanges auprès des étudiants en santé (dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, médecins, sages-femmes) au cours de leur service sanitaire en conviant des assistantes sociales, auxiliaires de vie, transporteurs. Mise en situation, échange des rôles pour mieux connaître le métier de l'autre, le parcours patient de A à Z avec les différents corps de métier, les passerelles possibles, les reconversions possibles.
- Sensibiliser à l'impact environnemental sera également réalisée auprès de ces étudiants.

- Développer la formation continue des personnels de santé : accès aux formations longues, aux congés formation et à la VAE. Toute VAE doit générer obligatoirement dans un délai prévisible un effet sur la carrière et la rémunération.
- Créer des parcours professionnels ouvrant les possibilités d'évolution professionnelle au sein d'une filière et entre filières par des passerelles entre les métiers et entre les spécialités médicales, soit mettre en œuvre une GPEPP (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Parcours Professionnels) menée par les OPCO (Opérateurs de compétences) où siègent les partenaires sociaux et par le ministère de la Santé. Ce qui nécessite d'impliquer systématiquement les acteurs sociaux (« corps intermédiaires ») dans la conception et le suivi des plans d'action car ils connaissent les conditions réelles et d'organisation du travail.

5) PRIORITE 4 : ACCENTUER L'EFFORT DE PREVENTION VERS LES PUBLICS FRAGILES (PERSONNES AGEES, PERSONNES VIVANT EN SITUATION DE PRECARITE, DE HANDICAP) (DEFI 4)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

L'enjeu est de prioriser la prévention sur les personnes les plus fragiles qui sont de facto plus éloignés des campagnes de prévention. Deux axes de travail seront mis en œuvre :

- Promouvoir en particulier l'activité sportive adaptée, enjeu généraliste et qui s'inscrit dans la dynamique des JO 2024 inclusifs sur tous les publics dont les personnes âgées
- Faciliter l'appropriation des dispositifs par les personnes fragiles (notamment en situation de handicap psychique/mental) en outillant les professionnels de santé avec des supports de communication adaptés.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

- Développer le sport santé, sans discrimination, ni étiquette.
- Création d'un kit de communication « communication et handicap » par le biais de groupe de travail inter partenarial à destination des professionnels de santé pour la prise en charge de personnes dite fragiles.

5) PRIORITE 5 : SOUTENIR LES AIDANTS POUR QU'ILS ACCOMPAGNENT DANS LES MEILLEURES CONDITIONS LA PERSONNE AIDEE POUR LA SANTE DE CELLE-CI ET POUR LEUR PROPRE SANTE (DEFI 4)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Plusieurs associations tirent la sonnette d'alarme quant à la santé des aidants. L'épuisement est souligné. Aussi, au regard des actions que le CTS de Côte d'Or souhaitent engager dans le cadre du CNR santé, il semble important de soutenir / soulager ceux qui entourent et aident les patients nécessitant une surveillance continue afin qu'eux même puissent prendre soin d'eux même et de leur propre santé.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

- Accompagner les structures d'aide aux aidants (plateforme de répit), les rendre visibles pour les aidants.
- Accentuer les efforts pour offrir la possibilité aux aidants de participer à des actions leur étant destinées, ou de se reposer en trouvant un tiers.
- Identifier les besoins actuels des plateformes de répit : manque de moyen ? de personnel ?
Accompagnement financier en fonction du budget alloué par l'ARS dans le cadre du CNR
- Informer les services d'aides à domicile des dispositifs de relais existants afin qu'ils en fassent la promotion (repérage)
- Mettre en œuvre, nationalement, un plan de recrutement, de valorisation de carrière (formation continue, qualifications, VAE, rémunération) des personnels d'aide à domicile.
- Informer les aidants et professionnels intervenant aux domiciles sur les risques des produits utilisés, sur l'aménagement des habitats, sur les matériels et équipements du domicile

8.2.2. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DU DOUBS

PORTRAIT DE TERRITOIRE

Données sociodémographiques

Population en 2019 : 543 974 <i>19,4 % de la population BFC et 0,8 % France métro</i> Densité de la population (nb d'habitants au km ²) en 2019 : 103,9 <i>BFC : 58,7 - France métro : 119,7</i> Nombre de naissances en 2020 : 5671 Nombre de décès en 2020 : 5425 Evolution de la population entre 2001 et 2021 : +8,4 % <i>BFC : +1,8 % - France métro : +10,4 %</i>	Part des personnes : De moins de 20 ans en 2018 : 24,9 % <i>BFC : 22,9 % - France métro : 24,0 %</i> De 75 ans et plus en 2018 : 9,2 % <i>BFC : 10,9 % - France métro : 9,4 %</i> De 75 ans et plus vivant seules en 2018 : 39,6 % <i>BFC : 38,7 % - France métro : 38,4 %</i> Part des familles monoparentales en 2018 : 8,8 % <i>BFC : 8,5 % - France métro : 9,8 %</i> Taux de pauvreté en 2018 : 12,1 % <i>BFC : 12,8 % - France métro : 14,5 %</i>
---	--

Etat de santé

Les 4 principales causes de décès (2015-2017) : Cancers : 28,9 % <i>BFC : 27,8 % - France métro : 28,7 %</i> Maladies cardio-vasculaires : 24,8 % <i>BFC : 24,6 % - France métro : 24,0 %</i> Traumatismes et empoisonnements : 7,6 % <i>BFC : 6,7 % - France métro : 6,5 %</i> Maladies respiratoires : 6,7 % <i>BFC : 7,0 % - France métro : 7,2 %</i>	Les 5 principaux motifs de prise en charge (2019 – nb pour 1000 hab) : Maladies cardio-vasculaires : 75,1 <i>BFC : 75,3 - France métro : 74,7</i> Diabète : 57,1 <i>BFC : 59,9 - France métro : 58,1</i> Maladies respiratoires : 48,3 <i>BFC : 52,6 - France métro : 55,9</i> Cancers : 44,7 <i>BFC : 47,6 - France métro : 48,4</i> Maladies psychiatriques : 32,6 <i>BFC : 39,6 - France métro : 38,6</i>
--	---

Offre

Pour 10 000 habitants, on compte : 13,5 médecins généralistes salariés, libéraux ou mixtes <i>BFC : 12,5 - France métro : 12,6</i> 126,4 infirmiers salariés, libéraux ou mixtes <i>BFC : 116,1 - France métro : 113,7</i> 11,8 masseurs kinésithérapeutes salariés, libéraux ou mixtes <i>BFC : 11,6 - France métro : 13,2</i> 5,6 chirurgiens-dentistes généralistes salariés, libéraux ou mixtes <i>BFC : 4,9 - France métro : 6,4</i> 10,8 pharmaciens généralistes salariés, libéraux ou mixtes <i>BFC : 10,7 - France métro : 10,5</i> 19,5 médecins spécialistes salariés, libéraux ou mixtes <i>BFC : 15,9 - France métro : 18,0</i>	Evolution sur la période 2015-2021 : -169 médecins généralistes <i>BFC : -655 - France métro : -17 255</i> +895 infirmiers <i>BFC : +4105 - France métro : +122 769</i> +92 masseurs kinésithérapeutes <i>BFC : +445 - France métro : +5494</i> +20 chirurgiens-dentistes <i>BFC : -10 - France métro : +986</i> -31 pharmaciens généralistes <i>BFC : -191 - France métro : -4031</i> +3 médecins spécialistes <i>BFC : +284 - France métro : +387</i>
On dénombre au 01/01/2021 : 24 établissements de santé 94 structures pouvant accueillir des personnes âgées 115 structures pouvant accueillir des adultes handicapés 48 structures pouvant accueillir des enfants handicapés	dont 2 Services des Urgences et 3 maternités soit 5834 places (4656 en établissements et 1178 en services) soit 3971 places (2978 en établissements et 993 en services) soit 1889 places (1127 en établissements et 762 en services)

Sources : STATISS 2021 Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne-Franche-Comté + ORS (données diagnostic PRS BFC à mi-parcours Octobre 2022)

1) INTITULE DES 5 PRIORITES :

1. Développer les solutions de mobilité pour les patients (défi 1)
2. Améliorer la communication et l'information du grand public sur le système de santé (défi 2)
3. Proposer aux professionnels de santé une offre de tutorat et une mise en réseau tout au long de leur carrière (défi 3)
4. Améliorer la lisibilité, la visibilité et la coordination de toutes les actions de prévention déployées (défi 4)
5. Développer la responsabilité populationnelle sur le département du Doubs (priorité transverse)

2) PRIORITE 1: DEVELOPPER LES SOLUTIONS DE MOBILITE POUR LES PATIENTS (DEFI 1)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

La notion d'accès à la santé, de proximité, « d'aller vers » constituent des orientations majeures pour le territoire.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Le CTS propose la mise en place de consultations itinérantes, de consultations de dépistage, permettant d'aller vers les populations les plus éloignées (rurales, fragiles...) pour leur garantir un accès aux soins.

Le CTS propose par exemple d'aider au déploiement sur le territoire d'un projet d'ambulance itinérante équipée de dispositif de télé-médecine.

3) PRIORITE 2 : AMELIORER LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC SUR LE SYSTEME DE SANTE (DEFI 2)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

L'offre de santé passe aussi par une meilleure connaissance de l'offre actuelle, par sa mise en valeur, par l'appropriation par la population des différentes offres existantes, de leur périmètre...

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Afin d'informer au mieux la population sur l'accès aux soins urgents, le CTS travaillera sur la rédaction d'un document de support pour l'information à la population de l'accès aux soins urgent.

Ce document inclura :

- les numéros d'urgences à contacter (C15, Permanence des soins...)
- la présentation des SAS

4) PRIORITE 3: PROPOSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTE UNE OFFRE DE TUTORAT ET UNE MISE EN RESEAU TOUT AU LONG DE LEUR CARRIERE (DEFI 3)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

La capacité à combattre les zones blanches ou de sous densité peut passer par une meilleure connaissance et valorisation des territoires.

Le tutorat représente une réelle opportunité pour cet objectif

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Le CTS souhaiterait réaliser un cahier des charges pour faciliter le tutorat. Pour cela, il conviendrait de réaliser au préalable un diagnostic du territoire du Doubs :

- par la réalisation d'une cartographie dynamique permettant d'avoir une vision du territoire : zones en sous densité et sur densité, CPTS, zonage, PS du territoire, structures d'accueil existantes, professionnels de santé qui offrent du tutorat, lieux d'hébergement des étudiants existants...
- en sollicitant les organismes représentantes des professionnels de santé pour comprendre les raisons freinant le tutorat

5) PRIORITE 4 : AMELIORER LA LISIBILITE, LA VISIBILITE ET LA COORDINATION DE TOUTES LES ACTIONS DE PREVENTION DEPLOYEES ET SIMPLIFIER (DEFI 4)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Le CTS fait le constat que les structures et les actions de prévention sont largement déployées sur le territoire du Doubs mais restent globalement méconnues de la population.

Les professionnels de santé eux-mêmes, n'ont pas connaissance de certaines actions de prévention ou de dépistage déployées et par conséquent n'orientent pas leurs patients sur ces dispositifs.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Le CTS souhaite s'engager dans la rédaction d'un guide listant toutes les offres de prévention et de dépistage déployées sur le territoire du Doubs.

Ce document intégrera également un lexique des acronymes et sera réalisé en multi-supports (dématérialisé, papier, adapté au malvoyant...). Il sera communiqué le plus largement possible aux professionnels de santé et à la population.

6) PRIORITE 5 : DEVELOPPER LA RESPONSABILITE POPULATIONNELLE DANS LE DEPARTEMENT DU DOUBS (PRIORITE TRANSVERSE)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

La responsabilité populationnelle, par son approche systémique, de la prévention au curatif, du territoire et de la population vers l'offre de santé, de la pertinence des soins, de la mise en réseau de tous les acteurs présents sur le territoire semble au CTS constituer une véritable opportunité, autour du CHU

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Le CTS souhaite initier un partenariat avec le CHU de Besançon et l'Education Nationale pour développer la responsabilité populationnelle.

8.2.3. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DU JURA

PORTRAIT DE TERRITOIRE

Données sociodémographiques

<p>Population en 2019 : 259 199 9,2 % de la population BFC et 0,4 % France métro</p> <p>Densité de la population (nb d'habitants au km²) en 2019 : 51,9 BFC : 58,7 - France métro : 119,7</p> <p>Nombre de naissances en 2020 : 5244</p> <p>Nombre de décès en 2020 : 3152</p> <p>Evolution de la population entre 2001 et 2021 : +2,0 % BFC : +1,8 % - France métro : +10,4 %</p>	<p>Part des personnes :</p> <p>De moins de 20 ans en 2018 : 22,9 % BFC : 22,9 % - France métro : 24,0 %</p> <p>De 75 ans et plus en 2018 : 11,3 % BFC : 10,9 % - France métro : 9,4 %</p> <p>De 75 ans et plus vivant seules en 2018 : 38,0 % BFC : 38,7 % - France métro : 38,4 %</p> <p>Part des familles monoparentales en 2018 : 8,3 % BFC : 8,5 % - France métro : 9,8 %</p> <p>Taux de pauvreté en 2018 : 11,4 % BFC : 12,8 % - France métro : 14,5 %</p>
--	--

Etat de santé

<p>Les 4 principales causes de décès (2015-2017) :</p> <p>Cancers : 26,5 % BFC : 27,8 % - France métro : 28,7 %</p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 24,9 % BFC : 24,6 % - France métro : 24,0 %</p> <p>Maladies respiratoires : 8,2 % BFC : 7,0 % - France métro : 7,2 %</p> <p>Traumatismes et empoisonnements : 7,0 % BFC : 6,7 % - France métro : 6,5 %</p>	<p>Les 5 principaux motifs de prise en charge (2019 – nb pour 1000 hab) :</p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 75,3 BFC : 75,3 - France métro : 74,7</p> <p>Diabète : 53,4 BFC : 59,9 - France métro : 58,1</p> <p>Cancers : 49,1 BFC : 47,6 - France métro : 48,4</p> <p>Maladies respiratoires : 46,8 BFC : 52,6 - France métro : 55,9</p> <p>Maladies psychiatriques : 42,4 BFC : 39,6 - France métro : 38,6</p>
--	---

Offre

<p>Pour 10 000 habitants, on compte :</p> <p>13,3 médecins généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 12,5 - France métro : 12,6</p> <p>112,3 infirmiers salariés, libéraux ou mixtes BFC : 116,1 - France métro : 113,7</p> <p>10,3 masseurs kinésithérapeutes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 11,6 - France métro : 13,2</p> <p>5,4 chirurgiens-dentistes généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 4,9 - France métro : 6,4</p> <p>10,3 pharmaciens généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 10,7 - France métro : 10,5</p> <p>11,4 médecins spécialistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 15,9 - France métro : 18,0</p>	<p>Evolution sur la période 2015-2021 :</p> <p>-37 médecins généralistes BFC : -655 - France métro : -17 255</p> <p>+262 infirmiers BFC : +4105 - France métro : +122 769</p> <p>+29 masseurs kinésithérapeutes BFC : +445 - France métro : +5494</p> <p>+0 chirurgiens-dentistes BFC : -10 - France métro : +986</p> <p>-11 pharmaciens généralistes BFC : -191 - France métro : -4031</p> <p>+37 médecins spécialistes BFC : +284 - France métro : +387</p>
<p>On dénombre au 01/01/2021 :</p> <p>16 établissements de santé</p> <p>81 structures pouvant accueillir des personnes âgées</p> <p>68 structures pouvant accueillir des adultes handicapés</p> <p>23 structures pouvant accueillir des enfants handicapés</p>	<p>dont 3 Services des Urgences et 2 maternités soit 4526 places (3827 en établissements et 699 en services)</p> <p>soit 2123 places (1733 en établissements et 390 en services)</p> <p>soit 683 places (449 en établissements et 234 en services)</p>

Sources : STATISS 2021 Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne-Franche-Comté + ORS (données diagnostic PRS BFC à mi-parcours Octobre 2022)

1) INTITULE DES 5 PRIORITES :

1. Mobilité du patient et du médecin (défi 1)
2. Anticipation des départs à la retraite des médecins afin d'organiser la reprise de la patientèle sur le territoire et mise en place d'un dispositif provisoire pour pallier au départ d'un médecin (défi 1)
3. Améliorer la communication et l'information du grand public sur l'offre de soin du département (défi 2)
4. Proposer aux professionnels de santé et aux étudiants une offre de tutorat et travailler avec les collectivités sur l'attractivité et le développement d'infrastructures et de services cohérents et concertés sur le département (défi 3)
5. Améliorer la coordination des politiques publiques, dispositifs et acteurs de la prévention, et renforcer les dispositifs existants (défi 4)

1. PRIORITE 1: MOBILITE DU PATIENT ET DU MEDECIN (DEFI 1)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Contexte du département :

- le patient se déplace de plus en plus
- caractère rural du département
- moins de visites des médecins, le travail se fait essentiellement en cabinet
- au delà des médecins, même constat dans les soins à domicile : rémunération non attractive
- les soins à domicile concernent une population vieillissante, caractère du territoire jurassien
- les personnes handicapées ne peuvent pas non plus se déplacer : de manière générale, les personnes non autonomes

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Solutions :

- mutualisation taxis pour personnes non autonomes
- mutualisation des trajets des auto-écoles pour les personnes non autonomes
- revenir au mobile et itinérant (bus mobile, équipe mobile médicale et paramédicale)
- point de vigilance sur les dispositifs mobiles : collaboration avec les élus, la communication sur ces dispositifs pour bien les faire connaître et faire attention à la superposition des dispositifs
- HAD, cabine de téléconsultation mais vigilance sur la compétence des médecins qui s'occupent de la téléconsultation
- télé-expertise : évite le déplacement du patient et du médecin
- transports urbains PMR : à réserver 48h à l'avance et prix d'un billet de bus (limite : il faut avoir des transports urbains).
- service de transport rattaché à un cabinet ou au MSP
- communiquer via les CCAS, les maires, les assistantes sociales, les associations
- mobiliser les CCAS, la CAF pour une aide à la population pour les transports

- recensement des dispositifs déjà existants
- financement des services
- transport des entreprises : mutualisation pour tous
- revaloriser les actes à domicile
- généraliser la télésurveillance

Existant sur le territoire :

- équipe mobile précarité, bus des femmes, équipe mobile pédopsychiatrique,
- télé-expertise et cabine de téléconsultation sur le département

Prochaines étapes :

- suivi des projets en cours : équipe mobile
- recensement des dispositifs existants
- mutualisation des moyens une fois que les dispositifs sont identifiés
- développement de la communication autour des dispositifs

2. PRIORITE 2 : ANTICIPATION DES DEPARTS EN RETRAITE DES MEDECINS ET MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF PROVISOIRE POUR PALLIER A UN DEPART DE MEDECIN (DEFI 1)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Contexte du département :

- Une pyramide des âges faisant apparaître de prochains départs de médecins sans solution identifiée pour le remplacement
- Dans les territoires ruraux, un départ d'un seul médecin peut priver totalement un territoire d'une offre médicale
- Les expériences de cabinets éphémères précédents ont démontré leur utilité localement
- Aucune réelle anticipation des départs en retraite, avec des médecins qui « à bout de souffle » devaient brutalement abandonner leur patientèle

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Solutions :

- Faire une analyse prévisionnelle des départs de médecins sur notre territoire
- Réfléchir à une « offre de service » dédiée aux médecins partant en retraite
- Faire aboutir le projet de cabinet éphémère départemental déjà initié, répondant à la problématique du remplacement temporaire d'un médecin absent et proposant par ailleurs la possibilité à un libéral de reprendre une activité salariale partiel en cumul retraite
- Mobiliser globalement tous les médecins du territoire afin de solliciter de potentiels volontaires pour participer à une activité très partielle sur le territoire dépourvu provisoirement d'offre médicale

3. PRIORITE 3: AMELIORER LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC SUR L'OFFRE DE SOIN DU DEPARTEMENT (DEFI 2)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Le système de santé s'est complexifié avec des ressources variables et aléatoires sur le territoire.

Les usagers manquent d'information et sont souvent démunis pour s'orienter dans cette organisation, particulièrement les plus vulnérables et les plus éloignés du système de santé (personnes âgées, isolées, en situation de handicap, ...).

Des questions sont récurrentes, par exemple :

- A qui et où s'adresser pour une urgence ?
- MMG, urgences, PDSA? Comment s'assurer de la bonne orientation du patient?
- Que faire en l'absence de mon Médecin traitant ?
- Comment faire face à la dépendance ? ...

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Plan d'actions en cours de réalisation

4. PRIORITE 4 : PROPOSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTE ET AUX ETUDIANTS UNE OFFRE DE TUTORAT ET TRAVAILLER AVEC LES COLLECTIVITES SUR L'ATTRACTIVITE ET LE DEVELOPPEMENT D'INFRASTRUCTURES ET DE SERVICES COHERENTS ET CONCERTES SUR LE DEPARTEMENT (DEFI 3)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Partager l'enjeu avec l'ensemble des acteurs départementaux.

La discussion s'est portée sur l'attractivité du territoire pour les étudiants et professionnels de santé.

Créer un outil, support pour mettre en lumière les initiatives déjà existantes sur l'ensemble du territoire avec des focus sur les spécificités locales.

L'outil peut être numérique, papier, vidéo...

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Plan d'actions en cours de réalisation

5. PRIORITE 5 : AMELIORER LA COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES, DISPOSITIFS ET ACTEURS DE LA PREVENTION, ET RENFORCER LES DISPOSITIFS EXISTANTS (DEFI 4)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Un terme généraliste un peu fourre-tout. Il faut davantage parler d'éducation et promotion de la santé dans un objectif de permettre à tout un chacun et dès le plus jeune âge d'adopter de bonnes pratiques pour préserver et améliorer son capital santé.

Nécessité que chacun parle un langage commun autour du champ de la promotion santé.

Nombreuses conduites à risque de personnes de plus en plus jeunes. Isolement des personnes âgées à domicile en rupture de lien social. Un besoin d'aller vers, en proximité au plus près des personnes.

Un véritable défi car la politique sanitaire est encore trop centrée sur le curatif tant chez les professionnels de santé qui doivent intégrer davantage la prévention mais aussi les élus qui peuvent être des relais important (rôle des CLS), ainsi que les différentes institutions (assurance maladie, ARS, ...)

Si le Jura bénéficie de nombreux acteurs et dispositifs intervenant dans le domaine de la prévention, ceux-ci restent encore peu ou mal connus.

Des modes d'organisation (empilement des interventions), de fonctionnement encore trop descendants et des modalités de financements (AAP, CPOM) qui aboutissent le plus souvent à des dynamiques concurrentielles et à une recherche de financement pour assurer la pérennité des structures et des personnels.

Manque de reconnaissance de l'Etat sur l'importance de la prévention qui passe notamment par des financements pérennes et plus importants avec la prise en compte de la nécessité d'évaluer les actions (besoin de faire la preuve de l'impact des actions de prévention).

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Renforcer la mobilisation et l'implication de l'Education Nationale qui doit jouer un rôle essentiel. Cela doit peut-être passer par une réunion avec le Préfet, le Recteur et les principaux acteurs de la prévention. Objectif de pérennisation et de mobilisation de tous les établissements scolaires et d'intégration de la prévention santé dans le parcours éducatif.

Est évoqué rapidement la mise en place de parcours de prévention avec des étapes à des moments clés de la vie (PMI, écoles, collège, travail, ...)

Nécessité d'avoir différents niveaux de réflexion :

- Globale et populationnelle : en renforçant les dispositifs et moyen d'éducation à la santé de l'ensemble des citoyens du département.
- Ciblé et communautaire : en renforçant les dispositifs thématiques de prévention sur les populations à risque en matière de :
 - Prévention primaire
 - Prévention secondaire
 - Prévention tertiaire

S'appuyer sur le RRAPPS porté par l'IREPS qui reste peu connu et dont les missions suivantes sont à repositionner afin de mettre en place de :

- Une gouvernance de la prévention inter opérateurs (mise en place d'une instance de type bureau ?) en lien direct avec le CTS 39
- Une coordination des acteurs en fonction de leurs domaines de compétences et leur territoire d'intervention
- Une connaissance et une diffusion des appels à projets et des financements existants
- Le développement de dynamiques communes entre opérateurs tant dans les réponses aux appels à projets que les actions menées (couverture géographique, coordination et complémentarité)
- Une véritable communication adaptée aux publics visés et une diffusion de proximité (relais locaux)

8.2.4. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DE LA NIEVRE

PORTRAIT DE TERRITOIRE

Données sociodémographiques

<p>Population en 2019 : 204 452 7,3 % de la population BFC et 0,3 % France métró</p> <p>Densité de la population (nb d'habitants au km²) en 2019 : 30,0 BFC : 58,7 - France métró : 119,7</p> <p>Nombre de naissances en 2020 : 1482</p> <p>Nombre de décès en 2020 : 3182</p> <p>Evolution de la population entre 2001 et 2021 : -10,4 % BFC : +1,8 % - France métró : +10,4 %</p>	<p>Part des personnes :</p> <p>De moins de 20 ans en 2018 : 19,6 % BFC : 22,9 % - France métró : 24,0 %</p> <p>De 75 ans et plus en 2018 : 14,3 % BFC : 10,9 % - France métró : 9,4 %</p> <p>De 75 ans et plus vivant seules en 2018 : 40,2 % BFC : 38,7 % - France métró : 38,4 %</p> <p>Part des familles monoparentales en 2018 : 8,2 % BFC : 8,5 % - France métró : 9,8 %</p> <p>Taux de pauvreté en 2018 : 15,5 % BFC : 12,8 % - France métró : 14,5 %</p>
---	--

Etat de santé

<p>es 4 principales causes de décès (2015-2017) :</p> <p>Cancers : 28,0 % BFC : 27,8 % - France métró : 28,7 %</p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 25,9 % BFC : 24,6 % - France métró : 24,0 %</p> <p>Traumatismes et empoisonnements : 6,2 % BFC : 6,7 % - France métró : 6,5 %</p> <p>Maladies respiratoires : 5,3 % BFC : 7,0 % - France métró : 7,2 %</p>	<p>Les 5 principaux motifs de prise en charge (2019 – nb pour 1000 hab) :</p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 78,4 BFC : 75,3 - France métró : 74,7</p> <p>Diabète : 68,0 BFC : 59,9 - France métró : 58,1</p> <p>Maladies respiratoires : 54,6 BFC : 52,6 - France métró : 55,9</p> <p>Maladies psychiatriques : 47,6 BFC : 39,6 - France métró : 38,6</p> <p>Cancers : 47,2 BFC : 47,6 - France métró : 48,4</p>
--	--

Offre

<p>Pour 10 000 habitants, on compte :</p> <p>11,3 médecins généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 12,5 - France métró : 12,6</p> <p>118,4 infirmiers salariés, libéraux ou mixtes BFC : 116,1 - France métró : 113,7</p> <p>9,1 masseurs kinésithérapeutes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 11,6 - France métró : 13,2</p> <p>4,8 chirurgiens-dentistes généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 4,9 - France métró : 6,4</p> <p>11,2 pharmaciens généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 10,7 - France métró : 10,5</p> <p>10,8 médecins spécialistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 15,9 - France métró : 18,0</p>	<p>Evolution sur la période 2015-2021 :</p> <p>-45 médecins généralistes BFC : -655 - France métró : -17 255</p> <p>+302 infirmiers BFC : +4105 - France métró : +122 769</p> <p>+2 masseurs kinésithérapeutes BFC : +445 - France métró : +5494</p> <p>-9 chirurgiens-dentistes BFC : -10 - France métró : +986</p> <p>-25 pharmaciens généralistes BFC : -191 - France métró : -4031</p> <p>-16 médecins spécialistes BFC : +284 - France métró : +387</p>
<p>On dénombre au 01/01/2021 :</p> <p>21 établissements de santé</p> <p>70 structures pouvant accueillir des personnes âgées</p> <p>62 structures pouvant accueillir des adultes handicapés</p> <p>35 structures pouvant accueillir des enfants handicapés</p>	<p>dont 4 Services des Urgences et 1 maternité</p> <p>soit 4729 places (4025 en établissements et 704 en services)</p> <p>soit 1684 places (1332 en établissements et 352 en services)</p> <p>soit 602 places (410 en établissements et 192 en services)</p>

Sources : STATISS 2021 Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne-Franche-Comté + ORS (données diagnostic PRS BFC à mi-parcours Octobre 2022)

1) INTITULE DES 5 PRIORITES :

1. Constituer une équipe territoriale pour faciliter l'accès à un médecin traitant (défi 1)
2. Communiquer sur le système de santé territorial auprès des usagers (défi 3)
3. Porter la prévention et la promotion de la sante au plus près des lieux de vie (défi 4)
4. Développer l'attractivité du territoire pour favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé sur le territoire (défi 3)
5. Faciliter l'émergence d'une équipe traitante en appui du médecin traitant (défi 2)

2) PRIORITE 1: CONSTITUER UNE EQUIPE TERRITORIALE POUR FACILITER L'ACCES A UN MEDECIN TRAITANT (DEFI 1)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

De nombreuses personnes ont des difficultés à trouver un médecin traitant du fait de la diminution du nombre de médecins sur le territoire.

L'accès aux soins devient problématique et en particulier pour des personnes vulnérables (précarité sociale, isolement géographique, mobilité réduite, pathologies chroniques, ...) entraînant des retards et des ruptures de prise en charge.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Constituer une équipe territoriale composée

- d'une infirmière territoriale
 - formée au recueil des informations médicales
 - pouvant se déplacer à domicile si nécessaire pour les patients à mobilité très réduite
- des pharmaciens déclarés par les patients pour sécuriser les traitements
- d'un représentant de l'Assurance Maladie pour aider à l'utilisation de « Mon Espace Santé »

Rôles de cette équipe

- Recenser les demandes et les besoins puis les prioriser
- Préparer le dossier patient en amont de la recherche d'un médecin traitant
 - Accompagner la rédaction du volet de synthèse médicale déposé dans « Mon Espace Santé » : antécédents, pathologies (ALD), traitement actuel, comptes-rendus pertinents pour la prise en charge (consultations de spécialistes, hospitalisations, imagerie, examens spécialisés, ...), résultats biologiques de la dernière année
 - Pour faciliter à court terme les prescriptions par un médecin (adhérent au SAS par exemple)
- Renforcer l'aide pour les patients isolés à mobilité très réduite
 - Recourir à un accompagnement institutionnel territorial (SSIAD, SAMSAH, associations) si nécessaire
 - Organiser des téléconsultations assistées si nécessaire

Recrutement de l'infirmière territoriale

- Formée et employée par les CPTS
- Financement du poste à élaborer avec les partenaires territoriaux : ARS, collectivités
- En complément de cette équipe territoriale, faciliter les déplacements des usagers
- Rechercher des financements complémentaires aux prises en charges réglementaires
- Mettre en place des consultations avancées

3) PRIORITE 2 : COMMUNIQUER SUR LE SYSTEME DE SANTE TERRITORIAL AUPRES DES USAGERS (DEFI 3)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Le système de santé s'est complexifié avec des ressources variables et aléatoires sur le territoire (structures de soins, médico-sociales, sociales).

Les usagers manquent d'information et sont souvent démunis pour s'orienter dans cette organisation, particulièrement les plus vulnérables et les plus éloignés du système de santé (personnes âgées, isolées, en situation de handicap, ...).

Des questions sont récurrentes, par exemple :

- A qui et où s'adresser en urgence ?
- Que faire en l'absence de mon médecin traitant ?
- Comment faire face à la dépendance ? ...

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Etablir un référencement tenu à jour de toutes les structures existantes sur le territoire

- MSP, ESP, centres de santé
- Etablissements de soins
- Etablissements médico-sociaux
- Structures sociales
- Associations
- Dispositifs d'aide : SAVS, SAMSA, ...
- CPTS, DAC, SAS

Faire une enquête sur les attentes et demandes de la population

Créer une plateforme numérique pour organiser l'information et favoriser l'accès aux sites institutionnels

- Annuaire des structures (en complément du travail du DAC)
- Avec des liens pour accéder directement aux sites internet existants qui eux-mêmes pourraient créer des liens en sens inverse (dont celui de l'Assurance Maladie avec mon espace santé)
- Relais de la communication sur la prévention
- Description des parcours de soins
- Réponses pédagogiques aux questions et situations les plus courantes
- FAQ, ...

Construire une stratégie de communication et communiquer sur la plateforme

- Presse et médias locaux
- Réseaux sociaux
- Affichage, ...

4) PRIORITE 3: PORTER LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE AU PLUS PRES DES LIEUX DE VIE (DEFI 4)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Il existe de nombreuses actions de prévention menées par différents acteurs sur le département. Pour autant, l'efficacité de ces actions reste insuffisante. Il est nécessaire de lutter contre l'inertie, le manque de motivation. Il est nécessaire également de coordonner ces actions.

Il est proposé de porter les messages et actions de prévention

- Au plus près des lieux de vie et d'aller vers la population qui n'a pas ou difficilement accès à ces actions (éloignement géographique, précarité sociale, handicap, inaccessibilité au numérique, éloignement du système de santé, ...)
- Vers des populations ciblées selon leur lieu de vie sociale ou de travail

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Identifier le porteur de projet

Organiser des interventions départementales dédiées

- Avec des professionnels de santé, associations et structures impliquées dans la prévention
- Coordonnant les actions en lien avec le RRAPPS, les associations, les services municipaux

Equiper un véhicule favorisant la mobilité au sein de tout le territoire

- Vitrine des actions de prévention et des dispositifs existants
- Se déplaçant dans le département pour recevoir la population et pour animer des réunions, y compris dans les écoles et les entreprises

Financements à déterminer

- Collectivités territoriales
- ARS
- AM
- ...

Créer un portail numérique centralisant les ressources

Communiquer

- Outils numériques/applications/réseaux sociaux
- Marketing social
- Sur les dispositifs existants
- Sur la prévention dans le parcours de vie et de bonne santé
- Sur les résultats/efficacité des actions
- En s'appuyant sur les spécificités du territoire

5) PRIORITE 4 : DEVELOPPER L'ATTRACTIVITE DU TERRITOIRE POUR FAVORISER L'INSTALLATION OU LE MAINTIEN DE PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRITOIRE (DEFI 3)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Au-delà des mesures financières existantes et des actions déjà menées pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé sur le territoire, il convient de mettre en place et renforcer des dispositifs visant à favoriser l'attractivité du territoire, en développant un écosystème favorable autour des professionnels.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Aider au projet de vie des professionnels de santé

- Créer des crèches/dispositifs de garde d'enfants pour les PS avec horaires adaptés (se rapprocher de la CAF)
- Aider au projet professionnel du conjoint
- Aider à l'installation : indemnités de transport, logements de fonction

Accueillir et former des stagiaires sur le territoire

- Développer les aides de financement des études, avec des bourses de réciprocité dans le secteur sanitaire mais aussi médico-social
- Renforcer et valoriser le tutorat/maitrise de stage
- Corréler les quotas de postes aux besoins du territoire
- Développer les infrastructures nécessaires : logements, transports
- Développer la formation en distanciel avec l'Université
- Favoriser la formation en proximité dans les territoires
- Favoriser l'implantation d'écoles/instituts de formation sur le territoire (par exemple pour la formation des manipulateurs en imagerie)

Améliorer les conditions de travail :

- Recentrer les métiers sur le soin à la personne
- Développer des pôles d'excellence et d'innovation (poursuivre et relancer les projets initiés)

6) PRIORITE 5 : FACILITER L'EMERGENCE D'UNE EQUIPE TRAITANTE EN APPUI DU MEDECIN TRAITANT (DEFI 2)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Il est nécessaire de libérer du temps médical afin que les médecins se consacrent à leur cœur de métier et puissent ainsi :

- Accueillir plus de patients
- Gérer plus efficacement les soins non programmés
- Améliorer la prise en charge des patients vivant avec une maladie chronique
- Favoriser le maintien à domicile et éviter les hospitalisations ou ré-hospitalisations non nécessaires
- Sécuriser le retour à domicile
- Améliorer l'observance et la sécurisation des traitements
- Améliorer la prévention

La constitution d'une équipe traitante assurant des fonctions complémentaires autour du patient et en appui du médecin permettrait de favoriser cet objectif.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Constituer une équipe en appui du médecin, composée

- D'un secrétariat
- D'un assistant médical
- D'une IDE ou d'une IDE ASALEE ou d'une IPA

Favoriser la mutualisation et le partage entre plusieurs médecins

Favoriser l'aide à son développement

- Aider au recrutement
- Accorder une aide financière renforcée pour les formations
- Rechercher des locaux adaptés ou aider à leur transformation

8.2.5. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DE HAUTE-SAONE

PORTRAIT DE TERRITOIRE

Données sociodémographiques

<p>Population en 2019 : 235 313 8,4 % de la population BFC et 0,4 % France métro</p> <p>Densité de la population (nb d'habitants au km²) en 2019 : 43,9 BFC : 58,7 - France métro : 119,7</p> <p>Nombre de naissances en 2020 : 1964</p> <p>Nombre de décès en 2020 : 2866</p> <p>Evolution de la population entre 2001 et 2021 : +0,9 % BFC : +1,8 % - France métro : +10,4 %</p>	<p>Part des personnes :</p> <p>De moins de 20 ans en 2018 : 23,1 % BFC : 22,9 % - France métro : 24,0 %</p> <p>De 75 ans et plus en 2018 : 10,3 % BFC : 10,9 % - France métro : 9,4 %</p> <p>De 75 ans et plus vivant seules en 2018 : 38,1 % BFC : 38,7 % - France métro : 38,4 %</p> <p>Part des familles monoparentales en 2018 : 8,9 % BFC : 8,5 % - France métro : 9,8 %</p> <p>Taux de pauvreté en 2018 : 12,9 % BFC : 12,8 % - France métro : 14,5 %</p>
--	--

Etat de santé

<p>Les 4 principales causes de décès (2015-2017) :</p> <p>Cancers : 27,9 % BFC : 27,8 % - France métro : 28,7 %</p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 25,3 % BFC : 24,6 % - France métro : 24,0 %</p> <p>Traumatismes et empoisonnements : 7,8 % BFC : 6,7 % - France métro : 6,5 %</p> <p>Maladies respiratoires : 7,4 % BFC : 7,0 % - France métro : 7,2 %</p>	<p>Les 5 principaux motifs de prise en charge (2019 – nb pour 1000 hab) :</p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 81,2 BFC : 75,3 - France métro : 74,7</p> <p>Diabète : 61,2 BFC : 59,9 - France métro : 58,1</p> <p>Maladies respiratoires : 57,4 BFC : 52,6 - France métro : 55,9</p> <p>Cancers : 46,9 BFC : 47,6 - France métro : 48,4</p> <p>Maladies psychiatriques : 40,5 BFC : 39,6 - France métro : 38,6</p>
--	---

Offre

<p>Pour 10 000 habitants, on compte :</p> <p>12,1 médecins généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 12,5 - France métro : 12,6</p> <p>97,2 infirmiers salariés, libéraux ou mixtes BFC : 116,1 - France métro : 113,7</p> <p>8,9 masseurs kinésithérapeutes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 11,6 - France métro : 13,2</p> <p>3,5 chirurgiens-dentistes généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 4,9 - France métro : 6,4</p> <p>10,9 pharmaciens généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 10,7 - France métro : 10,5</p> <p>10,0 médecins spécialistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 15,9 - France métro : 18,0</p>	<p>Evolution sur la période 2015-2021 :</p> <p>-67 médecins généralistes BFC : -655 - France métro : -17 255</p> <p>+334 infirmiers BFC : +4105 - France métro : +122 769</p> <p>+27 masseurs kinésithérapeutes BFC : +445 - France métro : +5494</p> <p>-13 chirurgiens-dentistes BFC : -10 - France métro : +986</p> <p>+23 pharmaciens généralistes BFC : -191 - France métro : -4031</p> <p>+20 médecins spécialistes BFC : +284 - France métro : +387</p>
<p>On dénombre au 01/01/2021 :</p> <p>12 établissements de santé</p> <p>57 structures pouvant accueillir des personnes âgées</p> <p>52 structures pouvant accueillir des adultes handicapés</p> <p>18 structures pouvant accueillir des enfants handicapés</p>	<p>dont 2 Services des Urgences et 1 maternité soit 3297 places (2671 en établissements et 626 en services)</p> <p>soit 1590 places (1213 en établissements et 377 en services)</p> <p>soit 657 places (445 en établissements et 212 en services)</p>

Sources : STATISS 2021 Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne-Franche-Comté + ORS (données diagnostic PRS BFC à mi-parcours Octobre 2022)

1) INTITULE DES 5 PRIORITES :

1. Promouvoir l'éducation à la santé afin de développer la capacité des patients à s'orienter dans le système de santé (défi 1)
2. Comment renforcer le positionnement des CPTS au cœur de la structuration de l'offre de soins dans les territoires (défi 1)
3. Développer les transferts de tâches et compétences entre professionnels de santé (défi 2)
4. Comment mobiliser les acteurs locaux pour rendre la Haute-Saône attractive pour des professionnels de santé (défi 3)
5. Développer l'« Aller vers » pour promouvoir la santé des hauts saônois (défi 4)

2) PRIORITE 1: PROMOUVOIR L'EDUCATION A LA SANTE AFIN DE DEVELOPPER LA CAPACITE DES PATIENTS A S'ORIENTER DANS LE SYSTEME DE SANTE (DEFI 1)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Cette solution a été choisie pour faciliter l'accès à un médecin traitant et aux professionnels de santé pour tous, au bon moment pour le juste soin. Donner les capacités et les connaissances aux usagers pour agir à travers l'éducation à la santé au quotidien est un levier pour atteindre cet objectif.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Pour mettre en œuvre cette solution, il faut agir sur deux axes :

- La communication : communiquer auprès de la population largement en utilisant des supports diversifiés et en s'appuyant sur des ressources locales (soirées de sensibilisations dans les communes), départementales (Flyer et réseaux sociaux) et régionales (clip d'éducation avant le journal régional). Communiquer sur le système de soins et les ressources territoriales disponibles, pouvoir apprécier l'urgence du recours et mobiliser des mesures de prévention
- La formation : Former largement aux gestes de secours : EN (SNU, classe Cadet), Communes (formation citoyenne par les associations de protection civile)

Sensibiliser à la promotion de la santé : Création d'un label « Association Promotrice de santé » pour inciter les associations à mettre en œuvre des actions dans ce sens auprès de leurs adhérents.

3) PRIORITE 2 : COMMENT RENFORCER LE POSITIONNEMENT DES CPTS AU CŒUR DE LA STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES (DEFI 1)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Premièrement, à l'heure actuelle, les professionnels de santé, le secteur sanitaire, médico-social, social et le grand public manquent de connaissances au sujet des CPTS.

Deuxièmement, il est nécessaire d'attirer davantage de professionnelles de santé et notamment des médecins généralistes dans les CPTS et pour cela il faut démontrer l'intérêt aux professionnels de s'inscrire dans cette démarche d'exercice coordonné, tout en rassurant sur l'image « technico-administrative » et complexe perçue de cette nouvelle organisation. La coordination des acteurs de santé sur un territoire de CPTS permet de faciliter l'accès à un médecin traitant. En HS, 20 000 personnes de plus de 17 ans sans médecin traitant dont 2568 en ALD (chiffres CPAM).

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

- Communication par les pairs : Ambassadeurs au sein des CPTS pour porter l'information auprès des PS et apporter une vision concrète, opérationnelle et non institutionnelle. Mettre en avant des actions possibles sur des thématiques partagées. S'appuyer sur les ressources existant pour promouvoir les CPTS auprès des PS : DAC, animateurs de CLS, coordonnateurs de MSP
- Communiquer auprès du public sur les missions importantes : aide à l'accès à un médecin traitant et soins non programmés en donnant les moyens aux CPTS pour pouvoir y répondre ☐ renfort de temps administratif/ de temps de coordination. Associer des représentants des usagers à la gouvernance des CPTS pour travailler sur une communication adaptée au grand public.
- Intégrer les CPTS à la CME / instances des établissements de santé, pour renforcer lien ville/hôpital

4) PRIORITE 3: DEVELOPPER LES TRANSFERTS DE TACHES ET COMPETENCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE (DEFI 2)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Le transfert des tâches et des compétences est un levier pour garantir l'accès et la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés. Au sein du territoire, on peut s'appuyer sur de nombreux PS qualifiés qui constituent des ressources importantes à mobiliser davantage. Il faut s'appuyer sur les moyens déjà présents : CPTS, création de protocoles, nouvelles professions : IPA, Assistants médicaux pour démocratiser et déployer plus largement le transfert des tâches et mieux prendre en charge les patients dans leur parcours de soins. Le transfert de tâches et de compétences organisés au sein des CPTS est une amélioration du quotidien des PS et permet une meilleure prise en soins des patients.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

- Travailler avec les PS : Les sensibiliser « au travailler ensemble », à la nécessité de partager de l'information dans le cercle de soins du patient, c'est fondamental pour le transfert des tâches, montrer la valeur ajoutée de la délégation de tâches. Faciliter la généralisation des pratiques et expériences existantes. (Proposer par exemple un parrainage entre CPTS).
- Travailler sur le transfert de tâches dans le domaine du maintien à domicile des PA, du certificat de décès et renforcer les pratiques actuelles dans le cadre de la vaccination
- Rassurer et informer le public sur la qualité de ces nouvelles pratiques par de la communication
- Créer des temps de dialogue, des passerelles entre la ville et l'hôpital pour renforcer cette démarche et lui donner du sens

5) PRIORITE 4 : COMMENT MOBILISER LES ACTEURS LOCAUX POUR RENDRE LA HAUTE-SAONE ATTRACTIVE POUR DES PROFESSIONNELS DE SANTE (DEFI 3)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Le département connaît des difficultés pour faire venir et fidéliser des PS. L'ensemble des partenaires (monde du travail, collectivités territoriales, Education nationale, organismes de formation...) doivent être mobilisés pour rendre la HS attractive vis-à-vis des professionnels de santé ou des professionnels du milieu de la santé

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

- 1) Faire un bilan des projets partagés et actions existant sur le territoire afin d'analyser les forces et les faiblesses. Créer des groupes de réflexions afin de solliciter l'intelligence collective.
- 2) Formation : Proposer des temps d'accompagnement et de formation continue au PS en mutualisant les fonds de formation. Promouvoir les métiers de la santé auprès de jeunes au travers de forums et inciter les PS à recevoir des stagiaires
- 3) Rendre le territoire attractif (communication et promotion de la HS) auprès des PS en leur apportant une intégration de qualité, des temps d'échanges et de convivialités et en mettant l'accent auprès des organismes sur la QVT (appui sur la « commissaire départementale à l'attractivité professionnelle en santé » du CD70.)

6) PRIORITE 5 : DEVELOPPER L'« ALLER VERS » POUR PROMOUVOIR LA SANTE DES HAUTS SAONNOIS (DEFI 4)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Les déterminants de la santé influencent l'état de santé d'une population. Il est possible d'agir sur ces facteurs grâce à la prévention. Aujourd'hui de nombreuses initiatives sont prises à l'échelle nationale, régionale et locale en matière de prévention, cependant fort de constater que trop peu de ces actions sont connues du grand public au niveau d'un territoire. Ainsi, il paraît important de développer « l'aller vers » en s'appuyant sur les acteurs locaux pour permettre de faire entrer la prévention dans le quotidien des Français sur leurs lieux de vie.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Cibler le « Aller vers » dans les territoires ruraux en s'appuyant sur les PS et les pairs :

- Travailler par territoire au plus proche de la population en communiquant sur l'existant, sur les actions des réseaux.
- S'appuyer sur les associations locales (sportives, culturelles...) et les accompagner à mettre en œuvre des actions de promotion avec les bons partenaires.
- Proposer des actions de prévention lors des étapes « clés de la vie » (entrée au collège, grossesse, retraite ...)

- Relayer les actions de prévention nationales (octobre rose, mars bleu...) en s'appuyant sur les ressources locales (ex : CPTS, CLS)
- Accompagner la transformation de certaines professions avec la dimension de l'aller vers

8.2.6. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DE SAONE-ET-LOIRE

PORTRAIT DE TERRITOIRE

Données sociodémographiques

<p>Population en 2019 : 551 593 19,7 % de la population BFC et 0,8 % France métro</p> <p>Densité de la population (nb d'habitants au km²) en 2019 : 64,3 BFC : 58,7 - France métro : 119,7</p> <p>Nombre de naissances en 2020 : 4655</p> <p>Nombre de décès en 2020 : 7402</p> <p>Evolution de la population entre 2001 et 2021 : +0,3 % BFC : +1,8 % - France métro : +10,4 %</p>	<p>Part des personnes :</p> <p>De moins de 20 ans en 2018 : 21,8 % BFC : 22,9 % - France métro : 24,0 %</p> <p>De 75 ans et plus en 2018 : 12,5 % BFC : 10,9 % - France métro : 9,4 %</p> <p>De 75 ans et plus vivant seules en 2018 : 39,1 % BFC : 38,7 % - France métro : 38,4 %</p> <p>Part des familles monoparentales en 2018 : 8,0 % BFC : 8,5 % - France métro : 9,8 %</p> <p>Taux de pauvreté en 2018 : 12,9 % BFC : 12,8 % - France métro : 14,5 %</p>
---	--

Etat de santé

<p>Les 4 principales causes de décès (2015-2017) :</p> <p>Cancers : 26,7 % BFC : 27,8 % - France métro : 28,7 %</p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 23,9 % BFC : 24,6 % - France métro : 24,0 %</p> <p>Maladies respiratoires : 7,2 % BFC : 7,0 % - France métro : 7,2 %</p> <p>Traumatismes et empoisonnements : 6,8 % BFC : 6,7 % - France métro : 6,5 %</p>	<p>Les 5 principaux motifs de prise en charge (2019 – nb pour 1000 hab) :</p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 73,2 BFC : 75,3 - France métro : 74,7</p> <p>Diabète : 61,0 BFC : 59,9 - France métro : 58,1</p> <p>Maladies respiratoires : 52,4 BFC : 52,6 - France métro : 55,9</p> <p>Cancers : 48,7 BFC : 47,6 - France métro : 48,4</p> <p>Maladies psychiatriques : 43,4 BFC : 39,6 - France métro : 38,6</p>
---	--

Offre

<p>Pour 10 000 habitants, on compte :</p> <p>11,9 médecins généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 12,5 - France métro : 12,6</p> <p>114,1 infirmiers salariés, libéraux ou mixtes BFC : 116,1 - France métro : 113,7</p> <p>12,4 masseurs kinésithérapeutes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 11,6 - France métro : 13,2</p> <p>5,0 chirurgiens-dentistes généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 4,9 - France métro : 6,4</p> <p>9,8 pharmaciens généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 10,7 - France métro : 10,5</p> <p>15,8 médecins spécialistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 15,9 - France métro : 18,0</p>	<p>Evolution sur la période 2015-2021 :</p> <p>-73 médecins généralistes BFC : -655 - France métro : -17 255</p> <p>+824 infirmiers BFC : +4105 - France métro : +122 769</p> <p>+149 masseurs kinésithérapeutes BFC : +445 - France métro : +5494</p> <p>+13 chirurgiens-dentistes BFC : -10 - France métro : +986</p> <p>-62 pharmaciens généralistes BFC : -191 - France métro : -4031</p> <p>+155 médecins spécialistes BFC : +284 - France métro : +387</p>
<p>On dénombre au 01/01/2021 :</p> <p>37 établissements de santé</p> <p>167 structures pouvant accueillir des personnes âgées</p> <p>149 structures pouvant accueillir des adultes handicapés</p> <p>41 structures pouvant accueillir des enfants handicapés</p>	<p>dont 6 Services des Urgences et 5 maternités soit 11799 places (10447 en établissements et 1352 en services)</p> <p>soit 4037 places (3146 en établissements et 891 en services)</p> <p>soit 1277 places (773 en établissements et 504 en services)</p>

Sources : STATISS 2021 Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne-Franche-Comté + ORS (données diagnostic PRS BFC à mi-parcours Octobre 2022)

1) INTITULE DES 5 PRIORITES :

1. Renforcer et donner de la visibilité aux CPTS, en faire l'acteur principal de l'exercice coordonné entre médecin traitant et équipe traitante pluridisciplinaire (Défi 1)
2. Disposer d'une permanence des soins sur un territoire, avec une coordination par la CPTS (Défi 2)
3. Proposer aux professionnels de santé une offre de tutorat et une mise en réseau tout au long de leur carrière (Défi 3)
4. Faire de l'école et l'Education Nationale un acteur majeur de la prévention (Défi 4)
5. Renforcer le lien entre ville et hôpital mais aussi entre les structures publiques-privées (Défi 2)

2) PRIORITE 1: RENFORCER ET DONNER DE LA VISIBILITE AUX CPTS, EN FAIRE L'ACTEUR PRINCIPAL DE L'EXERCICE COORDONNE ENTRE MEDECIN TRAITANT ET EQUIPE TRAITANTE PLURIDISCIPLINAIRE (DEFI 1)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Le manque de médecins traitants sur la Saône-et-Loire est une réalité terrible pour nos concitoyens. Nous avons du mal à trouver des médecins qui s'installent donc nous devons donner du temps médical aux médecins installés sur notre territoire afin de ne pas les épuiser et qu'ils prennent plus de patients en charge. La coordination interprofessionnelle via les CPTS est un bon moyen. La CPTS, acteur principal de l'exercice coordonné, permet de mettre en lien des professionnels qui continuent d'exercer dans leur lieu d'installation avec un objectif de prise en charge des patients en proximité sur un territoire géographique à déterminer. Il s'agit de mobiliser les ressources humaines existantes en créant un réseau.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Aider les CPTS, quand elles existent, en logistique et en moyens humains, dans leur action de coordination interprofessionnelle afin de trouver un médecin traitant pour tous et organiser les soins non programmés.

Favoriser leur développement en simplifiant les formalités de création et en dédommagent les initiateurs du projet pour le temps nécessaire à leur concrétisation.

3) PRIORITE 2: DISPOSER D'UNE PERMANENCE DES SOINS SUR UN TERRITOIRE, AVEC UNE COORDINATION PAR LA CPTS (DEFI 2)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Cette priorité a été choisie afin de permettre de prendre mieux en charge les patients sur la Saône-et-Loire en dehors des heures habituelles.

Il s'agit de désengorger les urgences de soins non programmés qui ne sont pas des urgences.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Réaliser un répertoire de tous les professionnels de santé, de toutes les structures de soins couvertes par la CPTS afin de coordonner une permanence des soins.

Aider à trouver des solutions pour la permanence des soins, aider les CPTS dans leur mission, notamment à l'organisation de gardes les samedis matins grâce aux maisons de garde par exemple proches des hôpitaux dans des locaux visibles et faciles d'accès pour la population. Changer les habitudes et motiver à ce changement d'exercice.

Changer les habitudes et motiver à ce changement d'exercice.

4) PRIORITE 3: PROPOSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTE UNE OFFRE DE TUTORAT ET UNE MISE EN RESEAU TOUT AU LONG DE LEUR CARRIERE (DEFI 3)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Nous devons rendre attractif notre département pour attirer de nouveaux professionnels de santé sur notre territoire.

Il faut que des étudiants puissent venir facilement dans les campagnes afin de connaître l'exercice de leur profession dans de nouveaux environnements.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Disposer de plus de maîtres de stage dans notre département en faisant de l'information auprès des professionnels installés sur les avantages à prendre un stagiaire.

Travailler à la création d'internats interprofessionnels gratuits afin que les étudiants dans les métiers de la santé se retrouvent ensemble dans un cadre de vie et d'exercice agréable, enrichissant et surtout pas isolé.

Permettre à ces étudiants de réaliser des gardes facilement.

Organiser des rencontres interdisciplinaires régulières via les CLS.

5) PRIORITE 4 : CONFIRMER L'ECOLE ET L'EDUCATION NATIONALE COMME UN ACTEUR MAJEUR DE LA PREVENTION (DEFI 4)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Nous constatons que les actions de préventions sont insuffisantes, trop tardives et peu impactantes : le modèle est à revoir entre la santé et l'éducation.

Les enfants et les jeunes éduqués à la prévention passent les messages à leurs familles en les sensibilisant plus efficacement que les messages institutionnels.

Nous devons être les partenaires de l'éducation nationale afin que dès le plus jeune âge des messages de prévention efficaces passent auprès du jeune public.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Aider à l'organisation, à l'école et à chaque âge, d'ateliers éducatifs sur des sujets essentiels comme la nutrition, l'hygiène buccodentaire, la prévention solaire, la prévention contre les addictions... Les ateliers doivent s'accompagner d'une restitution parentale en fin de journée. Les ateliers seront réalisés en partenariat avec les CPTS ou MSP ou ESP des territoires.

Faire appel à des personnes dont c'est la compétence : le service sanitaire remplit cette mission avec succès.

6) PRIORITE 5: RENFORCER LE LIEN ENTRE VILLE ET HOPITAL MAIS AUSSI ENTRE LES STRUCTURES PUBLIQUES-PRIVEES (DEFI 2)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Un territoire de santé est composé du monde ambulatoire et des établissements de santé. Nous devons travailler davantage ensemble et tisser des liens forts de travail en commun et mieux communiquer afin de faciliter la prise en charge des patients de la Saône-et-Loire.

Le renforcement des liens ville hôpital passe par une communication plus fluide autour du patient grâce à l'espace de santé numérique (mon espace santé), par une anticipation des hospitalisations (inscription du choix du patient par ses professionnels de santé, de ses directives anticipées...).

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Améliorer l'organisation des gardes pour soulager les urgences, avec les CPTS ou l'association des médecins généralistes qui peut exister.

Améliorer les sorties d'hospitalisations, aussi bien dans l'organisation que dans la communication entre le monde hospitalier et le monde ambulatoire (trouver des outils efficaces et faciles). Ce travail à réaliser avec les CPTS et autres associations comme les DAC.

Mobiliser des moyens si le déploiement de mon espace santé et de son utilisation dans le département sont insuffisants.

Redéfinir les relations liens public et équilibrer les contraintes qui pèsent plus sur le public que le privé.

8.2.7. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DE L'YONNE

PORTRAIT DE TERRITOIRE

Données sociodémographiques

<p>Population en 2019 : 335 707 12,0 % de la population BFC et 0,5 % France métro</p> <p>Densité de la population (nb d'habitants au km²) en 2019 : 45,2 BFC : 58,7 - France métro : 119,7</p> <p>Nombre de naissances en 2020 : 3104</p> <p>Nombre de décès en 2020 : 4452</p> <p>Evolution de la population entre 2001 et 2021 : -0,9 % BFC : +1,8 % - France métro : +10,4 %</p>	<p>Part des personnes :</p> <p>De moins de 20 ans en 2018 : 22,7 % BFC : 22,9 % - France métro : 24,0 %</p> <p>De 75 ans et plus en 2018 : 11,4 % BFC : 10,9 % - France métro : 9,4 %</p> <p>De 75 ans et plus vivant seules en 2018 : 37,0 % BFC : 38,7 % - France métro : 38,4 %</p> <p>Part des familles monoparentales en 2018 : 9,2 % BFC : 8,5 % - France métro : 9,8 %</p> <p>Taux de pauvreté en 2018 : 14,5 % BFC : 12,8 % - France métro : 14,5 %</p>
---	--

Etat de santé

<p>Les 4 principales causes de décès (2015-2017) :</p> <p>Cancers : 27,7 % BFC : 27,8 % - France métro : 28,7 %</p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 24,3 % BFC : 24,6 % - France métro : 24,0 %</p> <p>Maladies respiratoires : 7,3 % BFC : 7,0 % - France métro : 7,2 %</p> <p>Traumatismes et empoisonnements : 6,1 % BFC : 6,7 % - France métro : 6,5 %</p>	<p>Les 5 principaux motifs de prise en charge (2019 – nb pour 1000 hab) :</p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 75,3 BFC : 75,3 - France métro : 74,7</p> <p>Diabète : 65,4 BFC : 59,9 - France métro : 58,1</p> <p>Maladies respiratoires : 64,0 BFC : 52,6 - France métro : 55,9</p> <p>Cancers : 47,2 BFC : 47,6 - France métro : 48,4</p> <p>Maladies psychiatriques : 43,9 BFC : 39,6 - France métro : 38,6</p>
--	---

Offre

<p>Pour 10 000 habitants, on compte :</p> <p>10,4 médecins généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 12,5 - France métro : 12,6</p> <p>101,8 infirmiers salariés, libéraux ou mixtes BFC : 116,1 - France métro : 113,7</p> <p>7,6 masseurs kinésithérapeutes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 11,6 - France métro : 13,2</p> <p>3,9 chirurgiens-dentistes généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 4,9 - France métro : 6,4</p> <p>9,4 pharmaciens généralistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 10,7 - France métro : 10,5</p> <p>12,1 médecins spécialistes salariés, libéraux ou mixtes BFC : 15,9 - France métro : 18,0</p>	<p>Evolution sur la période 2015-2021 :</p> <p>-94 médecins généralistes BFC : -655 - France métro : -17 255</p> <p>+485 infirmiers BFC : +4105 - France métro : +122 769</p> <p>-1 masseurs kinésithérapeutes BFC : +445 - France métro : +5494</p> <p>+1 chirurgiens-dentistes BFC : -10 - France métro : +986</p> <p>-37 pharmaciens généralistes BFC : -191 - France métro : -4031</p> <p>+58 médecins spécialistes BFC : +284 - France métro : +387</p>
<p>On dénombre au 01/01/2021 :</p> <p>22 établissements de santé</p> <p>95 structures pouvant accueillir des personnes âgées</p> <p>79 structures pouvant accueillir des adultes handicapés</p> <p>32 structures pouvant accueillir des enfants handicapés</p>	<p>dont 5 Services des Urgences et 2 maternités soit 6698 places (5911 en établissements et 787 en services)</p> <p>soit 2521 places (2117 en établissements 404 en services)</p> <p>soit 914 places (698 en établissements 216 en services)</p>

Sources : STATISS 2021 Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne-Franche-Comté + ORS (données diagnostic PRS BFC à mi-parcours Octobre 2022)

1) INTITULE DES 5 PRIORITES :

1. Développer un annuaire de l'offre de soins disponible sur le territoire afin de permettre à la population de s'orienter selon ses besoins (défi 1)
2. Accompagner l'organisation d'un système mutualisé de créneaux de soins non programmés mis à disposition des habitants du territoire (défi 2)
3. Mener auprès des plus jeunes au plus tôt des actions d'informations au collège, au lycée et sur les réseaux sociaux visant à faire connaître le contenu et l'intérêt des métiers de la santé (défi 3)
4. Développer un partenariat avec les conseillers d'orientation et les directions d'établissements scolaires pour mettre en avant les métiers de la santé (défi 3)
5. Faire connaître les différents acteurs de la prévention et les actions menées pour une meilleure coordination et un accès facilité de tous à la prévention (défi 4)

2) PRIORITE 1: DEVELOPPER UN ANNUAIRE DE L'OFFRE DE SOINS DISPONIBLE SUR LE TERRITOIRE AFIN DE PERMETTRE A LA POPULATION DE S'ORIENTER SELON SES BESOINS (DEFI 1)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Le CTS de l'Yonne considère qu'une problématique majeure dans notre territoire est la difficulté à s'orienter dans le système de santé dont les acteurs, les structures et les réponses apportées restent globalement méconnues.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Un annuaire des professionnels de santé et des structures de soins et de prévention sera développé en lien avec les collectivités dans une logique de proximité et en fonction des besoins de la population. Il sera multi supports pour ne laisser personne hors de son champ (fracture numérique, connaissance linguistique, etc.)

3) PRIORITE 2 : ACCOMPAGNER L'ORGANISATION D'UN SYSTEME MUTUALISE DE CRENEAUX DE SOINS NON PROGRAMMES MIS A DISPOSITION DES HABITANTS DU TERRITOIRE (DEFI 2)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Le CTS de l'Yonne considère que le projet de Service d'Accès aux Soins est primordial pour la population de l'Yonne compte tenu des difficultés majeures d'accès aux soins vécues par les habitants du territoire.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Le CTS suivra et accompagnera la mise en œuvre du SAS en apportant sa pierre à l'édifice par la communication et l'interconnaissance. Il interviendra pour faciliter la compréhension de ce dispositif nouveau par les usagers.

4) PRIORITE 3: MENER AUPRES DES PLUS JEUNES AU PLUS TOT DES ACTIONS D'INFORMATIONS AU COLLEGE, AU LYCEE ET SUR LES RESEAUX SOCIAUX VISANT A FAIRE CONNAITRE LE CONTENU ET L'INTERET DES METIERS DE LA SANTE (DEFI 3)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Les métiers de la santé manquent d'attractivité. La démographie des professions de santé est chancelante dans l'Yonne. Les jeunes semblent méconnaître ces métiers, l'intérêt qu'ils procurent, les compétences à acquérir pour les exercer.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Une stratégie de communication sera développée par le CTS afin de promouvoir ces métiers d'une manière qui touche les jeunes et leurs aspirations au moment où ils doivent faire leurs choix.

5) PRIORITE 4 : DEVELOPPER UN PARTENARIAT AVEC LES CONSEILLERS D'ORIENTATION ET LES DIRECTIONS D'ETABLISSEMENTS SCOLAIRES POUR METTRE EN AVANT LES METIERS DE LA SANTE (DEFI 3)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Les établissements scolaires de l'Yonne mettent peu en avant au moment de l'aide à l'orientation les métiers de la santé. Il s'agit donc de lancer une action résolue vers le secteur scolaire.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Après élaboration des messages, outils et supports, le CTS se rendra à la rencontre des conseillers d'orientation et des chefs d'établissement afin de lancer des actions concrètes vers les jeunes en milieu scolaire de promotion de ces métiers.

6) PRIORITE 5 : FAIRE CONNAITRE LES DIFFERENTS ACTEURS DE LA PREVENTION ET LES ACTIONS MENEES POUR UNE MEILLEURE COORDINATION ET UN ACCES FACILITE DE TOUS A LA PREVENTION (DEFI 4)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

La prévention est le parent pauvre de la santé. En particulier le CTS de l'Yonne estime qu'une des causes de ce faible accès à la prévention est la méconnaissance des nombreux acteurs intervenant dans ce champ large et une méconnaissance de leurs actions.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

Un recensement sera mis en œuvre qui aboutira à la réalisation de supports de communication adaptés aux différents publics afin de les toucher efficacement en prenant en compte la fracture numérique, les difficultés linguistiques, les situations sociales complexes.

8.2.8. CONSEIL TERRITORIAL EN SANTE DU POLE METROPOLITAIN NORD FRANCHE-COMTE

PORTRAIT DE TERRITOIRE

Données sociodémographiques

<p>Population en 2018 : 302 905 <i>10,8 % de la population BFC et 0,5 % France métro</i></p> <p>Densité de la population (nb d'habitants au km²) en 2018 : 247,9 <i>BFC : 58,7 - France métro : 119,7</i></p> <p>Nombre annuel moyen de naissances 2013-2018 : 3448</p> <p>Nombre annuel moyen de décès 2013-2017 : 2768</p>	<p>Part des personnes :</p> <p>De moins de 20 ans en 2018 : 24,2 % <i>BFC : 22,9 % - France métro : 24,0 %</i></p> <p>De 75 ans et plus en 2018 : 9,9 % <i>BFC : 10,9 % - France métro : 9,4 %</i></p> <p>De 75 ans et plus vivant seules en 2018 : 39,8 % <i>BFC : 38,7 % - France métro : 38,4 %</i></p> <p>Part des familles monoparentales en 2018 : 9,9 % <i>BFC : 8,5 % - France métro : 9,8 %</i></p> <p>Taux de chômage en 2018 : 15,0 % <i>BFC : 12,2 % - France métro : 13,0 %</i></p>
---	--

Etat de santé

<p>Les 4 principales causes de décès (2013-2017 – nb pour 100 000 hab) :</p> <p>Cancers : 250,3 <i>BFC : 253,0 - France métro : 251,8</i></p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 247,4 <i>BFC : 232,8 - France métro : 225,5</i></p> <p>Maladies respiratoires : 61,6 <i>BFC : 62,4 - France métro : 64,0</i></p> <p>Traumatismes et empoisonnements : 15,3 <i>BFC : 15,9 - France métro : 13,8</i></p>	<p>Les 5 principaux motifs de prise en charge (2019 – nb pour 1000 hab) :</p> <p>Maladies cardio-vasculaires : 78,16 <i>BFC : 75,3 - France métro : 74,7</i></p> <p>Diabète : 63,7 <i>BFC : 59,9 - France métro : 58,1</i></p> <p>Maladies respiratoires : 55,2 <i>BFC : 52,6 - France métro : 55,9</i></p> <p>Cancers : 44,1 <i>BFC : 47,6 - France métro : 48,4</i></p> <p>Maladies psychiatriques : 30,2 <i>BFC : 39,6 - France métro : 38,6</i></p>
---	---

Offre/Prévention

<p>Accès aux soins :</p> <p>Nb de consultations de médecine générale/hab en 2019 : 4,1 <i>BFC : 3,6 - France métro : 3,9</i></p> <p>Pour 100 000 habitants, on compte en 2019 :</p> <p>124 infirmiers libéraux <i>BFC : 101,7 - France métro : 146,5</i></p> <p>56,8 masseurs kinésithérapeutes libéraux <i>BFC : 74,8 - France métro : 104,0</i></p> <p>18,6 sages-femmes libérales <i>BFC : 16,0 - France métro : 17,3</i></p> <p>Temps moyen d'accès aux services d'urgences en 2021 (min) : 13,5 <i>BFC : 18,06 - France métro : 13,6</i></p> <p>Prévention (2019) :</p> <p>Part de personnes ayant déclaré un médecin traitant : 91,8 % <i>BFC : 91,3 % - France métro : 90,1 %</i></p> <p>Taux de patients vaccinés contre la grippe : 49,4 % <i>BFC : 52,3 % - France métro : 52,5 %</i></p> <p>Taux de patientes ayant bénéficié d'une mammographie de dépistage du cancer du sein : 53,6 % <i>BFC : 60,4 % - France métro : 59,9 %</i></p> <p>Taux de patients ayant bénéficié d'un acte de dépistage préventif lié au cancer colorectal : 23,0 % <i>BFC : 22,9 % - France métro : 22,4 %</i></p> <p>Taux de patientes ayant bénéficié d'un frottis cervico-utérin de dépistage du cancer du col de l'utérus : 39,2 % <i>BFC : 40,9 % - France métro : 39,8 %</i></p>
--

Sources : STATISS 2021 Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne-Franche-Comté + ORS (données diagnostic PRS BFC à mi-parcours Octobre 2022)

1) INTITULE DES 5 PRIORITES :

1. La régulation des soins non programmés et des parcours (défi 2)
2. Le développement des dispositifs permettant de faire gagner du temps médical (défi 1)
3. La responsabilité du territoire pour proposer un cadre de vie approprié (défi 3)
4. Le territoire : échelon de référence pour engager les politiques de prévention (défi 4)
5. La formation et la régulation des professions de santé (défi 3)

2) PRIORITE 1: LA REGULATION DES SOINS NON PROGRAMMES ET DES PARCOURS (DEFI 2)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

- Contribuer au désengorgement des urgences, dans un système de santé où l'accès aux soins de ville est devenu de plus en plus difficile notamment durant les horaires de la permanence des soins,
- Structurer les parcours de soins complexes dans des dispositifs coopérants privilégiant le maintien à domicile.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

- Créer une régulation territoriale pour l'accès aux soins interconnectée avec le Centre 15 dans le cadre du service d'Accès aux Soins (SAS),
- Organiser une réponse coordonnée et graduée aux demandes de soins dans le Nord Franche-Comté,
- Confier aux acteurs de terrain la charge d'organiser et d'assurer une activité de régulation de nature à faire respecter l'organisation de parcours de soins structurés.
- Les parcours suivants sont définis comme prioritaires :
 - Personne âgée en perte d'autonomie
 - Accès aux soins de la personne en situation de handicap
 - La santé mentale, en s'appuyant sur le projet territorial de santé mentale
 - Le parcours neurologie

3) PRIORITE 2 : LE DEVELOPPEMENT DES DISPOSITIFS PERMETTANT DE FAIRE GAGNER DU TEMPS MEDICAL (DEFI 1)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

L'objectif général est d'améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins.

L'axe principal à traiter concerne l'innovation du travail interprofessionnel. D'abord en libérant le médecin de tâches administratives, ensuite en attribuant à d'autres professionnels des compétences relevant du champ médical.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

- Soutien à la formation des assistants médico-administratifs en mobilisant les membres du CTS sur les procédures de recrutement, de formation et en mobilisant les CPTS du territoire
- Soutien à la formation des infirmières de pratique avancée par des actions de communication visant à faire connaître le dispositif et ses possibilités d'accompagnement financier.
- Initier et déployer largement les protocoles de coopération sur le territoire NFC
- Faciliter la circulation de l'information par des actions de formations territoriales, de recueil des besoins de poste, de retour d'expérience

4) PRIORITE 3: LA RESPONSABILITE DU TERRITOIRE POUR PROPOSER UN CADRE DE VIE APPROPRIE (DEFI 3)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Les collectivités locales ont à jouer un rôle central dans l'aménagement du territoire de santé pour favoriser l'attractivité des professionnels en soutenant toutes les modalités d'exercice, à titre individuel ou collectif, dans tous les secteurs d'activités, du maintien à domicile jusqu'à l'hospitalisation de recours.

Les politiques publiques (logement, aide à la parentalité, environnement, loisirs...) portées par les collectivités sont sources d'attractivité pour les professionnels et complémentaires des conditions d'exercice professionnel.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

- Participation des élus à l'élaboration du contrat local de santé Nord Franche-Comté et en particulier en accompagnant les politiques d'attractivité
- Recensement des initiatives locales relatives à l'attractivité en vue d'une meilleure coordination, pour les promouvoir et dupliquer celles intéressantes
- Rôle central des collectivités dans la transformation environnementale et le développement des mobilités douces : promouvoir les initiatives locales au sein du CTS
- Coordination à l'échelle territoriale des mesures concourant à l'attractivité des professionnels en lien avec les dispositifs régionaux et locaux
- En congruence avec l'approche « one health », déployer les leviers du PRSE 4, notamment par la promotion des appels à projets à destination des collectivités, à des fins d'amélioration de la qualité sanitaire de l'environnement et de la résilience du territoire face aux enjeux climatiques.

5) PRIORITE 4 : LE TERRITOIRE : ECHELON DE REFERENCE POUR ENGAGER LES POLITIQUES DE PREVENTION (DEFI 4)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

Le territoire constitue l'échelon de référence pour engager des politiques de prévention améliorant le repérage des facteurs de risque et apporter des réponses en termes d'orientation des patients par l'affectation de financements dédiés.

Cette mission participe de la responsabilité populationnelle territoriale par le ciblage des déterminants de santé pour lesquels les facteurs de risque sont les plus défavorables.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

- S'appuyer sur le RRAPS (réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé) Nord Franche-Comté pour développer des actions de prévention.
Le RRAPS est l'instance locale de pilotage et de coordination de la prévention à l'échelle du territoire de santé. Cette dernière définit les priorités territoriales en matière de prévention, réunit et coordonne les acteurs dans la mise en œuvre des actions prioritaires et contribue au partage de l'information sur l'ensemble des actions déployées.
- Participation de référents désignés par le CTS aux instances du RRAPS NFC et présentation une fois par an des orientations et actions réalisées en assemblée plénière du CTS
- Développer les formations des professionnels concernant la prévention
- Développer les actions d'aller vers concernant la prévention
- Développer des journées de dépistage et mettre en place un suivi des personnes dépistées
- Mobiliser les collectivités territoriales sur le déploiement des actions de prévention
- Développer l'éducation thérapeutique du patient, notamment en lien avec les CPTS
- Promouvoir le déploiement des compétences psycho-sociales
- Promouvoir la prévention des risques
- Engager et soutenir à l'échelle territoriale des actions de prévention sur les thématiques suivantes :
 - Nutrition
 - Activité physique

6) PRIORITE 5 : LA FORMATION ET LA REGULATION DES PROFESSIONS DE SANTE (DEFI 3)

Pourquoi cette priorité a-t-elle été choisie ?

L'émergence de besoins grandissants provoqués par la chronicité d'un grand nombre de pathologies et le vieillissement de la population font consensus mais se heurtent à un manque de ressources humaines, générateur de difficultés structurelles.

Si la hausse des rémunérations est nécessaire, la première des priorités reste d'accroître les effectifs. La dégradation des conditions de travail liée à des effectifs en tension et une perte générale de sens ont contribué à aggraver le déficit d'attractivité des métiers de la santé en particulier dans les secteurs du grand âge et du handicap.

Outres les facteurs qui permettent d'améliorer l'attractivité des professionnels de santé à travers les politiques de recrutement, d'intégration, de management, de formation et d'accompagnement, il n'en demeure pas moins que les carences actuelles portent davantage sur une insuffisance générale de professionnels formés et disponibles.

Comment cette priorité va-t-elle être mise en œuvre par le CTS / quelles sont les préconisations du CTS ?

La gestion de la démographie des professionnels de santé est à réviser pour prendre en compte les besoins non couverts et adapter l'appareil de formation en conséquence, de sorte que le nombre d'étudiants à former dans toutes les branches concernées soit significativement augmenté.

La seule augmentation des professionnels formés ne sera pas suffisante si elle n'est pas assortie d'un dispositif de régulation adapté et volontariste pour que le Nord Franche-Comté dispose du nombre de professionnels utiles à répondre aux besoins de santé de sa population.

- Contribuer à la mise en place d'un observatoire des formations en santé sur le Nord Franche-Comté et travailler sur un prévisionnel des besoins
- Etudier la faisabilité de mise en place de nouvelles formations aux métiers de la santé sur le territoire Nord Franche Comté
- Mener de actions visant à attirer vers les métiers du soin, de la santé et du domicile
- Soutenir les professionnels engagés dans le système de formation par des actions d'accompagnement (tutorat...)
- Développer des actions visant à accompagner les personnes en formation sur le territoire pour les inciter à rester dans le Nord Franche-Comté
- Contribuer à la construction des parcours professionnels entre les différentes structures ou métier et mettre en œuvre des dispositifs de parrainage

8.3. DEVELOPPER LA PARTICIPATION CITOYENNE POUR RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE

1) CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Selon la stratégie nationale de santé, la démocratie en santé recèle deux dimensions : il s'agit d'une part de la promotion des droits individuels et collectifs des usagers et des personnes concernées, et d'autre part d'une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. En ce sens, la référence à la démocratie en santé tend à effacer les frontières entre le sanitaire, le social et le médico-social.

Elle recouvre ainsi un ensemble de droits à la fois individuels comme l'accès à l'information, le consentement, l'accès au dossier médical ou la réparation des accidents médicaux, mais aussi collectifs, par la participation des usagers dans les instances de santé, notamment au sein de :

- La conférence régionale de santé et de l'autonomie et ses commissions spécialisées
- Des conseils territoriaux de santé
- Des instances régionales et territoriales de l'ARS
- Des contrats locaux de santé
- Des communauté Professionnelle Territoriale en Santé
- Des structures de santé : établissements de santé et médico-sociaux, structures de ville, dispositifs d'appui à la coordination

La démocratie en santé, c'est aussi s'inscrire dans l'approche du parcours de la personne en la mettant « au centre » comme partenaire, à part entière, de la relation de soins. Plusieurs enjeux se croisent :

- La formation et l'évolution des pratiques professionnelles
- La communication auprès du grand public et les acteurs de santé
- La valorisation et la diffusion des bonnes pratiques

Aussi, l'objectif de la démocratie en santé est de favoriser la participation des différentes parties prenantes du système de santé, et en particulier de justifier, promouvoir, faciliter celle de ses usagers. L'apport des représentants des usagers est indéniable, par leur légitimité démocratique et leur expertise caractérisée par des savoirs collectivement construits à l'aune des besoins constatés.

Le projet régional de santé, dans la ligne de la stratégie nationale de santé, constitue l'opportunité d'ancrer une réelle dynamique en matière de démocratie en santé, permettant d'améliorer la réponse aux besoins de santé et l'état de santé de la population.

Références règlementaires :

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 renforce la démocratie en santé et renforce les droits des patients :

- en affirmant que la politique de santé comprend l'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire des associations, aux débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé ;
- en associant les usagers à l'élaboration de la politique de santé et de renforcer les droits individuels et collectifs ;
- en introduisant de nouveaux droits individuels et collectifs et en prévoyant des dispositifs pour faire valoir les droits des usagers.

En parallèle, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a conféré aux personnes âgées accueillies ou accompagnées en établissements ou services de nouveaux droits et libertés.

L'instruction du 17 mars 2023 relative à la pérennisation du Conseil national de la refondation en santé (CNR Santé) dans les territoires. La priorisation des actions identifiées dans ce cadre est intégrée dans les fiches relatives aux conseils territoriaux de santé.

Conférences des parties prenantes

Dans l'esprit du Conseil national de la refondation, et avec une méthode de dialogue renouvelée, le Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques a lancé une large concertation autour de la raison d'être du service public et des enjeux auxquels il fait face le 28 octobre 2022. Cette concertation, associant l'ensemble des parties prenantes, vise à éclairer les choix de politique publique et à contribuer ainsi à l'élaboration et la mise en œuvre des réformes du ministère.

2) OBJECTIFS GENERAUX

Les objectifs définis ici seront complétés par des actions conjointes avec France Assos Santé BFC dans le cadre de leur stratégie régionale.

Objectif général n°1 : Renforcer et développer la place et le rôle des instances de démocratie en santé officielles en développant le pouvoir d'agir individuel et collectif de leurs membres

L'actuelle mandature de la conférence régionale de santé et de l'autonomie a été installée le 11 octobre 2021 pour cinq années. Une feuille de route a été établie, par son Président, intégrant les travaux des commissions spécialisées qui lui sont rattachées : droits des usagers, prévention, offre médico-sociale et organisation des soins. La conférence des présidents est mise en place, et se réunit tous les semestres, avec les présidents des conseils territoriaux de santé. Ces derniers ont été renouvelé au cours de l'été 2022.

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Former les représentants des usagers (RU) des instances de démocratie en santé, des conseils de vie sociale (CVS) et des commissions des usagers (CDU)
- ☞ 2 - Optimiser l'articulation entre les différentes instances de démocratie en santé
- ☞ 3 - Développer de nouvelles formes de participation des membres des instances
- ☞ 4 - Informer les citoyens de l'existence, du rôle et des avis et résultats de ces instances

Exemples d'actions :

- Un site internet <http://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/> systématiquement utilisé par les instances de démocratie en santé
- Mise en place d'une structure de coordination des instances de démocratie en santé
- Mise en œuvre de la feuille de route du Président de la CRSA
- Déploiement de Mon Espace Santé (Cf. partie e-santé du livret Innovation)

Objectif général n°2 : Promouvoir les droits et les devoirs individuels et collectifs des usagers du système de santé

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Former les représentants des usagers ainsi que les professionnels et futurs professionnels sur les dispositifs de défense des droits pour leur permettre d'orienter les personnes
- ☞ 2 - Identifier et valoriser les bonnes pratiques
- ☞ 3 - Accompagne la transformation de l'expérience des malades en expertise
- ☞ 4 - Informer les citoyens de leurs droits en matière de santé

Exemples d'actions :

- Journée européenne des droits des usagers, web reportage, affichage
- Organisation du Label droits des usagers
- Promotion de Mon Espace Santé
- Groupe régional pair-aidance (Cf. parcours , livret Parcours)

Objectif général n°3 : Développer la culture de la participation des usagers et des citoyens aux projets de santé et à l'organisation du système de santé dans notre région

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - Rendre accessible les questions de santé au plus grand nombre et se donner les moyens de recueillir les avis des acteurs
- ☞ 2 - Identifier et valoriser les bonnes pratiques de participation au-delà du champ de la santé
- ☞ 3 - Expérimenter de nouvelles formes de participation citoyenne
- ☞ 4 - Faciliter la désignation des représentants des usagers en collaboration avec France Assos Santé

Exemples d'actions :

- ⊙ Débats publics, jury citoyens, conférence de consensus, diagnostics partagés
- ⊙ Utilisation des outils numériques comme activateur de la démocratie en santé

Par ailleurs si la participation des usagers est encadrée dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, aucun texte ne la prévoit dans le champ ambulatoire. Une réflexion devra être portée pour développer la participation des habitants en santé de proximité.

- ☞ 5 - *Rendre compréhensible la politique régionale de santé pour permettre au citoyen de se l'approprier et de développer son pouvoir d'agir*

Exemples d'actions :

- ⊙ Développement de la production de documents utilisant la méthode « facile à lire et à comprendre »
- ⊙ Conférences utilisant des approches non conventionnelles (conférences gesticulées ...)

Objectif général n°4 : Développer et accompagner l'engagement patient

Objectifs opérationnels :

- ☞ 1 - *Identifier les différents types d'engagement patients : représentants des usagers, représentants d'association, patients experts, patients ressources, médiateurs en santé pair, patient partenaire de ses soins etc.*
- ☞ 2 - *Inciter au recensement des patients partenaires dans les structures de santé, médico-sociales et autres organisations (MSP, CPTS etc.)*
- ☞ 3 - *Favoriser la participation des patients dans la formation des professionnels et la recherche*
- ☞ 4 - *Mettre à disposition des différents groupes d'acteurs (professionnels, représentants des usagers, bénévoles associatifs, patients/aidants) des connaissances, des méthodes et des outils afin qu'ils développent des collaborations sur des sujets essentiels en matière de santé.*

3) ARTICULATION

- Collectivités territoriales, association, Défenseur des droits, UNAASS, EHESP, Union régionale des Associations Agréées des Usagers du Système de Santé (URAASS), institut pour la démocratie en santé (IPDS), conseil départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)

4) TRANSVERSALITE

La participation des usagers à la réflexion et à la mise en œuvre des actions devra être systématisée à l'ensemble des thématiques, parcours et projets de l'agence.

Tous les livrets du SRS, en particulier :

- 1 Prévention
- 4 Parcours
- 5 Qualité, sécurité, pertinence
- 6 Offre de santé et 7 Activités de soins
- 8 Territorialisation et démocratie en santé