



**Projet Régional de Santé  
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ  
2018-2028, révision octobre 2023**

**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 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-parcours<sup>1</sup>. 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 préparation 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.

---

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



# SOMMAIRE

<b>1. NOS PRIORITES</b> .....	8
1. Agir pour les populations vulnérables et l'autonomie des personnes .....	8
2. Prévenir et mieux prendre en compte les maladies chroniques .....	8
3. Favoriser la santé mentale .....	9
4. Améliorer la démographie déficitaire des professionnels de santé .....	9
5. Réduire les risques liés à l'environnement et au changement climatique .....	10
<b>2. NOS FINALITES</b> .....	11
1. Améliorer l'état De santé des habitants de la région et protéger les populations .....	11
2. Concrétiser le concept « une seule santé » .....	11
3. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé .....	12
4. Garantir la qualité du système de santé ainsi que la sécurité et la pertinence des prises en charge et des actions de santé .....	12
5. Soutenir la résilience du système de santé .....	13
<b>3. NOS LEVIERS</b> .....	14
1. Faire le choix de la prévention : agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé .....	14
2. Favoriser l'autonomie des personnes dans le respect des choix de vie de chacun, en facilitant leur inclusion et leur autodétermination .....	17
3. Garantir l'équité en structurant une offre de santé diversifiée, de proximité, coordonnée et innovante, centrée sur le parcours de l'utilisateur .....	20
4. Attirer et fidéliser les professionnels nécessaires aux besoins de la population .....	24
5. Faire progresser la pertinence des soins, la performance et la qualité du système de santé .....	26
6. Soutenir la concrétisation de solutions innovantes par l'amélioration territoriale et partenariale de l'action publique .....	28
<b>4. LES CONDITIONS DE NOTRE REUSSITE</b> .....	30
1. Le soutien de la transformation des organisations en s'appuyant sur la démarche parcours .....	30
2. L'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques .....	30
3. La coordination des politiques publiques nationales, régionales et départementales .....	31
4. La territorialisation et l'animation de notre politique de santé : notre capacité d'agir en partenariat et en proximité .....	32
5. La mobilisation de la démocratie en santé, en particulier les représentants des usagers, dans une démarche de co-construction et de participation citoyenne .....	32
6. Un pilotage, un suivi et une évaluation renforcés de notre politique régionale de santé .....	33
<b>Annexe 1 : Liste des sigles du PRS</b> .....	34
<b>Annexe 2 : Glossaire</b> .....	37





# 1. NOS PRIORITES

La région Bourgogne-Franche-Comté est la 11<sup>ème</sup> 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<sup>2</sup>. 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'Ile-de-France à la Suisse. La région est donc un territoire peu densément peuplé : 59 habitants/km<sup>2</sup>, soit deux fois moins qu'en moyenne métropolitaine (117 habitants/km<sup>2</sup>).

## 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.

<sup>2</sup> PRS 2018-2028. Diagnostic comparé à mi-parcours. Dijon : ARS BFC, 2023, 138 p. En ligne : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/115531/download>

En 2019, un peu plus de 580 000 personnes étaient concernées par une affection de longue durée (ALD) en Bourgogne-Franche-Comté. En 2020, 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<sup>3</sup>.

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.

<sup>3</sup> Statiss 2021 Statistiques et indicateurs de la santé et du social Bourgogne-Franche-Comté. Dijon : ARS BFC, 2022, 89 p. En ligne : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/101307/download>

## 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 :

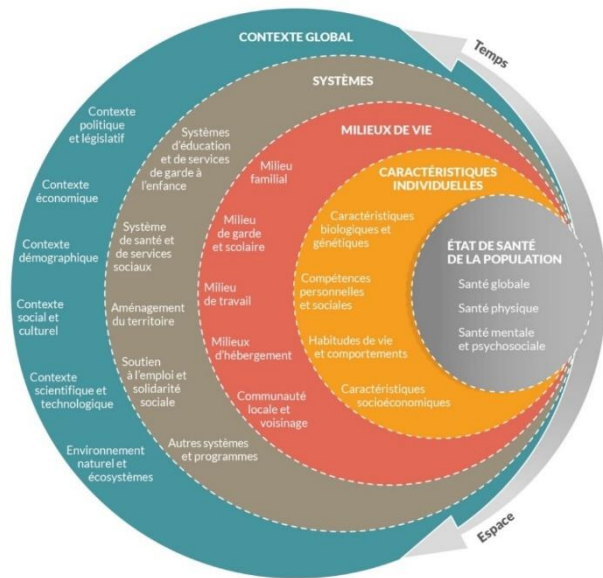
- ⇒ d'exposition aux substances nocives dont les perturbateurs endocriniens ainsi qu'aux nuisances sonores ;
- ⇒ de précarité énergétique des ménages les plus fragiles avec des conséquences en termes d'insalubrité, de pathologies liées à l'habitat et de capacités financières.

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 déterminants<sup>4</sup>*

### 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 d'appréhender 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.

<sup>4</sup> 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<sup>5</sup>. 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 graduation, 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.

<sup>5</sup> Stratégie nationale de santé, feuille de route. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013, 32 p. En ligne : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille\\_de\\_route.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf)

## 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 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 prévention le pilier de notre système de santé*

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 RESET<sup>6</sup> 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.

<sup>6</sup> 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 savoir-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 et avec l'appui des partenaires nationaux (EHESP<sup>7</sup>, ANSP<sup>8</sup>, FNES<sup>9</sup>).
- ⇒ 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... ce 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 caisses de retraite, 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.
- Une prise en compte, dans les choix individuels et collectifs, de l'impact de nos actions sur l'environnement et de leur incidence avec le changement climatique.

<sup>7</sup> Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<sup>8</sup> Agence nationale de santé publique

<sup>9</sup> 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 décroiser 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 bientraitance

- ⇒ 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 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, 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'expertise 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 une dynamique 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 leur formation, 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 hélicoptérés, des 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

- ⇒ Penser la santé dans une approche globale consistant à ne pas réduire à la santé aux soins. La prévention fait partie intégrante des parcours de santé.
- ⇒ 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 d'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, du numérique en santé, des 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, dans une démarche intégrant la notion de « care »
- 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 territoriale 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 ont également un impact sur 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 PROGRESSER 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 ambulatoires.

- ⇒ 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-suivis et télé-expertises), 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 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 populationnelle 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 force 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 activateurs 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 renforcer les compétences individuelles des personnes, c'est aussi 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 en faveur des 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 mise en œuvre 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 caisses de retraite, 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 territoire 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 1 : LISTE DES SIGLES DU PRS

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

**DREAL** : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement  
**DREETS** : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités  
**DSR** : Dispositif spécifique régional  
**ECN** : Epreuves classantes nationales  
**EFS** : Etablissement français du sang  
**EHESP** : Ecole des hautes études en santé publique  
**EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
**EIG** : Evènement indésirable grave  
**EIGS** : Evènements indésirables graves associés à des soins  
**EMG** : Equipe mobile de gériatrie  
**EMPP** : Equipe mobile psychiatrie précarité  
**EMAS** : Equipe mobiles d'appui médico-social à la scolarisation  
**EMS** : Espace mobile santé  
**EMSP** : Equipe mobile en soins palliatifs,  
**EN** : Education nationale  
**EPP** : Entretien prénatal précoce  
**EPP** : Evaluation des pratiques professionnelles  
**EPCI** : Etablissement public de coopération intercommunale  
**ESAT** : Etablissement et service d'aide par le travail  
**ESSIP** : Equipe spécialisée soins infirmiers précarité  
**ESMS** : Etablissement ou service médico-social  
**EMSP** : Equipe mobile santé précarité  
**ESP** : Equipe de soins primaires  
**ETP** : Education thérapeutique du patient  
**eTICSS** : eTerritoire Innovant Coordonné Santé Social  
**EVC-EPR** : Etat végétatif chronique ou état pauci-relationnel  
**DITEP** : Dispositif institut thérapeutique éducatifs et pédagogique  
**FAS** : Fédération des acteurs de la solidarité  
**FEMASCO** : Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné  
**FIR** : Fonds d'intervention régional  
**FLCA** : Fonds de lutte contre les addictions  
**FNES** : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé  
**GCSMS** : groupement de coopération sanitaire et médico-social  
**GEM** : Groupe d'entraide mutuelle  
**GHT** : Groupement hospitalier de territoire  
**GPEC** : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences  
**GPEPP** : Gestion prévisionnelle des emplois et des parcours professionnels  
**GRADEs** : Groupement régional d'appui au développement de la e-santé  
**GRSE** : Groupe régional santé environnement  
**HAD** : Hospitalisation à domicile  
**HAS** : Haute autorité de santé  
**HC** : Hospitalisation complète  
**HCSP** : Haut conseil de santé publique  
**HDJ** : Hôpital de jour  
**HPST** : Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

**HPV** : Human Papilloma Virus  
**HTA** : Hypertension artérielle  
**IAS** : Infection associée aux soins  
**IBODE** : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat  
**ICAPS** : Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité  
**ICOPE** : Programme Integrated care for older people  
**IDE** : Infirmier diplômé d'Etat  
**IFAS** : Institut de formation d'aides-soignants  
**IFAQ** : Incitation financière à l'amélioration de la qualité  
**IFSI** : Institut de formation en soins infirmiers  
**IGAS** : Inspection générale des affaires sociales  
**IME** : Institut médico-éducatif  
**INRAE** : Institut national de la recherche pour l'agriculture, l'alimentation et environnement  
**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques  
**IPDS** : Institut pour la démocratie en santé  
**IPA** : Infirmier en pratique avancée  
**IPDMS** : Indice de performance de la durée moyenne de séjour  
**IQSS** : Indicateur de qualité et de sécurité des soins  
**IRAPS** : Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins  
**IRCT** : Insuffisance rénale chronique terminale  
**IREPS** : Instance régionale d'éducation et de la promotion de la santé  
**IST** : Infection sexuellement transmissible  
**ISTS** : Inégalité sociale et territoriale de santé  
**IVG** : Interruption volontaire de grossesse  
**LAM** : Lit d'accueil médicalisé  
**LBM** : Laboratoire de biologie médicale  
**LFSS** : Loi de financement de la sécurité sociale  
**LHSS** : Lit halte soins santé  
**LISP** : Lit identifié soins palliatifs  
**MAIA** : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie  
**MAS** : Maison d'accueil spécialisée  
**MES** : Mon espace santé  
**MCO** : Médecine, chirurgie, obstétrique  
**MDO** : Maladie à déclaration obligatoire  
**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées  
**MIGAC** : Mission d'intérêt général d'aide à la contractualisation  
**MILDECA** : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives  
**MLAC** : Médiateurs de lutte anti-COVID  
**MNE** : Maladie neuro-évolutive  
**MSP** : Maison de santé pluri-professionnelle  
**MSA** : Mutualité sociale agricole  
**MSAP** : Mise Sous accord préalable  
**MSS** : Maison sport-santé  
**MSS** : Messagerie sécurisée de santé  
**MTI** : Médicament de thérapie innovante  
**OMEDIT** : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique  
**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONDAM** : Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie

**OQOS** : Objectif quantitatif de l'offre de soins

**OPCO** : Opérateur de compétences

**ORS** : Observatoire régional de santé

**ORSAN** : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

**ORSEC** : Organisation de la réponse de sécurité civile

**PA** : Personnes âgées

**PADHUE** : Praticien à diplôme hors union européenne

**PAERPA** : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (programme)

**PAPRAPS** : Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

**PASA** : Pôle d'activités et de soins adaptés

**PASS** : Permanence d'accès aux soins de santé

**PASS** : Parcours d'accompagnement sportif pour la santé

**PAT** : Programme alimentaire territorial

**PCO** : Plateforme de coordination et d'orientation

**PCPE** : Pôle de compétences et prestations externalisées

**PJJ** : Protection judiciaire de la jeunesse

**PDSA** : Permanence des soins ambulatoires

**PDESES** : Permanence des soins en établissement de santé

**PETR** : Pôle d'équilibre territorial et rural

**PFR** : Plateforme de répit et de soutien

**PH** : Praticien hospitalier

**PHARE** : Programme performance hospitalière pour des achats responsables

**PMND** : Plan maladies neuro-dégénératives

**PMI** : Protection maternelle et infantile

**PMP** : Projet médical partagé

**PMSI** : Programme médicalisé du système d'information

**PNNS** : Programme national nutrition santé

**PNSE** : Plan national santé environnement

**PPS** : Prévention et promotion de la santé

**PRADO** : Programme d'accompagnement au retour à domicile

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

**PRIAC** : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

**PRM** : Politique régionale du médicament et des produits de santé

**PRS** : Projet régional de santé

**PRSE** : Plan régional santé environnement

**PS** : Professionnel de santé

**PSJ** : Pass'santé jeunes

**PTMG** : Praticien territorial de médecine générale

**PTS** : Pratique thérapeutique spécifiques

**PTSM** : Projet territorial de santé mentale

**QVT** : Qualité de vie au travail

**RAAC** : Récupération améliorée après chirurgie

**RRAPPS** : Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé

**RCP** : Réunion de concertation pluridisciplinaire

**REPOPOP** : Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique)

**REQUA** : Réseau qualité

**RESET** : Réseau des établissements de santé en transition

**RG** : Régime général

**RIV** : Radiothérapie interne vectorisée

**RREVA** : Réseau régional de vigilance et d'appui

**ROR** : Répertoire opérationnel des ressources

**RSS** : Réseau sport-santé

**RU** : Représentant des usagers

**SAMSAH** : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

**SAMU** : Service d'aide médicale urgente

**SAS** : Service d'accès aux soins

**SC** : Soins critiques

**SCA** : Syndrome coronarien aigu

**SDIS** : Service départemental d'incendie et de secours

**SESSAD** : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

**SDIS** : Service départemental d'incendie et de secours

**SFP** : Soutien aux familles et à la parentalité

**SI** : Système d'information

**SIAO** : Service intégré d'accueil et d'orientation

**SID** : Système d'information décisionnel

**SMUR** : Service mobile d'urgence et de réanimation

**SMR** : Soins médicaux et de réadaptation

**SMS** : Structure médicosociale

**SNIRAM** : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

**SNS** : Stratégie nationale de santé

**SPASAD** : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

**SPF** : Santé publique France

**SSAD** : Service de soins à domicile

**SSE** : Situation sanitaire exceptionnelle

**SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile

**SSR** : Soins de suite et de réadaptation

**SU** : Service d'urgence

**SUP** : Service d'urgence pédiatrique

**SUN-ES** : Ségur usage numérique en établissement de santé

**UNAASS** : Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé

**UNV** : Unité neuro-vasculaire

**URPS** : Union régionale des professionnels de santé

**USIC** : Unité de soins intensifs cardiologiques

**USINV** : Unité de soins intensifs neuro-vasculaires

**USC** : Unité de soins continus

**UHCD** : Unité d'hospitalisation de courte durée)

**USLD** : Unité de soins de longue durée

**USP** : Unité de soins palliatifs

**UTE** : Unité transversale d'éducation thérapeutique

**TCA** : Trouble du comportement alimentaire

**TEMP** : Tomoscintigraphie par émission monophotonique

**TEP** : Tomographie à émission de positons

**TND** : Troubles du neuro-développement

**TSU** : Transports sanitaires urgents

**VAE** : Validation des acquis par l'expérience

**VIH** : virus de l'immunodéficience humaine

## ANNEXE 2 : GLOSSAIRE

Les définitions des concepts ci-dessous sont issues du Glossaire du Réseau régional de prévention et de promotion de la santé Bourgogne-Franche-Comté, accessible sur internet à l'adresse suivante : <https://rrapps-bfc.org/glossaire>

### Compétences psychosociales

"Les [compétences psychosociales] constituent [...] 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."

*Lamboy Béatrice, Arwidson Pierre, du Roscoët Enguerrand, et al. Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022, p. 12. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-compétences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif>*

### Déterminants de santé

« Il s'agit de facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global. Les déterminants ne sont pas toujours des causes directes. Une illustration simple permet d'établir la distinction. Le fait de vivre en milieu défavorisé, par exemple, constitue un important déterminant de la santé, c'est là un fait reconnu. Toutefois, on ne saurait considérer la pauvreté comme la cause systématique d'un piètre état de santé. Il faudrait alors conclure que toutes les personnes défavorisées sont en mauvaise santé, ce qui n'est pas le cas. D'autres déterminants interviennent selon les circonstances, soit pour amoindrir l'effet de la pauvreté, soit pour le découpler. Ainsi, le manque de ressources, économiques et sociales, accroît le risque d'être en mauvaise santé. »

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

### Données probantes

«La santé publique fondée sur des données probantes est "le processus consistant à extraire et à disséminer les meilleures données disponibles issues de la recherche, de la pratique et de l'expérience, ainsi qu'à utiliser ces données pour éclairer et améliorer la pratique et les politiques en santé publique".»

*Centres de collaboration nationale en santé publique. Qu'est-ce que la santé publique fondée sur des données probantes ? [Page internet]. Montréal : Centres de collaboration nationale en santé publique, 2011. En ligne : <https://www.nccmt.ca/fr/tools/eiph>*

« La promotion de la santé basée sur les données probantes, c'est l'utilisation d'informations, issues de la recherche et des études systématiques, permettant d'identifier les déterminants et facteurs qui influencent les besoins de santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et une population donnés. »

*Cambon Linda, Ridde Valery, Alla François. Réflexions et perspectives concernant l'évidence-based health promotion dans le contexte français. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2010 ; 58(4) : 277-83*

## Education pour la santé

« L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés. L'éducation pour la santé concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé. L'éducation pour la santé comprend la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé. En conséquence, l'éducation pour la santé peut consister à communiquer des informations et à transmettre des aptitudes, ce qui démontre la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de différentes formes d'action visant à agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. »

*Nutbeam Don. Glossaire de la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999, p. 6. En ligne : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)*

## Empowerment

« L'empowerment individuel comporte quatre composantes essentielles : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. Dans leur ensemble et par leur interaction, elles permettent le passage d'un état sans pouvoir d'agir à un autre où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix.

L'empowerment communautaire renvoie à un état où la communauté est capable d'agir en fonction de ses propres choix et où elle favorise le développement du pouvoir d'agir de ses membres. La participation, les compétences, la communication et le capital communautaire sont les quatre plans sur lequel il se déroule. L'empowerment individuel contribue à réaliser celui de la communauté.

L'empowerment organisationnel, qui correspond aux deux fonctions d'une organisation sur le plan du développement du pouvoir d'agir : d'une part, elle sert de lieu d'empowerment pour les personnes qui y participent, et revêt en ce sens une fonction d'empowerment communautaire ; d'autre part, le cheminement permettant à l'organisation de développer son propre pouvoir d'agir constitue sa deuxième fonction. Ce cheminement s'exécute sur quatre plans en interaction : la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique. À l'instar du pouvoir d'agir des individus qui contribue à réaliser celui de la communauté, c'est-à-dire l'empowerment communautaire, l'empowerment des organisations en fait autant. »

*L'empowerment. Bruxelles : Cultures & santé absl, 2014, 27 p. En ligne : <https://cultures-sante.be/component/phocadownload/category/3-pdf-ep-2009.html?download=22:dt-lempowerment>*

## Environnement favorable

« Un environnement favorable à la santé est un environnement qui exerce une influence positive sur l'état de santé des individus, en facilitant les choix bénéfiques à la santé. »

*Les environnements favorables à la santé [Page internet]. Lausanne : Unisanté, Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, 2022. En ligne : <https://www.environnements-sante.ch/approfondir/les-environnements-favorables-a-la-sante/>*

## Littératie en santé

« La littératie en santé implique "la connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie. »



Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12:80. En ligne : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

## One health - Une seule santé

Le principe « une seule santé » consiste en une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Il reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement en général (y compris des écosystèmes) est étroitement liée et interdépendante. L'approche mobilise de multiples secteurs, disciplines et communautés à différents niveaux de la société pour travailler ensemble à fomentier le bien-être et à lutter contre les menaces pour la santé et les écosystèmes. Il s'agit également de répondre au besoin collectif en eau potable, en énergie propre, en air pur, et en aliments sûrs et nutritifs, de prendre des mesures contre le changement climatique et de contribuer au développement durable. »

Le Groupe tripartite et le PNUE valident la définition du principe "Une seule santé" formulée par l'OHHLEP [Page internet]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2021. En ligne : <https://www.who.int/fr/news/item/01-12-2021-tripartite-and-unep-support-ohhlep-s-definition-of-one-health>

## Parcours de soin, de santé et de vie

Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Trois niveaux de prise en charge sont identifiés : les parcours de soins, qui permettent l'accès aux consultations de 1er recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins [...] ; les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ; les parcours de vie, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques. Paris : Inserm, 2019, p. 817. (Expertise collective). En ligne : [https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/9690/expcol\\_2019\\_activite-physique\\_erratum2020.pdf?sequence=226](https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/9690/expcol_2019_activite-physique_erratum2020.pdf?sequence=226)

## Participation citoyenne

« Les politiques d'action sociale, médico-sociale et de santé se sont fixées pour objectif, depuis plus de vingt ans, de placer la personne ou sa famille dans une position décisionnelle sur tous les projets et les dispositifs qui la concernent, afin d'en faire les sujets plutôt que les objets des interventions sociales et médicales. Cette évolution majeure des politiques publiques s'est fondée sur le « modèle de la participation sociale » qui revendique de faire de tout individu, y compris celui qui a un désavantage, un acteur de sa propre vie comme du corps social. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui « concerne toutes les personnes en situation de fragilité : personnes âgées dépendantes, handicapés, jeunes en difficulté, personnes en situation d'exclusion » en est une bonne illustration. Elle part du principe que les services et établissements sociaux et médico-sociaux doivent être un moyen de développer les opportunités, l'autonomie et la participation sociale de tout membre de la société, afin qu'il ait les mêmes chances d'appartenir et de participer à la vie collective, indépendamment de ses particularités sociales ou de ses incapacités. »

Demoustier Séverine, Priou Johan. Les lois de 2002 et la participation des usagers dix ans après. *Contraste* 2013 ; 1 (37) : pp. 73 à 92. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-contraste-2013-1-page-73.htm>



## Prévention

« La notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue des maladies ou de traumatisme ou à maintenir et à améliorer la santé. [...] »

La prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie pour empêcher sa survenue ;

La prévention secondaire est mise en œuvre lorsque la survenue de la maladie n'a pu être empêchée : elle permet de gagner du temps sur l'évolution de celle-ci et de rendre le soin plus efficace car plus précoce ;

La prévention tertiaire enfin intervient après la survenue de la maladie et des soins ; elle tend à réduire les conséquences de la maladie.

Ces trois dimensions se rapportent à la maladie, sans faire explicitement référence à la santé, et c'est donc par rapport à la maladie que sont définies les modalités de la prévention. [...]

L'approche en termes de prévention « globale » ou « positive », plus récente, permet d'autres distinctions, selon la population concernée ou la méthode utilisée, sans se référer à un risque précis ou à une maladie quelconque et conduit à opérer des reclassements... [...] On peut ainsi distinguer au sein de la prévention trois sous-ensembles, selon la population ciblée par l'action de prévention :

- La prévention universelle dirigée vers l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Elle tend à permettre par l'instauration d'un environnement culturel favorable, à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé ;
- La prévention orientée qui porte sur les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés ;
- La prévention ciblée est appliquée aux malades, en les aidant à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat.

La prévention universelle correspond à la notion de promotion de la santé. [...] Elle vise le sujet, s'appuie sur sa participation active et n'est pas orientée vers un risque spécifique. »

*San Marco Jean-Louis, Lamoureux Philippe. Prévention et promotion de la santé. In : Traité de santé publique. Bourdillon François, Brucker Gilles, Tabuteau. Didier (eds). Paris : Flammarion, 2004, p. 126 (Médecine-Sciences)*

## Promotion de la santé

« 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. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »

*Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986, 5 p. En ligne : [https://intranet.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://intranet.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)*

## Santé mentale

« La santé mentale est définie comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. »

*Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2013, p. 42. En ligne : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1)*

## Santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

*Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé 1946, 2 :p. 100. entré en vigueur le 7 avril 1948 En ligne : <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>*

## Transfert de connaissances

Le transfert de connaissances "réfère à l'ensemble des activités et de mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé. Ces activités et mécanismes d'interaction prennent forme à l'intérieur d'un processus englobant le partage, l'échange et la transmission de connaissances entre plusieurs groupes d'acteurs œuvrant dans des environnements organisationnels différents".

*Lemire Nicole, Souffez Karine, Larendeau Marie-Claire. Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2009. p. 7. En ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012\\_AnimerTransfertConn\\_Bilan.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf)*

## Universalisme proportionné

« Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné. »

*Traduit de : Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England Post-2010. Marmot Michael. Londres : University College London, 2010, 242 p. En ligne : <https://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>*

## Vulnérabilité

« Les personnes vulnérables sont celles qui sont relativement (ou totalement) incapables de protéger leurs propres intérêts. Plus précisément, leur pouvoir, leur intelligence, leur degré d'instruction, leurs ressources, leur force ou autres attributs nécessaires pour protéger leurs intérêts propres, peuvent être insuffisants. Les catégories de personnes traditionnellement considérées comme vulnérables sont celles dont la capacité ou liberté de donner ou refuser leur consentement est limitée. Elles (...) comprennent les enfants et les personnes qui, du fait de troubles mentaux ou comportementaux, sont incapables de donner un consentement éclairé ».

*Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS, Organisation mondiale de la Santé (OMS). CIOMS, Genève, 2003). En ligne : <https://agora.qc.ca/Dossiers/Vulnerabilite>*

