RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ | 2018-2028

Schéma régional de santé

Auvergne-Rhône-Alpes

2023-2028

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ · AUVERGNE-RHÔNE-ALPES · 2018 2028

Partie modifiée dans le cadre de la révision

Chapitre 4 point 4.2 p 73

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1.
PLACER L'USAGER AU CENTRE DE LA DEMOCRATIE EN SANTE ET RENFORCER LES RELATIONS PARTENARIALES 7

1.1 ACCOMPAGNER LES PARCOURS DE SANTÉ ET LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE 8
1.2 PROMOUVOIR ET ACCOMPAGNER LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ 12

CHAPITRE 2.
AMÉLIORER LA QUALITÉ, L'EFFICIENCE ET LA RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 17

2.1 SOUTENIR L'ATTRACTIVITÉ DES METIERS ET LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX 18
2.2 RENFORCER LES INVESTISSEMENTS ENGAGÉS DANS LES ETABLISSEMENTS 22
2.3 AMÉLIORER LA COORDINATION DES ACTEURS ET GAGNER EN LISIBILITÉ 26
2.4 ASSURER UN RENFORT DE LA PERTINENCE ET DE LA SECURITÉ DES SOINS 31
2.5 ADAPTER LES PARCOURS DE SANTÉ GRACE AUX OUTILS NUMÉRIQUES ET AUX DISPOSITIFS D'INNOVATIONS ET D'EXPÉRIMENTATION 35
2.6 RENFORCER LA RÉSILIENCE DU SYSTEME DE SANTÉ GRACE A NOTRE ADAPTATION AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES 39

CHAPITRE 3.
ACCENTUER LE DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ 45

3.1 RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR SUR SA SANTÉ 46
3.2 REDUIRE LES RISQUES D'ALTÉRATION DE SA SANTÉ 55
3.3 BIEN VIVRE MALGRÉ SA MALADIE 58

CHAPITRE 4.
RENFORCER L'ACCES AUX SOINS ET A L'OFFRE MEDICO-SOCIALE EN TOUT POINT DU TERRITOIRE 62

4.1 FACILITER L'ACCES AUX SOINS POUR LES USAGERS 63
4.2 GARANTIR LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE PAR L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS 74
4.3 GARANTIR L'ACCES AUX SOINS A CERTAINES PATHOLOGIES 97
4.4 ADAPTER L'OFFRE POUR MIEUX RÉPONDRE AU PROJET DE VIE DES PERSONNES AGÉES 98
4.5 ADAPTER L'OFFRE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP 109
4.6 SOUTENIR LES AIDANTS, DÉVELOPPER ET RENDRE ACCESSIBLE L'OFFRE DE RÉPIT 123

GLOSSAIRE 133

APPROCHE TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS
Ce chapitre, traité dans un document dédié, fait partie intégrante du Schéma régional de santé.

PRÉAMBULE

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est chargée de piloter le système de santé dans la région au travers de la mise en œuvre de la politique de santé au plus près des besoins des habitants et de la régulation de l'offre en santé. Dans cet objectif et conformément à la réglementation, **l'Agence a élaboré en 2018, un projet régional de santé (PRS), valable pour une période de 10 ans.**

Le PRS est un outil de pilotage stratégique des actions de l'agence. Il définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs de l'Agence en matière de santé sur 10 ans, ainsi que les objectifs opérationnels pour les atteindre.

Il constitue un **document de référence pour les acteurs de santé :** professionnels de santé et de prévention intervenants en santé publique, en établissements sanitaires et médico-sociaux, etc.

➜ consulter le dossier de presse diffusé au moment de la publication du PRS Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028

Le PRS de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes actuellement mis en œuvre est composé de 3 documents complémentaires : **le Cadre d'orientation stratégique (COS), le Schéma régional de santé (SRS) et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).**

Le schéma régional de santé (SRS), établi pour 5 ans, décline les orientations stratégiques en objectifs opérationnels à mettre en œuvre pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, promotion de la santé et accompagnement médico-social, en fonction des prévisions d'évolution.

Dans le cadre du PRS 2018-2028, les documents SRS et PRAPS couvrant la période de 2018 à 2023 sont arrivés à échéance. Il était donc nécessaire de les réviser, afin de fixer les objectifs stratégiques en matière de santé pour les 5 années suivantes 2023-2028.

Ces documents réglementaires font l'objet d'une publication officielle sous forme d'arrêté du Directeur général de l'ARS, **au plus tard le 1er novembre 2023,** après la phase de concertation auprès des instances de démocratie sanitaires (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie - CRSA, Conseils territoriaux de santé - CTS) et des partenaires institutionnels.

Le schéma régional de santé 2023-2028

L'élaboration du Schéma régional de santé 2023-2028 Auvergne-Rhône-Alpes tient compte des événements récents qui ont touché l'ensemble du système de santé (pandémie, évènements environnementaux, fragilité des secteurs hospitalier et médico-social, etc.) ; il permet de présenter les évolutions déjà permises et de rendre visibles celles à atteindre pour les 5 prochaines années.

Inscription dans le cadre structurant du PRS 2018-2028, avec enjeux prioritaires

Le SRS 2023-2028 s'inscrit dans la continuité des engagements du cadre d'orientation stratégique valables 10 ans autour **des 6 objectifs structurants :**

1. **Renforcer, en lien avec les autres porteurs de politiques, la place de l'éducation à la santé, de la prévention et de la promotion de la santé publique.**
2. **Favoriser l'accès à la santé.**
3. **Améliorer la qualité et l'efficience du système de santé par une organisation en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile.**
4. **Renforcer la capacité du système de santé à faire face aux situations exceptionnelles.**
5. **Renforcer la démocratie en santé et les relations partenariales entre professionnels et usagers.**
6. **Adapter le système de santé en s'appuyant sur les innovations.**

Trois enjeux prioritaires sont identifiés pour l'évolution de notre système de santé :

- Renforcer la prévention et la promotion de la santé en intégrant les orientations du Projet régional santé-environnement.
- Améliorer l'accès aux soins et l'offre médico-sociale.
- Améliorer la qualité et l'efficience du système de santé.

Elaboration du schéma régional de santé dans une démarche participative

Elle s'appuie notamment sur une **évaluation prospective des besoins,** réalisée sur la base d'un Atlas régional de santé, mais aussi sur l'écoute des besoins de santé rencontrées par l'usager dans son parcours de santé. Un **bilan à mi-parcours** du PRS sur 9 questions évaluatives définies en 2018, a été également réalisé dressant réussites, points d'amélioration et analyse de la pertinence de leurs poursuites ou adaptations dans la région.

L'Atlas régional de santé dresse un portrait de santé de la région au travers 'indicateurs démographique et épidémiologique, des déterminants de santé, des inégalités sociales et territoriales de santé, de la démographie des professionnels de santé et de sa projection et perspectives d'évolution. Ces données permettent d'identifier les besoins de l'offre de santé en tenant compte de l'évolution de la population. Ce document réalisé avec l'appui de l'Observatoire régional de la santé (ORS), a permis d'alimenter le diagnostic préalable à l'écriture du SRS 2023-2028.

Ce document a été élaboré par l'ARS, en lien avec les professionnels et acteurs locaux de la santé, experts et spécialistes thématiques et représentants des usagers. Plusieurs mois de travaux d'expertises et de consultations ont permis d'établir un état des lieux complet des actions programmées/réalisées depuis 2018 ; et d'élaborer précisément des objectifs prioritaires pour les 5 prochaines années. Des représentants de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les partenaires institutionnels de l'ARS ont été associés dans une phase de co-construction et de concertation du SRS.

Par ailleurs, dans le cadre du Conseil national de la refondation (CNR) de la Santé, des consultations publiques ont été menées fin 2022 sur une approche locale, dans chacun des 12 départements de la région grâce à l'appui des Conseils territoriaux de santé (CTS).

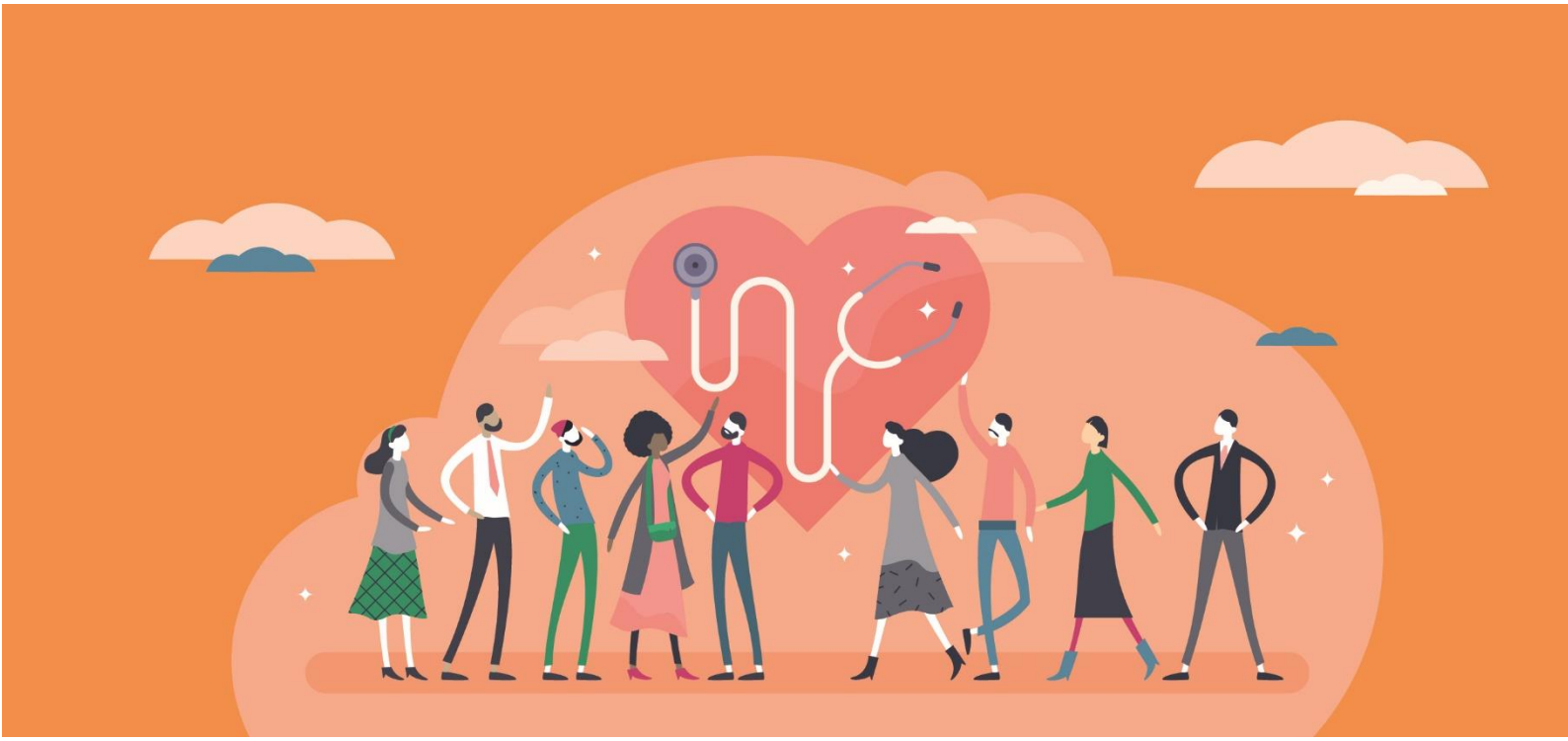
Plusieurs principes directeurs du Schéma régional de santé restent incontournables

Le SRS fixe des objectifs opérationnels d'évolution pour lesquels des priorités d'actions seront déclinées sur le territoire et adaptés aux zones les plus fragiles de notre région.

- Ses modalités de mise en œuvre prennent plusieurs formes : contractualisation avec les établissements sanitaires et médico-sociaux (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM), les professionnels de santé libéraux, avec les collectivités locales (Contrats locaux de santé – CLS), définition de programmes territoriaux en santé mentale.
- Il donne de la lisibilité aux partenaires et acteurs du champ de la santé sur les leviers d'actions possibles (par exemple au travers du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie - PRIAC).
- Il veille à l'implication des acteurs de la démocratie sanitaire régionale et locale, et notamment à l'implication des usagers, et particulièrement au respect de leurs droits, aux enjeux de l'accès aux soins ainsi que d'une démarche respectueuse de l'éthique.
- En complément des actions présentées dans le SRS, des plans et programmes thématiques existent aussi déclinés à l'échelle régionale. Comme par exemple, le Plan régional santé-environnement (PRSE) ; la stratégie Cancer, le plan ORSAN et d'autres plans nationaux de santé (santé mentale, autisme, etc.).

Ce document, est rédigé pour être accessible et pragmatique, il s'articule en cinq parties :

- La 1ere est consacrée à la place de l'usager dont il s'agit de permettre l'accès aux soins, ou le au maintien de l'autonomie tout en demeurant respectueux d'un parcours de vie et de droits et libertés. ➜ **INFORMER**
- La 2e aborde, au regard des expériences récentes, des leviers de modernisation organisationnelle, technologique, des leviers possibles pour améliorer la qualité et l'efficience du système de santé ➜ **S'ADAPTER**
- La 3e présente le programme de prévention et de promotion de la santé publique pour prémunir les populations quelles que soient leurs fragilités, leurs addictions, leurs vulnérabilités en tout point du territoire ➜ **PRÉVENIR**
- La 4e traite de l'évolution de l'offre de santé sanitaire et médico-sociale, afin d'améliorer les parcours de santé de la population au regard des difficultés mises en exergue (permanence des soins, prise en charge d'urgence, perte d'autonomie, détection et accompagnement des handicaps visibles et invisibles) ➜ **SOIGNER**
- La 5e et dernière traite de l'approche territoriale de l'offre de santé et dresse les objectifs quantitatifs prévus pour répondre aux besoins des populations ➜ **ACCOMPAGNER**



CHAPITRE 1

PLACER L'USAGER AU CENTRE DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ ET RENFORCER LES RELATIONS PARTENARIALES

1.1 - ACCOMPAGNER LES PARCOURS DE SANTÉ ET LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE **8**

1.2 - PROMOUVOIR ET ACCOMPAGNER LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ **12**

1.1 ACCOMPAGNER LES PARCOURS DE SANTÉ ET LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE

1.1.1 Comprendre l'approche du parcours de santé

L'Agence régionale de santé a pour rôle de définir et de mettre en place, dans le cadre réglementaire en vigueur, la politique de santé dans la région. Compétente sur le champ de la prévention, de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social, l'ARS a pour mission de développer une **vision globale de la santé** et de structurer **les parcours de santé** des habitants du territoire ; tout en assurant qualité, efficience et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement dans le système de santé.

Structurer les parcours de santé, signifie **permettre une prise en charge globale, fluide et continue des patients et usagers du système de santé.**

Il s'agit de **prévenir** par l'adoption des comportements favorables à la santé (hygiène, mode de vie, éducation à la santé) ; de **soigner** en prenant en charge le patient au bon moment, au bon endroit, selon ses besoins et d'**accompagner** par la mise en place de solutions adaptés aux besoins spécifiques de personnes fragiles, en perte d'autonomie, en situation de handicap.

Dans les recommandations et priorités d'actions à horizon 2028, l'ARS reste attentive :

- à faire adopter très tôt des comportements favorables à la santé (hygiène, mode de vie, éducation à la santé) pour limiter le développement des maladies chroniques,
- à accompagner le virage ambulatoire nécessaire à une meilleure gradation des prises en charge pour un meilleur confort de vie et de soins des usagers,
- à soigner dans une prise en charge adaptée au plus près du lieu de vie du patient, en s'appuyant sur des dispositifs de coopération et des compétences professionnelles complémentaires pour réduire les inégalités de santé et la vulnérabilité des patients,
- à accompagner les usagers confrontés aux situations de perte d'autonomie ou en situation de handicap dans leur vie quotidienne.

« En matière de santé, les besoins évoluent durant l'existence. L'ARS intervient pour répondre aux besoins de soins et d'accompagnement ainsi que pour faciliter un maintien en bonne santé, tout au long de la vie. »

L'organisation des parcours nécessite **une coordination des acteurs.** Interlocutrice privilégiée de tous les acteurs de santé dans la région et représentant les ministères chargés de la santé et de l'autonomie, l'ARS dispose d'un positionnement central entre le niveau national et le niveau local.

Dans la région, l'ARS coordonne et met en synergie tous les acteurs intervenant dans la thématique de la santé, qu'il s'agisse des acteurs de la prévention, des établissements et des professionnels du soin, des services et d'établissements médico-sociaux et sociaux ; mais également des services de l'Etat, collectivités et organismes de protection sociale.

L'ARS assure un rôle d'organisation, de régulation, d'autorisation, de financement vis-à-vis des opérateurs, établissements, organismes gestionnaires. Il relève ensuite de leurs prérogatives la mise en œuvre des autorisations, dispositifs et solutions dont ils sont dépositaires.

1.1.2 Sensibiliser les usagers afin de limiter les ruptures de parcours

L'enjeu central de l'ARS est de pouvoir faire bénéficier du **juste enchaînement des différentes compétences professionnelles** liées directement ou indirectement aux soins : prévention ciblée et régulière, actes de consultations et traitements de soin et de rééducation fonctionnelle, accompagnement des prises en charge médico-sociales mais aussi sociales. En effet, ce parcours ne se limite pas qu'au parcours de soin défini par les professionnels de santé ; il doit tenir compte des perceptions et de l'expérience de l'usager dans sa prise en charge.

Le parcours de soins sécurisé qui intègre plusieurs approches :

- les besoins de l'usager, leur typologie, leurs caractéristiques (approche populationnelle),
- les facteurs de risques, leurs pathologies principales et leurs comorbidités, pathologies qui sont ponctuelles ou chroniques (approche thématique).

Les parcours s'appuient sur des pivots, comme les établissements de santé et médico-sociaux, les dispositifs ambulatoires, l'hospitalisation à domicile, les dispositifs de coordination, qui sont créés et financés par l'ARS pour répondre aux besoins des usagers. Les cas de ruptures possibles de parcours apparaissent lorsqu'un dispositif, bien qu'innovant ou pertinent, ne joue pas le rôle qui lui est dévolu. L'usager se retrouve alors confronté à des périodes de ruptures de continuité des soins, voire des ruptures de prises en charge qui peuvent conduire à des pertes de chance avec des liens de cause à effets plus ou moins directs.

L'ARS est par conséquent parfois rendue destinataire de réclamations d'usagers faisant état de ces difficultés : les services de l'ARS enregistrent en moyenne près de 2 000 réclamations d'usagers par an. Les exemples de ruptures varient d'une situation à une autre. En conséquence, une attention toute particulière est donnée pour sensibiliser et accompagner les usagers dans le rétablissement de leur prise en charge et ainsi que dans les mesures correctives ou d'appui aux établissements.

Quelques mises en situation sont identifiées comme fragilisant la prise en charge appropriée de l'usager et constituent ainsi des axes d'amélioration continue :

- La difficulté de l'articulation entre filières afin de prendre en charge les comorbidités. Les réclamations mettent par exemple en lumière la complexité pour un usager d'avoir une pathologie somatique et une pathologie psychiatrique afin de l'accompagner au mieux dans l'une ou l'autre des filières.
- Les ruptures de soins entre régions ou départements ou entre établissements d'amont et d'aval : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) vers de soins médicaux de réadaptation (SMR), ou encore d'établissements de santé vers établissements médico-sociaux. L'ARS est interpellée par des autorités administratives indépendantes comme la Défenseur des droits sur la situation d'usagers dans le secteur sanitaire, celui du handicap ou de l'aide sociale à l'enfance (ASE) nécessitant également des soins dans le champ de la santé mentale.
- Les problématiques de déserts médicaux et de défauts d'offre de soins de médecins généralistes, voire de spécialistes : ophtalmologie, gynécologie, dentistes, etc.
- Les stigmatisations dont sont victimes certains publics (demandeurs d'asile ou détenus) et pour lesquels les prises en charge peuvent s'avérer complexes.
- Le défaut de prise en charge causé par l'usager lui-même : par refus de soins, il met en échec, parfois pour des raisons idéologiques (refus de transfusion sanguine, greffe), les professionnels qui lui proposent d'avoir accès au bon parcours pour le soigner..

L'Agence recommande aux usagers d'éviter de se tourner vers des dispositifs de soins qui n'offrent pas toutes les garanties en termes de sécurité sanitaire. Ils peuvent mettre en péril grandement l'usager et détériorent l'image d'une offre de soins pertinente et structurée.

1.1.3 Identifier les profils d'usagers spécifiques accompagnés

Agir en faveur de la santé pour tous les usagers en tout point du territoire

La mission de l'ARS est d'améliorer l'état de santé des habitants où qu'ils soient, de réduire les inégalités sociales en santé et d'accompagner au mieux les usagers au travers d'acteurs de soins financés et accompagnés sur la durée. En 2023, en Auvergne-Rhône-Alpes, cela représente :

- 470 hôpitaux et cliniques,
- 2 750 établissement et services médico-sociaux,
- 2 600 associations de santé,
- 172 000 professionnels de santé dont 24 800 médecins et 95 400 infirmiers.

L'accompagnement de publics prioritaires confirme la nécessité d'adapter l'offre territoriale au travers du nombre de places, des professionnels installés et des équipements de matériels autorisées. La politique des parcours œuvre en faveur de l'accès aux soins et aux services dont les malades ont besoin, au plus proche de leur lieu de vie et de manière la plus efficiente possible.

Six profils d'usagers sont identifiés. Voici des éléments clés pour comprendre les enjeux et la nécessité de préserver le capital santé de ces publics dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Redonner une vision positive de l'âge et préserver leur autonomie

Auvergne-Rhône-Alpes fait partie des plus jeunes régions de France métropolitaine et compte **9,4 % des habitants de 75 ans et plus en 2018.** En 2015, les seniors représentaient près de 1 habitant sur 10, soit **726 000 personnes,** une part qui devrait augmenter sensiblement sur l'ensemble de la région à horizon 2028.

Parmi ces seniors, **410 000** seraient concernés par la **dépendance,** contre 223 000 en 2015. Compte tenu de la **réalité rurale de l'ouest** de la région, la croissance du nombre de seniors dépendants serait plus soutenue dans cette partie de la région. Le vieillissement général de la population amène à s'interroger sur la perte d'autonomie des seniors et in fine sur leur prise en charge, qui va de la nécessité d'une **aide ponctuelle** pour la toilette, la préparation des repas et le ménage jusqu'à un **besoin permanent d'accompagnement** en cas de graves altérations des fonctions mentales et physiques. Bien qu'étant la région qui compte **le plus grand nombre de places en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** avec 34,5 places pour 100 seniors dépendants, contre 33,2 pour 100 en France métropolitaine, la région Auvergne-Rhône-Alpes s'inscrit dans la ligne de conduite nationale faisant du **soutien à domicile la priorité : 7 séniors dépendants sur 10 vivaient à domicile en 2015,** une part qui devrait augmenter d'ici 2050.

> L'ARS a pour enjeu global d'assurer la qualité des soins et l'accompagnement dans le sens du « bien vieillir » ; un enjeu qui se décline au travers des objectifs de renforcement du suivi des parcours de santé, d'accompagnement à la grande dépendance, de réussite du virage domiciliaire et de soutien aux professionnels, le tout dans une stratégie de réduction des inégalités territoriales.

Améliorer le repérage des handicaps visibles et invisibles, tout en facilitant leur insertion sociale (école, emploi, habitat).

En Auvergne-Rhône-Alpes, ce sont **2 000 établissements et services,** médicalisés ou non, près de **45 000 places** (44 % enfants et 55 % adultes) et près de **70 M€** pérennes mobilisés sur le SRS 2018-23 pour le développement de l'offre.

Le parcours de vie des personnes en situation de handicap étant marqué par des ruptures, du diagnostic, la mobilisation des ressources et l'organisation s'inscrivent dans l'objectif d'éviter la multiplication des situations complexes et l'exclusion des personnes et de leurs familles. **L'absence visible du handicap** est un point majeur d'accompagnement dans l'insertion sociale de l'usager et l'aide dans son quotidien (emploi, habitat, école). La prépondérance et l'aggravation fulgurante des **maladies neuro-dégéné-ratives,** sont aussi une forte préoccupation pour notre région. Avec un peu plus de **20 000** personnes atteintes de la **maladie de Parkinson** en 2015 la région Auvergne-Rhône-Alpes est une des quatre régions de France les plus impactées.

> L'ARS est attentive à adapter le financement des établissements et services médico-sociaux avec les Départements, à renforcer l'aide à domicile, à améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap, et à soutenir les proches aidants. L'évolution de la politique régionale du handicap repose sur l'ambition de « changer durablement de regard
> et de méthode pour accompagner l'autonomie
> des personnes concernées, renforcer leur citoyenneté,
> par leur liberté et leur émancipation, bénéficier
> de tous leurs talents en rendant la société plus accueillante et plus inclusive ».

Améliorer la santé des personnes atteintes de maladies chroniques et renforcer les actions locales pour influer sur les déterminants de santé (cancer, nutrition, diabète, insuffisance cardiaque, addictions…).

Une maladie chronique est considérée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une **Affection de longue durée (ALD) qui évolue avec le temps.** Le périmètre des maladies chroniques comprend entre **4 à 10 pathologies** selon les acteurs institutionnels impliqués dans leur suivi. Sont considérées comme maladies chroniques en particulier les maladies cardio-neuro-vasculaires, le cancer, le diabète-obésité, les maladies respiratoires chroniques-asthme, les maladies neuro dégénératives, et certaines pathologies psychiatriques.

En 2022, **21 % des habitants de la région** souffraient et étaient suivis pour une affection longue durée de diabète (386 000), de cancer (289 000) et de maladie psychiatrique (202 000). Ce sont **1,3 million** de personnes bénéficiaires de **l'allocation ALD** en Auvergne-Rhône-Alpes en 2020. Ces pathologies représentent près de **70 % des décès** en Auvergne-Rhône-Alpes dont les principales causes sont les tumeurs – malignes – (près de 18 000), les maladies cardiovasculaires (près de 16 000), les maladies du système nerveux et les causes externes (accidents, lésions auto-infligées, agressions…). Les comportements comme le **tabagisme, l'alimentation et le mode de vie** (sédentarité, manque d'activité physique) ont de fortes répercussions sur l'apparition des maladies chroniques, notamment chez les enfants (asthme, allergies, diabète), et sont des facteurs ayant été multipliés par 2 ou 3 en 20 ans pour le tabagisme et l'obésité.

L'ARS illustre dans le schéma régional de santé des actions en faveur de la prévention et le suivi des pathologies chroniques. Un accompagnement du soin adapté sur une longue durée et une coordination essentielle de professionnels de santé sont nécessaires pour les patients atteints de maladies chroniques.

Faire évoluer le regard sur la santé mentale et les troubles psychiques pour veiller au bien-être des personnes fragilisées

Les troubles psychiques regroupent un ensemble de situations cliniques hétérogènes, plus ou moins sévères et invalidantes, souvent chroniques, et débutant généralement dans l'enfance ou chez le jeune adulte. A un moment de sa vie **1 personne sur 4** est touchée par des troubles psychiques, selon l'OMS. En France, les personnes touchées d'au moins un trouble psychique sont estimées à **plus de 9 millions** classant les maladies mentales au **troisième rang des maladies.** En région Auvergne-Rhône-Alpes, **où 4,3 % des décès** étaient dus en 2017 à un trouble mental ou du comportement, **plus de 200 000** personnes bénéficiaient en 2020 d'une reconnaissance en **ALD pour affections psychiatriques de longue durée ;** un chiffre plus élevé qu'en France métropolitaine. La prévalence des traitements psychotropes administrés **varie selon les départements** avec des taux de prescriptions d'anxiolytiques plus élevés dans l'Allier, le Cantal et la Loire.

L'ARS soutient les démarches de prévention et de repérage de ces troubles mentaux qui sont en augmentation régulière et finance des dispositifs coordonnés sur chacun des territoires dans les contrats locaux de santé dédiés à la santé mentale, et les Projets territoriaux en santé mentale (PTSM). Ces troubles mentaux ont d'importantes conséquences sur la vie des personnes qui en sont atteintes et leur entourage. Ils se traduisent par des difficultés dans le parcours scolaire, un taux de chômage élevé, et une moins bonne santé physique.

Améliorer l'accès aux soins et le suivi des personnes vulnérables ou en grande précarité

La précarité s'appuie sur la pauvreté financière, définie au regard du revenu standard médian de la population pour un **seuil inférieur à 60 % du revenu médian par mois et par unité de consommation (1 128 € en 2022).** En Auvergne-Rhône-Alpes en 2018 ce seuil de pauvreté s'élevait à **12,7 % de la population,** avec de fortes disparités inter et intra-départementales (9,5 % en Savoie à 15 % dans le Cantal) et varie selon la typologie des personnes concernées. L'accès aux soins et à la prévention sont particulièrement difficiles pour ces populations vulnérables (personnes vivant dans la rue, migrants, gens du voyage, personnes détenues), tout comme pour les personnes fragiles **« éloignées » socialement ou géographiquement** de ces dispositifs de droit commun. Cela concerne désormais de nouvelles catégories de personnes salariées mais à faibles revenus, dits **travailleurs pauvres** à temps partiel ou saisonniers, aggravées par des **situations familiales de type nombreuses ou « mono parentales »** (41 % des enfants mineurs vivant en famille monoparentale sont en situation de précarité).

L'ARS accompagne les territoires prioritaires des politiques de la ville, les zones rurales éloignées des ressources en soins de santé. Les indicateurs en santé y sont plus défavorables (mortalité et morbidité augmentées, recours faible à la vaccination infantile, dépistage des cancers rendu plus difficile, surpoids élevé source de diabète et maladies métaboliques (risque x 2,9), de maladies cardiovasculaires (risque x 1,4) et davantage de dépressions (risque x 2,4). Les luttes contre le « refus de soins » ou le non-recours aux soins sont des actions majeures à poursuivre avec les partenaires institutionnels.

Faire grandir les enfants et les jeunes grâce à la prévention des compor-te-ments et environnements à risque

En 2018, la région Auvergne-Rhône-Alpes comptait 31,2 % de la population, soit un peu moins de 2,5 millions de jeunes de moins de 26 ans concentrés majoritairement dans le Rhône (35 %) et l'Isère (33 %) ainsi que dans les métropoles. Ces jeunes sont en moyenne en bonne santé mais certains d'entre eux vont présenter des maladies chroniques ou avoir des comportements à risque pour eux et pour les autres. Les sources de décès sont :

- pour les enfants de moins d'un an, des affections d'origine périnatale ou des anomalies congénitales,
- pour ceux de 1 à 5 ans, liées aux accidents de la vie courante principalement,
- pour ceux de 5 à 14 ans, liées à des tumeurs et causes externes (ex : accidents domestiques),
- pour les jeunes de 15 à 24 ans, des accidents de transports, des suicides et les tumeurs de différentes natures.

En 2020, **77,4 % des jeunes de moins de 25 ans ont eu recours à un médecin généraliste,** chiffre stable par rapport à 2019. Le recours des jeunes de moins de 18

ans à un pédiatre est nettement plus faible en particulier là où la densité de pédiatre est faible comme dans l'Allier.

Le **contraste de la région** est particulièrement saisissant, avec quatre départements (Ain, Isère, Haute-Savoie, Rhône) ayant un indice de jeunesse au-dessus de la moyenne nationale, contrairement à l'ouest, avec quatre départements éloignés de cette moyenne (Cantal, Allier, Ardèche, Haute-Loire). Cette partie ouest est également touchée par une mortalité des jeunes élevée et une prévalence des ALD, en particulier des affections psychiatriques, expliquées notamment par des comportements individuels et familiaux, mais aussi par des inégalités territoriales et sociales. En 2019, dans la région **66 000 jeunes de moins de 25 ans étaient suivis pour une ALD.**

L'ARS définit dans sa stratégie régionale de santé publique des actions de soutien en faveur de la prévention auprès des enfants, des jeunes, de la parentalité pour renforcer les actions de dépistage et de repérage des troubles tels que ceux du neurodéveloppement, de l'obésité ou de la prévention de l'usage des écrans des enfants. Il convient de veiller à accompagner ces populations sujettes à des comportements addictifs, néfastes dans l'entourage familial.

1.2 PROMOUVOIR ET ACCOMPAGNER LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a pour mission de **garantir l'expression des acteurs et des usagers de la santé dans la région.** Avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), sa structure de concertation, et les 12 Conseils territoriaux de santé (CTS), l'Agence recueille les avis et propositions des représentants siégeant au sein de ces instances, promeut la concertation, soutient le débat et le dialogue, et veille au respect des droits des usagers.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La concertation nationale, lancée du 25 mai au 10 juillet 2020 dans le cadre du Ségur de la santé avec les représentants de tout notre système de santé, a fortement mobilisé la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes. Avec l'appui des équipes de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, **la CRSA s'est engagée activement dans la mise en œuvre de cette concertation en région** avec de nombreuses réunions de partage et d'échanges. Elle a mis en avant des besoins ainsi que des attentes et a proposé des orientations afin d'améliorer notre système de santé.

Dans le cadre du Ségur de la santé, le gouvernement s'est engagé à renforcer les missions et l'indépendance des CRSA **afin d'en faire un véritable « parlement de la santé »** (mesure 32). Concrétisant cette mesure, un décret du 28 juin 2021 a modifié la composition de cette instance ainsi que leurs modalités de fonctionnement et élargi les matières sur lesquelles elle est consultée. Le renouvellement de la CRSA en octobre 2021, a permis de la doter de moyens nouveaux pour renforcer la dynamique de mobilisation des acteurs de la démocratie en santé en Auvergne-Rhône-Alpes, pour construire des réponses concrètes et proposer des solutions innovantes.

Dans le cadre du renouvellement des CTS dont le mandat des membres s'est achevé le 31 juillet 2022, **l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a souhaité modifier la délimitation des territoires de démocratie en santé pour la Drôme et l'Ardèche.**
Pour mieux répondre aux nombreux enjeux liés à la santé, à l'échelle départementale voire infra-départementale, avec tous les acteurs et partenaires institutionnels, les nouveaux territoires de démocratie en santé, avant réunis en un seul, correspondent à présent aux limites départementales de la Drôme et de l'Ardèche.

ENJEUX & OBJECTIFS STATÉGIQUES POUR 2028

Les enjeux des cinq prochaines années s'inscrivent dans la poursuite de la mise en œuvre des axes fondamentaux du cadre d'orientation stratégique (COS) relatifs à la démocratie en santé et aux relations partenariales entre les professionnels et les usagers qui sont :

- la prise en compte du point de vue de l'usager dans la mise en œuvre des priorités de santé en repérant les besoins au travers des parcours de santé populationnels. Cette approche vise notamment, à développer les coordinations entre les structures, les professionnels et les usagers en vue de faciliter les parcours de santé. L'implication des usagers ou de leurs représentants à la définition de ces parcours est primordiale ;
- le renforcement de l'information et de la communication pour un usage raisonné du système de santé ;
- l'accompagnement et le soutien des représentants des usagers du système de santé ainsi que le développement de la démocratie en santé.

Des partenariats engagés pour permettre à l'usager et aux parties prenantes sur les territoires de prendre une part active dans la politique de santé mise en œuvre dans la région et promouvoir la démocratie en santé.

Le **contrat local de santé (CLS)** est inscrit dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) de 2009. Elle a consacré le CLS comme outil de contractualisation entre les ARS et les collectivités territoriales. Son ambition principale est de concourir à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé en favorisant l'articulation des politiques publiques de santé à l'échelle infra-départementale.
Le champ d'intervention du CLS porte sur la promotion de la santé, la santé-environnementale, la prévention, l'accès aux soins, la santé mentale et l'accompagnement médico-social.

Le CLS doit être déployé dans les territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante, des difficultés d'accès aux soins voire de renoncement aux soins, un faible accès à la prévention, une situation de précarité socio-environnementale, d'isolement et une population vieillissante. Le préalable à la signature d'un CLS est la réalisation d'un diagnostic local de santé permettant de dresser un portrait du territoire simplifié et pragmatique sur lequel vient s'appuyer la formalisation du projet.

La Loi 3DS (portant sur la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et la simplification voulu par le Président de la République) de février 2022 est venue renforcer l'action des collectivités territoriales dans la déclinaison de la politique locale de santé. La nouvelle législation insiste désormais sur la nécessité de décloisonnement inter-sectoriel des politiques publiques locales et des priorités régionales de santé. Tout nouveau CLS doit prendre en compte dans ses objectifs la problématique de la santé mentale. Ainsi le CLS apparaît comme un dispositif essentiel pour renforcer la coordination des politiques publiques sur les territoires et donner toute sa place au partenariat local.

En matière de santé mentale, de nombreux plans et rapports ont préconisé une organisation territorialisée au moyen des Contrats territoriaux de santé mentale.

La loi de modernisation du système de santé de 2016, est venue entériner la place du **Conseil local en santé mentale (CLSM)** comme outil de démocratie participative et de mise en œuvre du Contrat territorial en santé mentale. A l'image du CLS, le CLSM repose sur un diagnostic territorial partagé, la mobilisation et le décloisonnement des acteurs publics de la santé, du social et du médico-social.

En Auvergne-Rhône-Alpes, CLS et CLSM sont amenés à entretenir des collaborations étroites compte tenu des publics auxquels ils s'adressent.

Dans les prochaines années, l'ARS va poursuivre et permettre d'accélérer le déploiement des CLS sur les territoires de la région confrontés aux inégalités de santé, tout en veillant à évaluer la mise en œuvre des CLS existants.

Le **Conseil national de la refondation (CNR) santé,** lancé en septembre 2022 par le Président de la République, vise à mettre en œuvre une nouvelle démarche pour construire, ensemble et au plus près des Français, les solutions concrètes sur les grandes transformations à venir pour l'accès à la santé. En fin d'année 2022, des journées départementales, organisées avec le CTS et en lien avec les Préfets et l'Assurance maladie, ont permis de réunir les acteurs du territoire, et des citoyens autour des enjeux de santé de la région. Les travaux réalisés ont fait l'objet d'une première restitution en fin d'année 2022 à la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes et aux différentes parties prenantes. Les propositions concrètes ont été remontées au niveau national et constituent un apport à la réflexion collective pour l'écriture du Schéma régional de santé 2023-2028.

L'ARS va poursuivre la consolidation des CNR territoriaux santé, en concertation avec les CTS
et en lien étroit avec l'Assurance maladie (et ses différents régimes) et autres réseaux de sécurité sociale,
les préfectures, les élus, les professionnels
et les représentants d'usagers, afin de construire des solutions avec et pour les citoyens.

Les objectifs participent à la réaffirmation du rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et à l'association des citoyens à la gouvernance du système de santé. Il est proposé de reprendre la priorisation des objectifs déjà initiée dans le précédent SRS et dont la mise en œuvre a été freinée par la crise COVID. Des compléments sont apportés dans les actions qu'ils déclinent.

Objectifs

1. **Affirmer la place des usagers dans le système de santé.**
2. **Renforcer l'information des usagers sur leurs droits et sur leur santé.**
3. **Développer l'accompagnement des proches aidants et faciliter la relation « proches aidants/aidants » professionnels.**
4. **Accompagner les instances de démocratie en santé.**

5. **Conforter la représentation des usagers dans les instances et les établissements de santé.**
6. **Permettre et valoriser l'expression des usagers.**
7. **Impliquer et mobiliser tous les acteurs.**

1.2.1 Affirmer la place des usagers dans le système de santé

La participation de l'usager constitue un enjeu essentiel pour la définition des politiques de santé dans la mesure où son point de vue et son expertise viennent enrichir celui des professionnels et institutionnels. Parallèlement, sa participation en tant qu'acteur de son parcours de santé conforte son adhésion aux traitements proposés et en améliore leur efficacité.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Coconstruire le parcours de santé avec l'ensemble des acteurs de santé.
- Asseoir la fonction de « référent de parcours » pour accompagner les usagers les plus vulnérables et les situations les plus complexes dans le parcours et éviter les ruptures.
- Promouvoir les pratiques professionnelles prenant en compte la parole des usagers et proposer des espaces d'échanges de pratiques entre représentants d'usagers.

1.2.2 Renforcer l'information des usagers sur leurs droits et sur leur santé

L'information est au cœur de la connaissance et de l'exercice des droits de l'usager du système de santé. La communication externe de l'ARS sur le schéma régional de santé, devra être construite dans une logique ouverte, transparente et fluide. Il s'agit de permettre à l'ensemble des acteurs de mieux appréhender la politique mise en œuvre en région et d'y prendre une part active et éclairée.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Diffuser largement de l'information sur les droits individuels et collectifs des usagers.
- Développer une communication plus accessible : adapter les supports d'information pour les rendre accessibles et compréhensibles par tous, sur les droits ou sur la santé aux jeunes, aux populations vulnérables, précaires et étrangères.
- Accompagner l'usager vers une information fiable et balisée, en s'appuyant sur des associations de Santé agréées et par le biais des nouveaux moyens de communication.
- Contribuer à l'alimentation du service public d'information en santé pour le niveau régional (sante.fr).

1.2.3 Développer l'accompagnement des proches aidants, la pair-aidance et faciliter la relation proches aidants/aidants professionnels

Le maintien choisi ou le retour à domicile ne sont possibles que par une importante implication des aidants proches. Ces derniers doivent ainsi pouvoir disposer d'une écoute et d'un accompagnement dans leurs démarches.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Donner la possibilité aux aidants familiaux d'être formés et écoutés.
- Former au « métier d'aidant » (postures, etc.) pour le bien-être de l'aidé comme de l'aidant.
- Informer sur le handicap de l'aidé et ses spécificités, ses conséquences, son évolution.
- Informer et conseiller sur les dispositifs légaux, les démarches administratives, les possibilités de soutien et d'accompagnements existants pour l'aidant et l'aidé.
- Organiser des échanges avec des pairs sur des expériences communes, des espaces de rencontres, de partage et d'expression afin de sensibiliser sur les démarches et les comportements favorables à la santé. Il convient également de renforcer le rôle de la pair-aidance afin de rompre l'isolement, de créer des liens et de renforcer la solidarité.

1.2.4 Accompagner les instances de démocratie en santé

Le développement de la démocratie en santé sur le territoire s'appuie sur des instances qui sont autant de

forces de proposition pour développer le dialogue, l'écoute et la concertation avec les usagers. La CRSA concourt par ses avis à la définition de la politique de santé en région et formule des recommandations sur la mise en œuvre de droits des usagers en région. Les CTS contribuent aux projets territoriaux de santé, notamment sur l'organisation des parcours.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Favoriser l'articulation des instances, soutenir, développer et faciliter le travail collaboratif. Il s'agit de créer une dynamique d'échange entre les niveaux de représentation local, territorial et régional. L'ARS veillera à accompagner la CRSA et les CTS dans leurs initiatives relatives à la définition des modalités d'articulation de leurs travaux respectifs, et des modalités de coopération entre CTS.
- Renforcer l'accès à l'information des instances, afin de leur permettre de disposer des informations utiles à l'exercice de leurs missions et de conforter leur contribution à l'amélioration qualitative du système de santé.
- Soutenir la mise en œuvre du programme de travail de la CRSA et de représentation, avec des moyens adaptés et accompagner ses initiatives.

1.2.5 Conforter la représentation des usagers dans les instances et les établissements de santé

Pour assurer une bonne représentation des usagers au niveau des territoires et au sein des établissements, il est nécessaire de s'appuyer sur les associations d'usagers agréées et leurs représentants.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Soutenir la mise en œuvre du dispositif de désignation des représentants des usagers dans les instances où ils sont appelés à siéger ainsi que des personnes qualifiées dans le domaine médico-social.
- Accompagner les représentants d'usagers dans l'exercice de leur mandat et s'assurer qu'ils ont bien été formés : la formation des représentants d'usagers sous ses différentes dimensions sera poursuivie et développée en région.
- Faciliter et promouvoir leur engagement militant bénévole.
- Encourager les établissements de santé à ouvrir leurs portes (journées portes ouvertes) pour se faire connaître, à mieux communiquer et plus régulièrement sur leurs missions et leurs organisations pour impliquer la population environnante et susciter de nouvelles vocations de représentants d'usagers. L'établissement doit donner à lire qu'il est en prise avec la vie de son quartier ou de sa ville et qu'il est un service public important pour la population et les usagers.
- Faciliter en lien avec France Asso Santé, la représentation des usagers. Cette démarche implique de solliciter ces représentants d'usagers notamment à l'occasion des campagnes triennales de renouvèlement et doit accompagner les actions de communication et de journées portes ouvertes des établissements de santé pour se faire connaître.

1.2.6 Permettre et valoriser l'expression des usagers

L'expression des usagers via les instances de démocratie en santé doit se compléter sous deux angles. D'une part, par l'expression directe des usagers dans le cadre de la démocratie en santé notamment lors des débats publics délocalisés et organisés conjointement par la CRSA et les CTS mais aussi lors des différentes manifestations organisées par l'ARS, seule ou en partenariat. D'autre part l'expression des usagers doit être proposée dans le cadre des projets innovants.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Faciliter l'organisation de débats publics et la prise en compte de leurs conclusions.
- Elargir le champ des modes d'expression en direction des usagers pour contribuer à l'amélioration des parcours, les conditions du recueil et de l'utilisation de la parole des usagers doivent également être renforcées en soutenant des dispositifs et initiatives d'expression des usagers pour le portage de leur parole. Les innovations technologiques peuvent être mobilisées pour faciliter la démarche participative, notamment pour recueillir la parole des usagers suivis à domicile, tout en restant attentif à ne pas renforcer la fracture numérique.
- Prévoir la participation des usagers lors de l'élaboration et l'évaluation des actions locales les concernant.
- Favoriser leur représentation dans les différents comités de sélection, commissions, instances de l'Agence et dans les dispositifs soutenus par l'ARS.

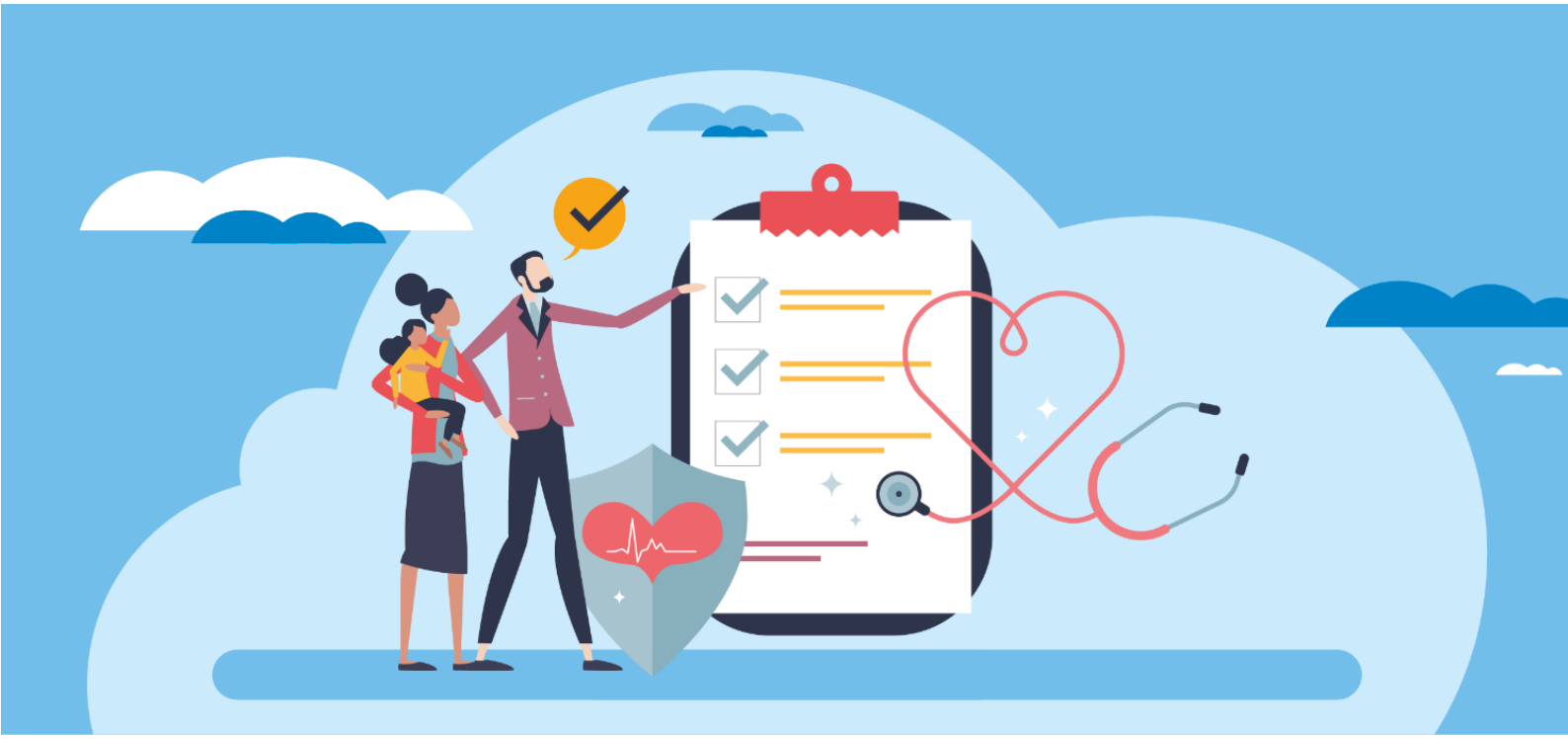
- Favoriser l'émergence d'initiatives sur ce champ émanant des acteurs eux-mêmes.
- Valoriser les bonnes pratiques : les instances de démocratie en santé doivent être des caisses de résonance pour les projets innovants.
- Faire la promotion, identifier, soutenir les projets innovants et encourager les initiatives en relayant les dispositifs nationaux et régionaux tels que :
  - la convention régionale culture et santé signée entre la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC), la Région et l'ARS ; en 2023, mise en œuvre de la 6e convention régionale pour 2023-2028,
  - l'appel à projets régional annuel démocratie en santé visant à former les représentants des usagers d'une part, à recueillir les besoins des usagers et professionnels de santé d'autre part,
  - les actions portées par la convention pluriannuelle France assos santé/ARS.

1.2.7 Impliquer et mobiliser tous les acteurs

La formation des professionnels constitue un levier essentiel pour l'acquisition des connaissances sur les droits des usagers et pour le développement des compétences relationnelles.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Développer les connaissances sur les droits des usagers : inclure un module relatif aux droits des usagers dans la formation continue des professionnels de la santé et si possible avec des séances interprofessionnelles. Faciliter la participation des usagers à l'animation de ces modules.
- Influer sur les universités et écoles (formation initiale) pour intégrer la thématique démocratie en santé dans les programmes de formation initiale et continue des professionnels de santé.
- Favoriser l'intégration des patients dans la formation des professionnels de santé.



CHAPITRE 2

AMÉLIORER LA QUALITÉ, L'EFFICIENCE ET LA RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

2.1 - SOUTENIR L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS ET LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX **18**

2.2 - RENFORCER LES INVESTISSEMENTS ENGAGÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS **22**

2.3 - AMÉLIORER LA COORDINATION DES ACTEURS ET GAGNER EN LISIBILITÉ **26**

2.4 - ASSURER UN RENFORT DE LA PERTINENCE ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS **32**

2.5 - ADAPTER LES PARCOURS DE SANTÉ GRÂCE AUX OUTILS NUMÉRIQUES ET AUX DISPOSITIFS D'INNOVATIONS ET D'EXPÉRIMENTATION **35**

2.6 - RENFORCER LA RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ GRÂCE À NOTRE ADAPTATION AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES **39**

2.1 SOUTENIR L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS ET LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX

Les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, qu'ils exercent en établissement ou dans le secteur ambulatoire, sont une ressource indispensable à la qualité, la sécurité et la continuité des prises en charges. L'enjeu d'attractivité des ressources qualifiées et d'investissement dans la formation est majeur. Ainsi que la fidélisation des personnels, il s'accompagne d'une exigence de suivi et de connaissance de ces ressources.

L'action de l'Agence régionale de santé pour adapter l'offre en ressources humaines aux besoins se décline en trois grand chantiers de travail :

1. Soutenir et accompagner l'augmentation du nombre de professionnels de santé formés dans la région ;
2. Contribuer à l'attractivité de l'exercice professionnel et à la qualité de vie au travail, notamment dans les métiers et les zones géographiques en tension (montées en compétences, coopérations entre professionnels) ;
3. Favoriser l'évolution des métiers et des compétences.

La période 2018-2022 a été caractérisée par des mutations profondes des ressources humaines :

- l'évolution des métiers (auxiliaires médicaux, réingénierie des métiers et des référentiels de compétences) et des pratiques professionnelles (développement des coopérations interprofessionnelles et intersectoriel au niveau local, notamment en établissement, ou dans les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),
- l'évolution des modalités de gestion des ressources humaines en établissement (modification des organisations et du temps de travail, accroissement des exigences en matière de gestion anticipée des compétences, activation de leviers d'attractivité),
- le renforcement des ressources dans les zones où la coopération et la mutualisation inter-établissement entre les secteurs sanitaire ou médico-social.

2.1.1 Anticiper les besoins territoriaux en matière de démographie des professionnels du secteur sanitaire et médico-social

La démographie des professionnels de santé et de l'accompagnement s'appuie notamment sur le suivi des données issues du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et du répertoire Automatisation des listes (ADELI). D'autres sources permettent de disposer d'informations sur les taux et les catégories de professionnels employés dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux : outre les enquêtes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES (ES, EHPA) réalisées tous les quatre ans, des outils comme les bilans sociaux, la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), DIAMANT, les comptes financiers, ou le tableau de bord d'appui à la performance pour le médico-social permettent d'observer annuellement les tendances.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Pour disposer d'un nombre suffisant de professionnels de santé et de l'accompagnement, la formation initiale des futurs professionnels de santé constitue le premier levier à mobiliser, tant sur le parcours scolaire et universitaire que sur les stages ou l'alternance.

L'épidémie de Covid-19 est venue accélérer les mutations envisagées dans le plan Ma Santé 2022 pour accroître le nombre de professionnels formés dans les années futures. Deux vecteurs ont été mobilisés récemment pour amorcer une nouvelle dynamique en matière de formation :

- Le Ségur de la santé a consacré une place spécifique aux enjeux de formation des professions paramédicales, principalement sur le métier infirmier et aide-soignant.
- La réforme de l'accès aux études médicales a permis de diversifier l'origine universitaire des étudiants se destinant aux 4 filières médicales (médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie). La suppression du *numerus clausus* annuel au profit d'un

Objectif national de professionnels à former (ONP) a permis de faire évoluer depuis 2021 les effectifs de ces filières dans les 4 subdivisions de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'ARS a accompagné l'évolution à la hausse du nombre de professionnels de santé en mobilisant les acteurs concernés (Région, universités, instituts de formation, lieux de stage). Les évolutions suivantes sont constatées :

- augmentation du nombre de places dans les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et les IFAS (d'aide-soignant) de la région, respectivement de 11,7 % et de 1,7 % entre 2019 et 2022 ;
- augmentation du nombre d'étudiants admis en 2e année de médecine de 20 à 30 % entre 2019 et 2022 sur l'ensemble de la région ;
- augmentation du nombre annuel de nouveaux internes en médecine arrivant dans la région de + 6,5 % entre 2018 et 2022.

Pour accompagner cette évolution majeure de l'appareil de formation, l'ARS s'est mobilisée par :

- la promotion des formations sanitaires auprès des jeunes publics (salons étudiants),
- l'accès aux formations sur le Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) piloté par l'ARS,
- le déploiement de postes d'Assistants universitaires de médecine générale (AUMG),
- la mobilisation des Centres hospitaliers universitaires (formation des Praticiens à diplôme hors Union européenne en France – PADHUE),
- le soutien au développement des stages d'internat en ambulatoire et dans les hôpitaux non universitaires pour accroître les capacités de formation de la région,
- le développement des stages pour les professionnels paramédicaux.

L'ARS a développé ses propres outils de suivi et d'observation de la démographie des professionnels, via deux méthodes complémentaires :

- des analyses statistiques en associant plusieurs sources de données : bilans sociaux, Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), Comptes financiers (secteur sanitaire), tableaux de bord performance (secteur médico-social),
- des enquêtes ad hoc, basées sur les déclarations des établissements, ciblant les vacances de postes, les spécialités médicales, les services d'urgences ou les maternités.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Les enjeux reposent sur la connaissance fine des spécialités médicales et les métiers paramédicaux et de l'accompagnement, des postes vacants des praticiens hospitaliers/spécialités dans les établissements publics, les métiers du grand âge et de l'autonomie dans le secteur médico-social.

L'objectif est de garantir la prise en charge avec un vivier de ressources suffisantes et mobilisables pour mieux articuler et anticiper les dispositifs d'organisation des soins et des accompagnements sur le territoire et en particulier pendant les périodes de tension.

Plusieurs secteurs font l'objet de réformes de fonctionnement et d'exigences de qualification des professionnels : les soins critiques (réforme de fonctionnement), la médecine physique et de réadaptation (réforme de fonctionnement), le handicap, le domicile (virage domiciliaire et soutien des aidants), et le secteur des personnes âgées pour l'évolution de la dépendance.

Objectifs

1. **Améliorer le suivi des besoins en personnels salariés au sein des établissements et services, quel que soit le secteur, au niveau local, départemental, régional.**
2. **Animer, en partenariat avec la Région, le réseau des organismes de formation dont les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et les IFAS (d'aide-soignants) afin de contribuer à l'attractivité de la formation et à la proposition d'un nombre suffisant de stages.**
3. **Déployer de nouveaux dispositifs d'universitarisation des territoires : assistants universitaires de médecine générale, professeurs associés.**
4. **Renforcer l'efficience des dispositifs de suivi statistique et la qualité des informations recueillies.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Développer la maîtrise de stage universitaire en médecine générale et les stages de spécialité pour accompagner l'augmentation du nombre d'internes en médecine dès 2026 et poursuivre une dynamique impliquant les CHU et les universités pour la formation des Praticiens à diplôme hors Union européenne en France (PADHUE).
- Sensibiliser les établissements et les acteurs sanitaires et médico-sociaux à l'importance

de la fiabilisation des données RH renseignées (SAE, comptes financiers, base sociale, tableaux d'appui à la performance pour les établissements médico-sociaux).

- Fiabiliser le suivi à l'aide d'outil d'analyse des données (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM, tableaux de bord performance, bilans sociaux sanitaires, outil DIAMANT), et le suivi périodique des effectifs régionaux.

2.1.2 Déployer les leviers d'attractivité et d'amélioration des conditions de travail

Au niveau des services et établissements, l'attention portée à la politique en faveur de la qualité de vie au travail a été renforcée avec l'inscription des critères « QVT (qualité de vie au travail) et management » dans les référentiels de certification de la Haute autorité de santé (HAS), dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et dans les Lignes directrices de gestion.

Au niveau de l'ARS, la stratégie pour l'amélioration de l'attractivité et de la QVT se décline sur plusieurs axes : rendre attractifs les cursus de formation médicaux et paramédicaux ainsi que les postes et les exercices déficitaires (zones sous dotées), réduire l'absentéisme et fidéliser les ressources humaines.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Les différents leviers d'attractivité sont pleinement mobilisés par l'ARS pour renforcer les effectifs présents dans la région, en agissant à plusieurs moments de la carrière des professionnels.

Soutien aux installations en zone peu dense : l'Agence intervient par le biais de contrats incitatifs, comme le Contrat de début d'exercice (CDE), créé au 1er janvier 2021, qui concerne actuellement 108 médecins. Elle détermine également les zones sous-dotées ouvrant droit aux divers contrats signés par l'Assurance maladie et elle oriente les conditions d'éventuelles majorations incitatives. En 2022, les zonages constituent l'un des outils permettant de lutter contre les inégalités territoriales de santé. Au total, 1 231 professionnels médicaux et paramédicaux bénéficient en Auvergne-Rhône-Alpes de ces contrats incitatifs, représentant 8,8 M € versés par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Favorisation de l'exercice coordonné : l'ARS apporte un soutien financier aux structures d'exercice coordonné (Maisons et centres de santé, Commuautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Equipe de soins primaire (ESP). A titre d'exemple, le dispositif « 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires » a pour but d'apporter une réponse aux problèmes d'accès aux soins (postes à exercice partagé ville/hôpital, soutien financier à l'employeur : centre ou établissement de santé, etc).

Soutien au recrutement sur les secteurs sanitaire et médico-social : la mobilisation de Pôle Emploi, de l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) ainsi que le partenariat de l'Agence avec la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) ont permis de mettre en œuvre des actions favorisant le sourcing et le recrutement en établissement médico social.

Revalorisations des carrières : les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux ont bénéficié de revalorisations à l'issue des accords nationaux du « Ségur de la Santé ».

Amélioration des conditions de travail et réduction de l'absentéisme : financements pour l'amélioration des conditions de travail et de prévention de la sinistralité. Par ailleurs, des démarches d'accompagnements ont été conduites pour faire évoluer les pratiques managériales dans les établissements et services médico-sociaux en particulier.

Soutien aux violences faites aux professionnels dans le cadre de leur activité : l'ARS soutient les établissements dans leurs plans de sécurisation pour permettre aux professionnels de travailler plus sereinement.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

L'attractivité des métiers du secteur sanitaire et médico-social est un enjeu majeur. Ce déficit d'attractivité est particulièrement prégnant dans le secteur du grand âge et de l'autonomie. En outre, la proximité avec la Suisse de deux départements (Ain et Haute-Savoie) induit une situation concurrentielle importante et un turn-over supérieur dans ces zones, qui nécessitent un suivi attentif et des actions adaptées. Ces actions sont conduites en collaboration étroite avec les partenaires concernés (Région, acteurs de la formation, Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités – DREETS, Pôle emploi, Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail – ARACT) ainsi que des services et des établissements impliqués.

Objectifs

1. **Promouvoir les formations initiales médicale, paramédicale et du travail social.**
2. **Coordonner et mobiliser les partenaires institutionnels dans les territoires.**
3. **Lutter contre la sinistralité et soutenir l'adaptation des postes de travail.**
4. **Poursuivre les actions de soutien des directeurs et cadres autour des leviers managériaux et organisationnels pour la QVT et l'attractivité des métiers.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- **Promouvoir les formations initiales médicale, paramédicale** par une politique de soutien au recrutement, notamment par le renforcement des Contrats d'allocation d'études (CAE) et des contrats d'apprentissage..
- **Coordonner et mobiliser les partenaires dans les territoires,** pour permettre la mise en place d'actions efficientes et articulées : Pôle Emploi, DREETS, association des acteurs de la formation (Instituts de formation d'aide-soignants – IFAS, Instituts de formation des travailleurs sociaux (IFTS) et Opérateurs de compétences – OPCO).
- **Lutter contre la sinistralité et soutenir l'adaptation des postes de travail,** par la poursuite d'actions menées avec l'appui de la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) en particulier dans les ESMS ou pour le renforcement de structures de petites tailles avec des soutiens financiers ou l'appui de Groupements hospitaliers de territoire (GHT).
- **Poursuivre le soutien aux directeurs et cadres** dans l'activation de leviers managériaux et organisationnels en faveur de la QVT et l'attractivité des métiers, et diffuser des pratiques innovantes.

2.1.3 Promouvoir la logique de parcours professionnel et de formation

La Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) doit désormais prendre en compte les mobilités intersectorielles ou non, des professionnels et les évolutions de carrières et de compétences. La coordination territoriale entre les partenaires doit être pilotée étroitement pour créer un collectif d'échanges et de partage efficaces et sécuriser un socle de ressources humaines pour garantir le service aux usagers.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'exercice isolé étant considéré comme moins attractif, les différents dispositifs de coopération entre professionnels de santé permettent de renforcer les compétences et de créer une logique de parcours. Le secteur médico-social s'appuie sur des partenariats forts (Pôle Emploi, DREETS, organismes de formations) afin d'évaluer des besoins, construire des parcours et mettre en place des actions adaptées aux territoires et aux métiers.

L'ARS a soutenu la promotion de la Validation des acquis et des expériences (VAE) dans les établissements de santé et médico-sociaux grâce à la mise en place de projets collectifs partenariaux notamment pour l'accompagnement des professionnels (diplôme d'aide-soignant, accompagnant éducatif et social notamment).

L'Agence s'engage dans la poursuite de la mobilisation des acteurs et ressources de formation pour les professionnels sur le marché du travail, et/ou leurs montées en compétences. Des actions d'accompagnement ont été mises en place à destination des cadres et des dirigeants du médico-social pour l'évolution des organisations et des compétences des professionnels.

Des programmes de formation sont mis en place pour améliorer la qualité des prestations dans les établissements. L'OPCO Santé accompagne les ESMS sur un plan de formations composé de six thématiques (soins palliatifs, maladies neuro dégénératives, douleur, dénutrition, dépression). D'autres compétences sont également renforcées en lien avec des programmes nationaux : les formations de détection des troubles du neurodéveloppement et l'école inclusive avec les personnels des ESMS et de l'Education Nationale.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

L'évolution des technologies (numérique, télémédecine) et des techniques de soins nécessite une adaptation des domaines d'expertise et la mise en place de parcours spécifiques, telles que des équipes traitantes pour les prises en charge ambulatoires.

De plus, le parcours des usagers dans le secteur médico-social évolue fortement ; ce qui requiert une évolution des organisations, des pratiques professionnelles (inclusion, virage ambulatoire, prévention renforcée), etc.

Cela impose de rendre les acteurs plus autonomes ou coordonnés. Il s'agit de valoriser le potentiel humain sur les territoires, de renforcer les exercices coordonnés à l'aide de formations pour la qualité des pratiques et la sécurité des personnes.

Objectifs

1. **Renforcer l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social dans une logique de parcours des usagers et de parcours des professionnels.**
2. **Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles et adapter les compétences aux nouveaux enjeux.**
3. **Développer les perspectives de carrière et de formation diplômante pour les professionnels en favorisant la mobilité pour répondre aux besoins des territoires.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Améliorer le parcours des usagers et des professionnels, quel que soit le secteur : consolidation des compétences, coordination territoriale grâce aux dispositifs d'infirmier partagé entre ESMS et établissements de santé (équipes mobiles).
- Sensibiliser les établissements aux coopérations territoriales pour développer la logique de parcours (gestion des mobilités intersectorielles, des carrières et des compétences notamment dans les CPOM des ESMS).
- Développer l'exercice d'infirmier en pratique avancée dans les établissements de santé en lien avec le secteur libéral afin de couvrir les besoins des territoires sous-denses (notamment sur les pathologies chroniques, la santé mentale).
- Accompagner la gestion des carrières et les formations diplômantes des professionnels, en particulier sur le secteur du grand âge (apprentissage, expérimentation de parcours médico-social/sanitaire, tutorat).

2.2 RENFORCER LES INVESTISSEMENTS ENGAGÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS

L'investissement dans les établissements répond à un besoin permanent de modernisation, de rénovation, d'adaptation des locaux de prise en charge en fonction de la transformation de l'offre et des besoins des publics accueillis. C'est un levier d'amélioration des prises en charge et d'attractivité aussi bien des patients que des professionnels de santé, pour lequel l'ARS est engagée de longue date, en autorisant les investissements structurants et en accompagnant, sur le plan opérationnel et éventuellement financier le projet d'investissement.

La politique régionale inscrite dans le schéma régional de santé 2018-2023 a connu une accélération grâce au « Ségur de la Santé » qui comporte un volet de soutien aux investissements immobiliers via la restauration des capacités financières hospitalières, l'aide à l'investissement structurant et investissements du quotidien.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes porte une stratégie ambitieuse et territorialisée, combinant l'utilisation des différents vecteurs de soutien à l'investissement, intégrant les dimensions sanitaire et médico-sociale et visant l'amélioration de l'offre en proximité dans les territoires.

2.2.1 Les investissements dans les établissements médico-sociaux

Dans les établissements médico-sociaux, la stratégie régionale répond à un besoin permanent, quel que soit leur type d'accueil (permanent ou séquentiel), de mise aux normes de sécurité et d'accessibilité, de modernisation, de développement, de transformation, et d'adaptation à l'évolution des besoins des personnes accueillies.

Il s'agit également de réaliser ou rénover des établissements et services, dont la qualité architecturale et le respect des normes énergétiques et environnementales procurent un confort d'usage des espaces de vie, et des équipements visant au maintien de l'autonomie des personnes accueillies. Parallèlement, est recherché un environnement de travail propice à la qualité de vie au travail des personnels : aménagement des espaces de travail et des locaux, amélioration de l'ergonomie et de la convivialité, facilitation de l'organisation interne et de la sécurité des personnes accompagnées et du personnel.

La politique d'investissement est partenariale puisqu'elle est mise en œuvre en étroite collaboration avec les Départements, pour la part des établissements médico-sociaux relevant de la double compétence ARS/Département. L'ARS intervient dans la politique d'investissement des établissements médico-sociaux en autorisant la création de structures nouvelles (appels à projet), en validant les projets de restructurations lourdes ou de reconstruction et en accompagnant, sur le plan opérationnel et financier le projet d'investissement (mobilisation de crédits Plan d'aide à l'investissement - PAI).

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La politique de soutien à l'investissement médico-social portée par l'ARS a été renforcée, pour le secteur des personnes âgées par les mesures du Ségur de la santé 2021/2024. Le déploiement déconcentré du plan d'investissement Ségur a conduit l'ARS à mettre en œuvre une approche pragmatique et transversale, issue de sa connaissance des territoires et d'une large concertation avec l'ensemble des acteurs qui s'est appuyée sur deux niveaux de dialogue :

- la concertation régionale, avec le Comité régional de l'investissement en santé (CRIS),
- la concertation territoriale, adossée aux Conseils territoriaux de santé (CTS), et une articulation étroite avec les préfets.

La stratégie régionale d'investissement du 15 octobre 2021 a été complétée par un volet médico-social établi le 31 mars 2022. Celle-ci affiche :

- une ambition forte de transformation des EHPAD, avec une nouvelle génération d'EHPAD, caractérisée par le sentiment d'être chez soi, l'ouverture sur le quartier, un haut niveau de médicalisation, un modèle économique viable et une conception qualitative,
- une priorité en direction de l'équipement médico-social public, notamment hospitalier particulièrement vétuste,
- une volonté de reconfigurer les ressources gérontologiques et de réduire les inégalités territoriales.

La programmation pluriannuelle pour le champ des personnes âgées a été établie sur la base des remontées de projets assurées par les délégations départementales de l'ARS, en concertation avec les Départements. L'indicateur de fragilité défini par l'ANAP pour chaque EHPAD a été utilisé, à partir des indicateurs du tableau de bord de la performance.

Le caractère opportun et prioritaire des projets a été confirmé par les délégations départementales de l'ARS et les conseils départementaux. La maturité des dossiers, avec le dépôt effectif du permis de construire à la date de la demande de l'aide PAI, est exigée.

Le « Ségur de la santé » a permis la mobilisation de crédits spécifiques au titre du PAI du quotidien pour les EHPAD, à hauteur de 17,3 M€ en 2021 et autant en 2022. Ces crédits ont été alloués aux EHPAD dont la capacité habilitée à l'aide sociale est d'au moins 50 %, et ont permis de soutenir des acquisitions de matériels, des travaux, visant à l'amélioration de la qualité de vie et de prise en charge des résidents, et à l'amélioration des conditions de travail des professionnels.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

L'enjeu majeur d'ici 2028 est de **piloter le déploiement du plan d'investissements Ségur Médico-social,** initié dès 2021, tout en poursuivant le soutien des projets d'investissements hors Ségur (Personnes en situation de handicap). Ce plan représente :

- 35 M€ d'investissements du quotidien, délégués à l'ensemble des EHPAD ciblés, entre 2021 et 2022,
- 119,8 M€ d'investissements structurants pour les EHPAD, entre 2021 et 2024.

Au-delà de la validation des projets, dans les secteurs PA et PH, l'Agence a une responsabilité dans le suivi des projets, de leur avancée et de leur concrétisation dans le respect des engagements financiers et temporels.

Les orientations nationales ciblant les EHPAD doivent désormais être impérativement déclinées dans les projets présentés et soutenus par l'ARS :

- une ouverture sur l'extérieur, organisationnelle et/ou architecturale, quelle que soit son ampleur,
- une logique de facilitation des soins avec l'intégration de locaux pour un PASA,
- l'appel à une assistance à la maitrise d'usage, interne ou externe à l'établissement, afin de favoriser la qualité de conception du projet,
- l'attention au « sentiment d'être chez soi », avec des éléments de personnalisation et d'intimité (classement des bâtiments en type J, sauf exception avec le type U),
- une logique transformatrice forte (les mises aux normes ne sont acceptées que si intégrées dans un projet plus global).

Objectifs

1. **Prioriser les projets matures et aboutis sur le plan opérationnel et technique par l'identification et le recensement des projets initiés au sein des ESMS, sélectionnés dans le cadre de la Stratégie régionale d'investissements, et en lien avec les Départements pour les structures médico-sociales relevant de la double compétence ARS/ Département.**
2. **Accompagner les établissements dans la structuration de leur projet, par une instruction formalisée (revue de projet immobilier - RPI) des projets, en s'assurant que l'établissement s'approprie et maîtrise chaque étape ainsi proposée.**
3. **Suivre les opérations démarrées pour s'assurer de la conduite du programme, du respect des échéances et des engagements financiers.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Maintenir à jour la connaissance des projets à accompagner, via une veille s'appuyant sur les délégations départementales de l'ARS, le recensement des projets, etc.
- Poursuivre la structuration du processus de repérage et de suivi des projets, en lien avec les délégations départementales et les Départements, avec un accent fort mis sur le rôle des Réunions de projet immobilier (RPI).
- Conforter le travail de suivi des projets mixtes (sanitaire et médico-social), afin d'assurer la cohérence des décisions prises et des financements mobilisés.

2.2.2 Les investissements dans les établissements sanitaires

La stratégie régionale d'investissement hospitalier repose sur une approche globale répondant aux priorités suivantes :

- conforter la gradation de l'offre de soins dans les territoires,
- impulser l'évolution de la réponse aux besoins de soins non programmés,
- consolider l'offre de soins spécialisée en cancérologie, soins critiques, santé mentale,
- réduire la trace environnementale des activités du soin.

Par conséquent, les projets priorisés s'inscrivent dans leur environnement et reposent sur :

- un projet médico-soignant et d'établissement qui sous-tend un schéma directeur immobilier,
- une vision prospective, sur la base de l'analyse de la réponse aux besoins de santé du territoire, du niveau des coopérations et de la cohérence avec le projet médical partagé du Groupement hospitalier de territoire (GHT) pour les projets hospitaliers publics.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

En matière d'investissement structurant, la stratégie régionale validée en octobre 2021 priorise une soixantaine de projets qui feront l'objet d'un soutien financier, dont deux tiers concernent des petits–moyens établissements. L'utilisation des crédits dédiés au niveau régional permet en outre d'accompagner d'autres projets. Certains établissements bénéficient par ailleurs, grâce au « Ségur de la Santé », d'un désendettement destiné à restaurer leurs capacités d'investissement notamment à destination des équipements courants. L'enveloppe régionale notifiée aux établissements s'élève à 900 M €.

Le contexte d'inflation faisant peser un risque sur la capacité des établissements à porter les projets sélectionnés, il est essentiel que les projets priorisés puissent se concrétiser dans les délais attendus. Dans cet objectif, l'ARS a accompagné le recrutement de ressources dédiées au pilotage des projets d'investissement, auprès de 6 GHT.

En parallèle, l'amélioration du fonctionnement quotidien des services par la remise à niveau des investissements courants, qui ont un fort impact sur les conditions de travail des personnels et sur la qualité des soins, est également un axe majeur du déploiement du plan « Ségur ». Les investissements ainsi financés portent sur l'environnement immédiat du patient et sa prise en charge : ingénierie médicale et bio médicale, consommables et équipements des unités de soins, etc.

Le plan Ségur dans la région Auvergne-Rhône-Alpes représente pour sa partie investissement sanitaire plus de 800 M€ avec :

- 179 M€ d'investissements du quotidien, délégués à l'ensemble des établissements de santé, tous statuts confondus, entre 2021 et 2023 ;
- 534 M€ d'investissements structurants hospitaliers.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

La stratégie d'investissements de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est **d'articuler proximité et spécialisation** en veillant à garantir l'accès aux soins de haute technicité le cas échéant, pour tous les patients qui en ont besoin, et réduire les inégalités populationnelles et territoriales d'accès aux soins courants.

Objectifs

1. **Accompagner les établissements dans la structuration de leur projet, par une instruction formalisée des projets immobiliers, visant à s'assurer que celui-ci répond aux besoins du territoire, au projet médical et aux enjeux d'amélioration des organisations soignantes.**
2. **Accompagner les équipes territoriales immobilières au niveau des GHT certains projets ciblés en réalisant des missions d'accompagnement méthodologique dans les établissements pour la structuration des projets.**
3. **Suivre les opérations démarrées engagées pour s'assurer de la conduite du programme, du respect des échéances et des engagements financiers : mettre en œuvre des revues de projets avec les établissements de santé, dont le cadre est défini contractuellement.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

L'ensemble des investissements portés par des établissements de la région doit s'inscrire dans la procédure d'instruction régionale présentée ci-après :

- **Etape n°1 :** Cadrage global – opportunité : la réponse apportée aux besoins de santé sur le territoire doit être le socle de tout investissement, en lien avec le projet médical.
- **Etape n°2 :** Préprogramme (niveau projet) : dimensionnement capacitaire et grands principes (organisation, évaluations, calendrier, coût et soutenabilité financière).
- **Etape n°3 :** Programme (niveau opération) : validation du projet dans ses dimensions techniques, immobilières et financières, avant contractualisation.

2.2.3 La coopération des établis-sements au travers des GHT

La mise en œuvre des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur l'ensemble de la région a permis de montrer que ces nouveaux outils pouvaient être, comme en a témoigné la gestion de la crise sanitaire, un puissant instrument de coopération et de soutien des établissements de santé. Les GHT apparaissent ainsi comme de véritables leviers en jouant un rôle structurant pour répondre aux enjeux rencontrés par les établissements publics.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'ensemble du territoire régional est couvert par 13 GHT. La taille de ces groupements peut fortement varier à la fois en périmètre géographique (Drôme–Ardèche ou Allier Puy-de-Dôme par exemple), en nombre d'établissements (jusqu'à 19) ou en population (GHT du Rhône). Ce faisant, ce maillage épouse au mieux la réalité et la diversité des territoires de la région.

La mise en place des GHT a permis de renforcer et de clarifier les coopérations entre les établissements publics dans une logique territoriale. Il est à noter que ce renforcement des coopérations a pu déboucher sur des réorganisations concrètes comme la mise en œuvre de fusions ou, plus souvent, de directions communes, le choix de l'une ou l'autre solution dépendant de chaque contexte local. Il a aussi permis de rendre plus visible et de renforcer les appuis apportés par les établissements supports à ceux qui sont le plus en difficulté.

La consolidation des GHT et l'expérience acquise ont aussi conduit à une réflexion active sur leur découpage et leur organisation. Ainsi, dans le cadre des coopérations mises en place par les établissements pour répondre aux enjeux rencontrés, les GHT Drôme-Ardèche-Vercors se sont regroupés, tout comme les GHT Rhône Centre et Val Rhône Santé, pour favoriser encore les synergies entre les établissements qui les composent.

L'expérience de la gestion de la crise du Covid-19 a démontré que les GHT sont un levier d'agilité et de résilience du système de santé, à travers le rôle d'animateur de l'établissement support. Ces coopérations ont d'ailleurs souvent dépassé le strict cadre des GHT en s'élargissant aux établissements privés et au champ médico-social (Ehpad et établissement du champ du handicap). Au-delà des aspects d'organisation, les GHT ont ainsi fait la preuve de leur capacité opérationnelle concrète.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Les GHT pourront jouer un rôle structurant pour faire face aux nouveaux défis que sont par exemple la problématique des recrutements et de continuité rencontrées par les établissements publics. Dans le cadre de l'organisation de l'offre mise en place par le nouveau schéma, et dans le contexte de la gestion de la réforme des autorisations, ils seront, notamment grâce à la révision de leur Projets médicaux partagés (PMP), un levier essentiel de l'organisation et du renforcement de l'offre sur le territoire.

L'ARS entend privilégier le maintien d'une grande souplesse d'action des acteurs pour répondre au mieux aux enjeux du territoire. Ce renforcement de l'organisation des hôpitaux publics sur leurs territoires étant acté, ils pourront dans le cadre du nouveau schéma, renforcer également leurs coopérations avec les établissements privés dans le but d'optimiser l'organisation et les coopérations de l'offre de soins dans les domaines de la psychiatrie ou de la cancérologie par exemple.

Objectifs

1. **Identifier les filières de soins prioritaires sur lesquels les Projet médicaux partagés (PMP) et les modes de coopérations mettent l'accent et, en miroir, le maintien d'une forte dimension locale et territoriale pour les établissements qui le composent.**
2. **Renforcer les coopérations avec les établissements privés dans le but d'optimiser l'organisation et les coopérations de l'offre de soins dans les domaines de la psychiatrie ou de la cancérologie par exemple.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Accompagner l'évolution des GHT en mettant à leur disposition les outils nécessaires.
- Développer les échanges sur les PMP dans une logique territoriale, en prenant en compte les objectifs du schéma régional de santé et la réforme des autorisations.
- S'appuyer sur la pertinence des GHT pour développer une approche territorialisée de l'organisation de l'offre de soins.

2.3 AMÉLIORER LA COORDINATION DES ACTEURS ET GAGNER EN LISIBILITÉ

Le parcours de soins est défini par la Haute autorité de santé (HAS) comme le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins (consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, etc.).

Deux aspects complémentaires nécessitent une très bonne articulation afin que la prise en charge de l'usager soit optimale : la coordination interprofessionnelle mais également le parcours vécu par le patient :

- Apporter de la lisibilité dans l'identification des dispositifs de coordination, tant pour les professionnels de santé médicaux et paramédicaux que pour les usagers patients.
- Faciliter la mise en place de parcours patients optimisés et efficients pour le suivi d'un certain nombre de situations de soins : périnatalité, du traitement du cancer, de l'obésité ou encore des troubles psychiques.

Ce parcours prend en compte les actions de prévention et de repérage des publics, l'annonce du diagnostic partagé entre les professionnels et les modalités de traitement nécessitant des actes de soins, l'éducation thérapeutique fonctionnelle et la réadaptation voire la réhabilitation lorsque cela s'avère nécessaire.

Ces organisations prennent plusieurs formes :

- des dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, appelés Dispositifs d'appui à la coordination (DAC),
- des dispositifs spécifiques monothématiques, réunissant des professionnels autour d'une même problématique (obésité pédiatrique, cancérologie, troubles psychiques sévères ou épisode de soin complexe liée à la périnatalité, troubles de l'apprentissage, Sclérose en plaque).

Pour accompagner ces diverses prises en charge parfois complexes, des **dispositifs d'appui** à la population et aux professionnels assurent la **coordination des parcours de santé** complexes et/ou thématiques.

2.3.1 Positionner le dispositif d'appui à la coordination (DAC) comme pivot de l'organisation territoriale des parcours complexes

Inscrit dans le plan « Ma Santé 2022 » le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) des parcours de santé complexes a pour ambition de renforcer l'organisation territoriale des parcours et ainsi de contribuer à la transformation du système de santé.
Il unifie l'ensemble des dispositifs antérieurs qu'étaient les réseaux de santé polyvalents, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), les plateformes territoriales d'appui (PTA) et les coordinations territoriales d'appui (CTA) du programme national personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), voire, sur décision du Département, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Le DAC ainsi créé doit s'articuler avec toutes les démarches spécifiques du territoire, sans distinction d'âge, de pathologie ou de handicap.

Le DAC remplit 3 missions :

- il aide les professionnels de santé, à leur demande, à organiser les prises en charge complexes,
- il assure une mission d'accueil, d'information et d'orientation des patients qui le sollicitent,
- il contribue à la dynamique territoriale d'amélioration des parcours via :
  - l'analyse et le repérage des ruptures de parcours, des fragilités des publics,
  - l'identification et la connaissance réciproque des ressources disponibles sur le territoire,
  - la construction d'outils et méthodes d'accompagnement visant à faciliter la coordination des professionnels et à améliorer les pratiques.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

En Auvergne-Rhône-Alpes, 13 dispositifs sont installés (dont deux distincts pour le Rhône : un pour le département, l'autre pour la métropole) fin 2022, assurant ainsi un maillage complet du territoire régional. Aujourd'hui, ce sont plus de 260 salariés, répartis sur 38 sites de proximité pour des dispositifs ancrés sur les territoires et au plus près des besoins, qui travaillent avec des équipes pluridisciplinaires des DAC.
Tout récemment créés, les DAC doivent encore mûrir pour porter pleinement leurs effets.

Par ailleurs, 8 réseaux thématiques à portée géographique limitée existent à ce jour et ne sont pas repris par les DAC :

- DYS/10 (69), AREDYS 42 et Anaïs (38) pour les troubles des apprentissages petite enfance (3).
- EMERAA pour la mucoviscidose.
- NEBE pour l'aide à la parentalité.
- Neuro SEP Auvergne et Neuro SEP RA pour les maladies neurodégénératives, neurologiques.
- APIC pour l'accompagnement psychologique dans le cadre des maladies rares.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Poursuivre la structuration des DAC : l'unification récente des dispositifs rend nécessaire une harmonisation des pratiques (avec des travaux sur les procédures, les outils/méthodes de reporting et des rapports d'activités) et la construction d'outils communs (outil de suivi des projets personnalisé de coordination en santé commun via l'outil numérique, observatoire des ruptures de parcours).
- Favoriser l'identification et la reconnaissance sur les territoires pour améliorer l'accès à ces dispositifs : le nombre de personnes en bénéficiant, l'analyse des ruptures de parcours, la simplicité d'accès aux dispositifs ainsi que les délais de réponse seront particulièrement suivis.
- Travailler l'articulation des DAC avec les autres dispositifs du territoire (Communautés 360, Dispositifs incurie, dispositifs thématiques et filières spécifiques, filières gérontologiques).
- Étudier l'opportunité de faire évoluer les réseaux thématiques locaux existants (évaluation du service rendu, opportunité à capitaliser sur leur expertise) et définir leurs liens avec le dispositifs existants (intégration dans le DAC concerné, évolution vers un dispositif régional, vers un centre ressources, etc.).

L'ensemble de ces objectifs sera poursuivi en lien étroit avec l'Union des DAC qui fédère les dispositifs et est un interlocuteur régional reconnu.

2.3.2 Accompagner grâce à un Dispositif spécifique régional de cancérologie (DSRC)

Le **Dispositif régional de cancérologie (DSRC)** ONCO AURA – ex réseau régional de cancérologie – accompagne les établissements de santé (autorisés et associés au traitement du cancer), les

professionnels de soins primaires, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les 3 centres de coordination en cancérologie (3C) ainsi que l'ARS dans une démarche de coordination des acteurs et d'amélioration de la qualité des pratiques et des organisations en cancérologie. Le DSRC apporte et relaie également de l'information aux patients atteints de cancer et leurs proches.

Le DSRC intervient dans le cadre de la une feuille de route régionale de la stratégie cancers Auvergne-Rhône-Alpes, d'une part, pour favoriser des parcours cancer personnalisés, fluides et coordonnés hôpital/ville et, d'autre part, à mieux prendre en compte les parcours complexes des personnes âgées, des enfants – adolescents-jeunes-adultes (AJA) et des personnes vulnérables pour les cancers du poumon, ovaire et pancréas. En conséquence, il agit aux côtés de l'ARS afin de contribuer à apporter une réponse adaptée aux besoins des patients et de leurs proches tout au long du parcours cancer.

Ainsi, le DSRC contribue à la coordination de l'organisation régionale de la cancérologie et à sa lisibilité, à l'information et à la formation des acteurs, des patients et de leurs proches sur le parcours cancer, promeut la qualité et la sécurité des traitements des patients atteints de cancers et développe l'expertise et l'expérimentation de projets communs innovants et accompagne les évolutions de l'offre de soins.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Le DSRC a mené les actions suivantes :

- l'harmonisation à l'échelle régionale des fiches de Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) par organe,
- l'élaboration d'une feuille de route pluriannuelle commune au DSRC et aux 2 Unités de coordination en onco-gériatrie (UCOG) – Unités de coordination et antennes d'oncogériatrie,
- l'élaboration d'une feuille de route pluriannuelle commune au DSRC et aux 4 dispositifs Adolescents et jeunes adultes (AJA),
- le développement et la reconfiguration de la plateforme Ressources dont les objectifs sont d'accompagner les professionnels dans leur pratique au quotidien en leur apportant une aide à l'orientation, à la décision et à la prescription et de rendre plus lisible l'offre de soins régionale grâce aux annuaires de compétences et d'organisations en cancérologie,
- le développement d'une information étayée aux patients et à leurs proches.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Favoriser les parcours cancer par l'identification des dysfonctionnements organisationnels de l'offre et la proposition de mesures correctrices.
- Favoriser la prise en charge en onco-pédiatrie des adolescents, ainsi que celle des jeunes adultes et des personnes âgées par la mise en œuvre des actions dédiées.
- Favoriser l'accès aux Soins oncologiques de support (SOS) par le recensement de l'offre en SOS, sa cartographie et l'identification des zones blanches.
- Participer à la structuration de l'accès à l'oncogénétique et aux techniques de préservation de la fertilité.
- Améliorer la qualité de la prise en charge par le partage d'informations : Dossier communicant de cancérologie (DCC), le Programme personnalisé de soins (PPS) et le Programme personnalisé après cancer (PPAC).
- Faciliter l'accès des patients aux innovations par notamment la mise en place d'un dispositif de repérage des organisations et des dispositifs innovants.

2.3.3 Accompagner le parcours des prises en charge de l'obésité

L'obésité, considérée comme une maladie chronique est en constante augmentation, elle est même qualifiée de pandémie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle s'accompagne d'un risque augmenté de maladie cardiovasculaire de facteur 12, de certains cancers multipliés par 4 et d'un surrisque de diabète de type 2, de pathologies rénales, de pathologies hépatiques et de pathologies respiratoires (apnée notamment). La prévalence de l'obésité de l'adulte a doublé depuis 1997, en passant de 8,5 % à 17 % de la population française. Elle est de 3 à 6 % pour l'enfant selon les tranches d'âge.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Concernant les enfants et les adolescents

L'obésité infantile est prédictif de l'obésité à l'âge adulte et elle est un marqueur des inégalités sociales. L'enjeu consiste en une prise en charge précoce

centrée sur la famille, pluriprofessionnelle et de proximité, coordonnée par le médecin de l'enfant qui assure un suivi régulier avec d'autres professionnels de santé (psychologue, professeur en activité physique adaptée, diététicien, infirmier, etc.) et éventuellement des professionnels de soutien à la parentalité. Un dispositif spécifique associatif appelé RéPPOP (Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité) s'adresse aux enfants jusqu'à 18 ans qui présentent un surpoids ou une obésité. Ce dispositif a fait ses preuves, puisque deux ans après leur prise en charge, 73 % des enfants voient leur degré de surpoids s'améliorer et cette amélioration se poursuit à 5 ans.

Les RePPOP forment les professionnels de santé de ville à la prise en charge de l'obésité et coordonnent les parcours de soins des familles en lien avec le médecin de l'enfant et les professionnels de santé de ville.

La prise en charge s'appuie également sur des centres spécialisés d'obésité (CSO) qui ont pour mission de dispenser les soins, dits « de troisième recours » auprès des enfants en situation d'obésité sévère et/ou complexe.

La structuration de la filière de l'obésité pédiatrique conduite avec les CSO de la région dans le premier schéma a permis :

- **Une couverture élargie à l'ensemble de la région** des RePPOP : si seulement 3 départements étaient accompagnés en 2018, grâce à une dotation exceptionnelle (1 à 2 M€) et d'un pilotage organisé, la prise en charge des patients en 2023 est rendue possible dans chacun des 12 départements de la région.
- **Une doctrine de travail commune** pour le niveau 2 : Les prises en charge sur les structures RéPPOP ont été consolidées et harmonisées par la modélisation d'un parcours via un financement dédié et un cahier des charges régional.
  Le rôle des Soins médicaux et de réadaptation (SMR) et des centres hospitaliers a été défini et conventionné avec les CSO.
- **Une mobilisation renforcée des CSO** pour le niveau 3 : en particulier pour les prises en charge de l'obésité complexe au travers de réalisations de bilans et suivis partagés, en particulier à la demande des RePPOP de leur territoire.
  La mise en place d'une Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et de conventions a permis de faciliter le recours de chaque territoire au CSO de proximité.

Concernant les adultes

Les enjeux sont importants et de nombreuses évolutions sont attendues comme :

- la création de seuil en chirurgie bariatrique par le législateur ;
- l'arrivée de nouvelles thérapeutiques médicamenteuses efficaces ;
- la prise en charge conventionnée du transport bariatrique pour des acteurs privés ;
- la désignation de centres experts nutrition en SSR pour les obésités complexes ;
- la généralisation des expérimentations « Article 51 » Obésité (4 sont en cours dans la région) ;
- le nouveau cahier des charges national des CSO ;
- la nouvelle feuille de route obésité destinée à prendre en charge l'obésité en France ;
- les nouvelles recommandations HAS encadrant la chirurgie bariatrique et métabolique.

En conséquence, il convient de **structurer la filière de prise en charge de l'obésité adulte,** comme l'a pu être la filière pédiatrique, et de faciliter la coordination des parcours de soin obésité pédiatriques, adultes et bariatriques actuellement expérimentés au titre du dispositif Article 51.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Améliorer la lisibilité de la filière de prise en charge de l'obésité pédiatrique (offre de prise en charge ambulatoire et hospitalière) aussi bien pour les professionnels et que pour les usagers.
- Faciliter un parcours de transition des adolescents vers la prise en charge adulte (parcours médical, parcours bariatrique) entre les CSO et les structures de 2e recours.
- Structurer avec les CSO, le maillage territorial du 2e recours en s'appuyant sur les Centres hospitaliers, les Services médicaux de réadaptation (SMR), les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et en favorisant le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) « obésité » de proximité (filière médicale et bariatrique).
- Consolider la prise en charge de 3e recours pour les filières médicales et chirurgicales, au sein des CSO (dont accès aux équipements, plateaux techniques, imagerie… adaptés) et en labellisant de 1 à 3 les centres SMR experts obésité complexes adultes (convention ARS-SSR-CSO).
- Améliorer le parcours complexe et/ou associé au handicap (grade 3A et 3B) et sa coordination

afin de le rendre accessible pour tous les patients de la région.

- Favoriser avec le réseau périnatalité et les CSO l'amélioration du parcours périnatal de la femme obèse dans son parcours.

2.3.4 Coordonner le repérage des troubles psychiques

En Auvergne-Rhône-Alpes, la mise en place de Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) en mars 2021 découle des travaux, dans chaque département, d'une commission spécialisée en santé mentale de chaque Conseil territorial de santé (CTS) qui assure la coordination et le suivi des actions sur le territoire. Un Contrat territorial de santé mentale (CTSM), établi entre l'ARS et les acteurs du territoire, dresse la feuille de route départementale des actions concrètes à mettre en œuvre pour une durée de cinq ans.
Il s'agit d'un document de référence pour l'ensemble des acteurs qui contribuent à l'animation territoriale de la santé mentale. Les PTSM conduits à l'initiative des acteurs d'un territoire et co-construits de manière partenariale sont des documents clef pour mettre en œuvre les solutions sur les enjeux de santé mentale, au plus près des besoins des territoires.

Cette organisation se structure avec le **financement d'un poste de coordinateur,** chargé de mettre en œuvre et suivre cette animation territoriale. Ainsi, ces dispositifs récents élaborés par l'ensemble des acteurs du secteur ont pour enjeu d'accompagner la psychiatrie à l'échelle d'un territoire afin de réduire les inégalités d'accès aux soins et de favoriser une coordination des prises en charge de proximité.

Cette organisation prévoit aussi la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé mentale, d'organisation des parcours de soins ainsi que d'accompagnement à l'autonomie et à l'inclusion sociale et citoyenne.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Pour accompagner la stratégie handicap psychique dans les territoires prioritaires, des établissements d'accueil médicalisé sont créés pour une offre supplémentaire de 170 places spécifiquement dédiées au handicap.

De plus, chaque diagnostic départemental été établi avec les acteurs locaux dressant ainsi l'état des ressources disponibles et des insuffisances autour de 6 priorités :

1. le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins ;
2. le parcours de santé/de vie de qualité et sans rupture en vue de leur rétablissement et insertion sociale ;
3. l'accès à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
4. la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
5. le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ;
6. l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Une animation régionale a été aussi structurée et proposée par le Centre référent de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive (CH Le Vinatier). Un programme soutenu de formation a été élaboré grâce à des échanges de pratiques et une trame de rapport d'activité proposée pour les bilans des opérateurs.

Une mobilisation exceptionnelle d'ambassadeurs en santé mentale, a été assurée en 2021-2022 par l'Institut régional Jean Bergeret. Une trentaine d'ambassadeurs santé mentale ont été accueillis et formés dans la région. Un partenariat est établi avec Unis-Cité permettant aux jeunes des services civiques d'assurer ce rôle dans les départements du Rhône, de l'Isère, du Puy-de-Dôme et de la Loire. Au terme de 8 mois d'engagement, ces jeunes ont dressé un bilan positif de leurs actions et engagement tant auprès des partenaires que des jeunes accompagnés. Il a été décidé de déployer plus largement ce dispositif de prévention en santé mentale.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Renforcer la promotion du bien être mental, la prévention et le dépistage précoce de la souffrance psychique, notamment chez les enfants et les jeunes.
- Renforcer et structurer la coopération en santé mentale dans les territoires, en lien étroit avec les élus et les associations.
- Former les professionnels aux méthodes de réhabilitation psycho-sociale et en facilitant les actions d'accès prioritaire au logement (cadre multi partenarial avec des bailleurs).
- Renforcer la communication : le dispositif et son champ d'action doivent être rendus plus lisible sur le territoire grâce aux PTSM (que ce soit

des Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), des usagers ou des professionnels).

- Veiller à l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social pour faciliter les prises en charge coordonnées.
- Accompagner les quelques difficultés de montée en charge de certains départements sur l'appropriation des pratiques de réhabilitation mais aussi aux difficultés des prescripteurs sanitaires à la filière réhabilitation sanitaire.
- Continuer de soutenir le programme Ambassadeurs santé mentale.

2.3.5 Coordonner les acteurs pour repérer et traiter les situations d'incurie dans l'habitat

L'incurie est l'absence de souci de soi (et/ou d'autrui), signe majeur de perturbation de la santé mentale, retrouvé dans des pathologies psychiatriques bien identifiées mais aussi dans des états de souffrance psychique et sociale sans diagnostic psychiatrique.

L'une des formes les plus fréquentes et les plus difficiles à traiter concerne l'habitat, la façon dont le sujet habite son espace de vie. Elle se caractérise par une manière d'habiter qui rend certaines pièces inutilisables et qui perdent leur fonction soit à cause d'un encombrement excessif (ex : lit inutilisable, salon encombré), soit par une dégradation extrême de l'état de la pièce (ex : sanitaires, cuisine, etc.).

Les conséquences sanitaires sont de plusieurs ordres parmi lesquels on peut citer :

- l'abandon de traitement médical ;
- les maladies cardio-vasculaires (humidité, absence de chauffage, défaut de ventilation, etc.) ;
- les risques infectieux ;
- les risques d'accident ;
- les carences alimentaires ;
- l'exclusion sociale.

L'incurie concerne des centaines de situations dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et constitue un véritable enjeu en matière de parcours de santé pour les personnes touchées et requiert un travail de mise en confiance des personnes alors que leur état de santé, les troubles à l'ordre public ou la sécurité du logement nécessite une intervention rapide.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Devant l'augmentation du nombre de signalements et la difficulté pour mettre en lien tous les intervenants nécessaires à la gestion de ce type de situation (professionnels de santé, du médico-social, aide à domicile), des opérateurs ont été identifiés dans chacun des départements, sous le pilotage de l'ARS afin de coordonner l'ensemble des acteurs et d'aller vers les personnes en situation d'incurie.

Les premiers dispositifs ont été mise en place en 2012 et 2015 pour le Rhône et la Savoie, depuis 2021, l'ARS a conventionné avec un opérateur par département. Tous les opérateurs ne sont pas en capacité de déployer leurs actions sur l'ensemble du département, par ailleurs, les liens ne sont pas toujours faits avec d'autres dispositifs de santé mentale (CLSM) ou d'accompagnement dans les parcours (DAC).

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

- Maintenir dans les lieux, après remise en état du logement et pour prévenir l'expulsion, les personnes en souffrance psychique vivant en situation d'incurie dans le logement.
- Apporter un appui méthodologique sur des situations individuelles complexes sur le plan médical et social, nécessitant des compétences spécifiques et une intervention dans la durée.
- Soutenir et accompagner des projets de relogement adapté ou d'admission dans une structure spécialisée quand le maintien n'est pas possible.
- Offrir une approche intégrée de l'accompagnement prenant en compte des thématiques diverses comme la santé, la sécurité, l'accès aux droits, l'accès et le maintien dans le logement et veillant à prévenir les risques de ruptures de prise en charge ; en lien avec les différents partenaires concernés par la situation.

2.4 ASSURER UN RENFORT DE LA PERTINENCE ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, sur la base d'une analyse bénéfices / risques. L'amélioration de la pertinence des soins a donc pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en évitant des traitements inadéquats et des risques potentiels pour les patients, conduisant ainsi à une meilleure efficience des dépenses de santé.

L'enjeu de la pertinence des soins, exige **la construction d'une vision partagée de l'ensemble des équipes traitantes.**

En lien étroit avec l'Assurance maladie dans le cadre du plan triennal ONDAM (Objectif national des dépenses d'Assurance maladie) et en cohérence avec la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes s'engage dans le développement de la culture qualité et gestion des risques auprès de tous les professionnels de santé. Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), réactualisé en 2021, présente la réalisation d'un diagnostic régional du recours aux soins, des thématiques prioritaires et des critères de ciblage des établissements sanitaires et médico-sociaux. L'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) apporte sa contribution à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

En complément, dans l'objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, l'ARS souhaite mobiliser plus particulièrement trois leviers : le signalement des évènements indésirables, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la lutte contre l'antibiorésistance.

2.4.1 Développer la culture qualité et la gestion des risques auprès de tous les professionnels de santé

Le développement au sein des établissements et par les professionnels de santé de la **culture qualité gestion des risques** est une priorité de l'ARS. La promotion du signalement et le suivi des évènements indésirables sont des piliers de la culture qualité et gestion des risques.

Le champ des évènements sanitaires dont l'ARS doit être destinataire est très large. Ainsi, tout professionnel de santé, établissement de santé ou établissement et service médico-social ayant constaté soit une infection associée aux soins, dont une infection nosocomiale, soit tout événement indésirable grave associé à des soins, dans le cadre de soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux y compris à visée esthétique ou d'actions de prévention en fait la déclaration au directeur général de l'ARS.

De plus, notre système de santé fait désormais obligation aux établissements sanitaires et médico-sociaux de signaler les évènements indésirables de sécurité des systèmes d'information.

Les signalements reçus et l'analyse qui en est faite constituent ainsi pour l'Agence des leviers d'accompagnement des établissements et des professionnels de santé dans leur démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prises en charge et des soins. L'appui régional apporté aux établissements par le Cepraal, structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des soins désignée par l'ARS, fait progresser la culture du signalement, l'analyse des causes racines de la survenue des évènements associés aux soins et l'adoption de mesures correctives ou d'anticipation des risques.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Une augmentation de 31 % du nombre de signalements transmis à l'ARS est constatée entre 2021 et 2022. L'ouverture du Portail national de signalement des événements indésirables en 2017 a renforcé cette culture du signalement. Elle reflète une acculturation progressive des établissements à la gestion des risques, car de nombreux établissements sont encore non déclarants et le secteur de la ville n'est pas encore totalement entré dans la culture de la déclaration des évènements indésirables. Dans le champ médico-social, l'acculturation au signalement a beaucoup progressé mais l'ARS reste encore destinataire d'un nombre important de signalements ne remplissant pas les critères de gravité prévus par la réglementation.

Des réalisation concrètes ont pu être conduites :

- Facilitation de déclaration grâce à la mise en place d'une porte d'entrée unique au sein de l'ARS pour toute la région (numéro gratuit et mail unique, formulaire adapté aux ESMS) pour le signalement des évènements indésirables.
- Centralisation de tous les évènements indésirables dans un système d'information utilisé pour le partage et la traçabilité de gestion de chaque évènement et création d'une délégation aux évènement indésirables dédiée.
- Diffusion de fiches et publication de webinaires gratuits sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) à destination des établissements de soins et médico-sociaux (bilans EIGS, focus, bonnes pratiques).

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Il sera nécessaire de lever les freins au signalement, notamment celui relatif à la peur de l'inspection en réponse à un signalement. Il s'agit de convaincre les signalants que l'ARS s'inscrit pleinement avec les établissements et les professionnels de santé **dans la démarche de culture « positive » de l'erreur et non de recherche d'une faute** dès lors que l'évènement n'est pas consécutif à une volonté délibérée de nuire. Les enjeux sont d'améliorer à la fois le nombre des signalements reçus mais également leur pertinence.

En matière de cybersécurité, les enjeux d'une meilleure sécurisation des systèmes d'information sont majeurs compte tenu des conséquences d'une cyberattaque sur la prise en charge des résidents et des patients, la divulgation de données de santé, etc. Dans ce champ, l'ARS travaille étroitement avec les services du Haut fonctionnaire de défense et de sécurité, la cellule Certsanté de l'Agence du numérique en santé et au niveau régional avec le groupe régional d'appui au développement de la e-santé (le Groupement de coopération sanitaire – GCS SARA). L'enjeu des années à venir sera de renforcer les informations sur les failles de sécurité et nos possibilités de diffuser ces alertes ainsi que de promouvoir la préparation des établissements à faire face à ces évènements au travers de la promotion d'une politique d'exercices.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Renforcer la promotion de la déclaration sur le portail de signalement des évènements indésirables (webinaires, repérage des établissements non signalants), et guider les établissements et les professionnels pour identifier les signalements utiles.
- Poursuivre une politique active d'information et de formation des établissements et des professionnels au signalement et à la démarche de gestion des risques et de la qualité.
- Appliquer la feuille de route cybersécurité (organisation de journées de sensibilisation aux risques informatiques, réalisation d'exercices de cyber sécurité, etc.).

2.4.2 Sensibiliser les établissements aux procédures de soins et de sécurité en matière de circulation du médicament

Conséquence de risques inévitables, du fait des caractéristiques du produit ou du patient, ou bien de risques évitables, qui sont le fruit généralement d'une succession de dysfonctionnements, la iatrogénie médicamenteuse s'inscrit dans ce nouveau schéma régional de santé comme un enjeu majeur de santé publique. En effet, l'étude IATROSTAT a estimé en 2018 que 8,5 hospitalisations sur 100 étaient imputables à des effets indésirables d'un ou plusieurs médicaments dans les services de spécialités médicales du court séjour du secteur public hospitalier ; dans cette étude, ces effets indésirables pouvaient être considérés comme responsables de 1,3 décès pour 100 patients hospitalisés alors qu'ils auraient été évitables dans plus de 16 % des cas.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La prévention de ces effets indésirables des médicaments se décline sur deux axes : la juste prescription chez le sujet âgé et la sécurisation du circuit du médicament en particulier au sein des EHPAD. Des réalisation concrètes ont pu être conduites :

- Déploiement en filière gérontologique de la démarche d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé (« OPECM-SA »), à la fois sanitaire et médico-sociale, portée par le CHU de Saint-Etienne.
- Accompagnement de la mise en œuvre du bilan partagé de médication en officine (2018-2020) auprès de 130 officines de la région.
- Accompagnement des établissements médico-sociaux dans une démarche d'amélioration et de sécurisation de leur circuit du médicament (130 inspections réalisées en EHPAD entre 2016 et 2019 et 20 inspections réalisées en 2022 en Etablissement d'accueil médicalisé (EAM) et en Maison d'accueil spécialisé (MAS).
- Expérimentation de l'Article 51 « Thérapies orales » dont l'objectif est de faire le lien entre les professionnels de ville et l'hôpital pour l'observance thérapeutique des patients qui suivent une chimiothérapie orale à domicile.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

La prévention du risque iatrogénique chez le patient fragile est un enjeu fort qu'il convient de poursuivre pour la période 2023-2028, aligné avec la préoccupa-

tion nationale d'améliorer la gestion du risque médicamenteux. L'accompagnement des établissements et des professionnels de santé dans leur démarche de sécurisation du circuit du médicament sera poursuivi au travers de la mise en œuvre d'outils pédagogiques, d'actions spécifiques et de formations et par un programme d'inspection thématique.

La contractualisation avec les établissements de santé et ceux du secteur médico-social sur des objectifs de prévention sera mobilisée par l'Agence comme un levier d'action.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Sensibiliser, former et accompagner les professionnels et les établissements dans les démarches de « juste » prescription chez le sujet âgé.
- Promouvoir le guide actualisé de « sécurisation du circuit du médicament dans les EHPAD sans Pharmacie à usage interne – PUI » et celui des structures médicalisées pour adultes handicapés sans PUI.
- Poursuivre les inspections ciblant la sécurité du circuit du médicament des personnes accueillies dans le secteur du handicap (EAM-MAS) et des résidents en EHPAD ainsi que la promotion de l'autoévaluation du circuit du médicament.
- Expérimenter la prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée dans le cadre d'un parcours de soins ville-hôpital-ville, associant CPTS et hôpitaux de proximité.

2.4.3 Lutter contre l'antibiorésistance

La stratégie de lutte contre l'antibiorésistance s'appuie sur 2 piliers :

- La prévention des infections, par la vaccination et la prévention des infections courantes grâce à des gestes du quotidien, appelés « gestes barrières ». L'attention est également portée sur la réduction du risque d'infections associées aux soins, notamment les infections nosocomiales. Le Centre d'appui à la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) financé par l'ARS coordonne ainsi la prévention et le contrôle des infections associées aux soins dans la région.
- Le Bon usage des antibiotiques (BUA) regroupant un ensemble d'actions dans les trois secteurs de soins (établissement de santé, établissements médico-sociaux et ville), en vue de mieux et moins utiliser les antibiotiques. Le Centre régional en antibiothérapie met en œuvre la stratégie nationale en matière de BUA décliné en région sous pilotage et financement de l'Agence.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'ARS anime depuis plus de 10 ans un groupe de travail transversal régional sur le **bon usage des antibiotiques** associant différents acteurs (infectiologues, référents antibiotiques, structures d'appui, des représentants des professionnels de santé). Ce groupe a travaillé à construire des actions de sensibilisation et de communication, des outils d'aide à la prescription, à fédérer et animer un réseau d'acteurs. Des réalisations concrètes ont pu être conduites :

- Création du Centre régional en antibiothérapie (CRAtb) Auvergne-Rhône-Alpes (expertise et appui sur le bon usage des antibiotiques (BUA), coordination des réseaux de professionnels de santé).
- Amélioration de la couverture en équipe mobile d'hygiène de 98,8 % des places en EHPAD et 21,2 % des places dans le secteur du handicap (EAM-MAS).
- Soutien apporté aux recrutements d'infectiologues (infectiologie transversale).

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

L'enjeu principal est d'optimiser la prise en charge des patients qui ont besoin d'une antibiothérapie et de prévenir la survenue des effets indésirables de ces traitements, par :

- L'amélioration de l'utilisation des antibiotiques dans les trois secteurs de l'offre de soins : en réduisant la consommation globale des antibiotiques en ville et dans les établissements de soins, en diminuant l'utilisation des antibiotiques les plus pourvoyeurs d'antibiorésistance et en améliorant la conformité des prescriptions d'antibiotiques pour les infections respiratoires et pour l'antibioprophylaxie préopératoire.
- La mobilisation des laboratoires de biologie médicale sur la réalisation des antibiogrammes ciblés (en lien avec les Unions régionales des professionnels de santé – URPS).
- L'amélioration des connaissances des usagers sur l'antibiorésistance et les vaccinations.
- La finalité de ces objectifs stratégiques est d'obtenir progressivement une baisse des taux

de résistance bactérienne et d'éviter l'apparition de nouvelles résistances.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Renforcer l'infectiologie transversale en favorisant le développement d'équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) notamment dans les territoires déficitaires.
- Renforcer les équipes mobiles d'hygiène dans le secteur du handicap.
- Renforcer le réseau d'ambassadeurs du BUA : au moins une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) dans chaque département ayant intégré la thématique antibiorésistance dans ses actions en 2028.
- Améliorer et diffuser les outils d'aide aux professionnels pour développer des compétences sur la prescription des antibiotiques : pour les médecins généralistes (outil Antibioclic), et pour les chirurgiens-dentistes (outil de l'Association Dentaire Française).
- Renforcer l'information des usagers sur les principes de l'antibiorésistance et la bonne utilisation des antibiotiques et les sensibiliser aux problèmes de l'antibiorésistance.

2.5 ADAPTER LES PARCOURS DE SANTÉ GRÂCE AUX OUTILS NUMÉRIQUES ET AUX DISPOSITIFS D'INNOVATIONS ET D'EXPÉRIMENTATION

2.5.1 Agir avec les outils du numérique dans le parcours de l'usager

La e-santé, appelée aussi santé numérique, se définit par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « l'ensemble des services du numérique au service du bien-être de la personne ». Elle se traduit par l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales. La crise sanitaire a démontré l'importance des services (tel que la télémédecine) mais également leurs fragilités et nécessaires renforcements, tant au regard des besoins de tous les citoyens que de la sécurisation forte des outils et plateformes utilisés par les patients et professionnels.

En 2023, la feuille de route régionale de la e-santé en Auvergne-Rhône-Alpes se poursuit dans le prolongement de celle rédigée en 2019 avec la collaboration de la Délégation du numérique en santé. Elle s'inscrit dans le modèle de la maison de la e-santé, avec des fondations solides (référentiels infrastructures), des services applicatifs conduites par des évolutions et des interconnexions. Les infrastructures et les référentiels de normes constituent les fondations qui supportent les services numériques. Il s'agit :

- d'identifier numériquement les patients : Identité nationale de santé projet (INS), la mise en place de la carte « professionnel de santé » (e-CPS), lancement de l'application « carte Vitale apCV »,
- de construire des référentiels de sécurité et d'interopérabilité entre les logiciels,
- de structurer la sémantique des données de santé, avec la création du centre de gestion des terminologies de santé.

Les services numériques socles sont des chantiers techniques structurants, sur un temps long, les échanges de toute la communauté des soignants, quels qu'ils soient. Déjà construits, ils se renforcent et se complètent avec les évolutions techniques et fonctionnelles : le Dossier médical partagé (DMP) intégré depuis juillet 2021 dans « Mon espace santé », la e-prescription, les Messageries de santé sécurisées – MSS – généralisées dans le secteur sanitaire et étendues au secteur médico-social), et les outils numériques de coordination de parcours de santé (programme « e-parcours », avec un focus sur les collectifs de soins promus par « Ma santé 2022 »).

D'autres services numériques, s'appuyant sur ces éléments socles, sont visibles des patients. S'ils apportent de réels bénéfices dans le parcours de soins, ils requièrent des changements d'usages et d'organisation.

« Mon espace santé », carnet numérique de santé lancé en 2022 est ouvert à tous les assurés. C'est une mesure emblématique de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cet espace offre à chaque usager un accès regroupé à l'ensemble de ses services numériques (DMP, Ameli, messagerie sécurisée, agenda, portail patient des hôpitaux, etc.). En parallèle s'est construit un bouquet de services numériques dédiés aux professionnels de santé, avec l'objectif d'offrir un accès facilité sans réidentification d'un outil à l'autre avec une forte interopérabilité des outils.

Les enjeux d'usages des services numériques reposent également sur le déploiement de la télémédecine (téléconsultation, télésurveillance télé-expertise), et sur le renforcement des systèmes d'informations hospitaliers, avec les programmes HOP'EN et SUN-ES.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Cette feuille de route régionale s'appuie sur une gouvernance tripartite entre l'ARS, l'Assurance Maladie et le groupe régional d'appui au développement de la e-santé, le GCS SARA. Chaque année, le Comité d'orientation stratégique des systèmes d'information de santé (COSSIS) suit les avancées majeures à l'échelle de la région et un comité départemental (CASSIS - comité d'animation stratégique) accompagne la mise en place de ces outils dans les territoires, au plus près des professionnels et des établissements.

Les grands programmes d'équipement du « Ségur Numérique » ont pour ambition de généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et usagers. A fin 2022, en Auvergne-Rhône-Alpes, ils ont permis de conduire les actions suivantes :

- pour le secteur sanitaire plus de 50 M€ ont été investis dans les programmes HOPEN et SUN ; soit 261 établissements sanitaires impliqués,
- pour le secteur médico-social, les trois premiers appels à projet du programme ESMS numérique ont donné lieu à 47 projets régionaux,
- plus de 90 % des établissements sanitaires, des officines, des laboratoires de biologie médicale sont équipés en messagerie sécurisée de santé, en majorité MonSisra,
- la moitié des établissements de santé et des officines font appel au téléservice INSi pour qualifier l'identité des patients.

La cybersécurité se renforce et apparaît en 2023 comme la première des priorités régionale de l'e-santé. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes reste très engagée depuis l'été 2021, et a mis en place en 2022 un collège régional des Responsables systèmes d'Information des établissements sanitaires, co-animé avec le groupe régional d'appui au développement de la e-santé (GCS SARA). L'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) est invitée et est présente au travers de ses délégués régionaux. Le groupe de travail construit un plan d'actions autour d'exercices de continuité d'activité, du renforcement de l'active-directory, de poursuite d'audits des établissements.

La télémédecine est une pratique médicale à distance qui mobilise les technologies de l'information et de la communication. Elle permet de répondre aux difficultés démographiques, épidémiologiques et organisationnelles. En France, pendant la période de confinement de la crise du Covid-19, la téléconsultation est devenue l'outil de la médecine de ville avec un volume d'usages multiplié par 100 ayant donné lieu à 12 millions de téléconsultations en 2021. En Auvergne-Rhône-Alpes, ce sont 1,3 million de consultations qui ont été réalisées durant cette période (médecine de ville).

- les deux appels à projets portés par l'ARS ont permis de porter la part des EHPAD ayant accès à la téléconsultation à 60 %,
- pour la télésurveillance, le programme expérimental ETAPES a été soutenu financièrement en passant de 650 000 € à plus de 4,5 M€ entre 2019 et 2022.

Via Trajectoire est un des outils d'orientation et de coordination des soins. Aujourd'hui utilisé par 17 régions, la région a soutenu la création et le déploiement de l'outil qui aide à l'orientation personnalisée dans les domaines sanitaires et médico-social. En Auvergne-Rhône-Alpes, 243 000 patients sont pris en charge avec le service numérique de coordination régional Mes patients et parmi eux, 75 000 patients bénéficient d'un suivi coordonné.

Mon espace santé, depuis son lancement en 2022, il est soutenu par les engagements financiers des programmes d'équipement et de développement des usages du Ségur du numérique en santé. De nombreuses actions de communication (76 opérations en 2022), des opérations d'accompagnement d'établissements pilotes sur les volets sanitaires en médico-social ainsi qu'une alimentation de documents dans la moyenne nationale (0,96 documents alimentant le DMP par an et par habitant - décembre 2022) témoigne de son succès. Il s'accompagne de la mise en place d'un réseau d'ambassadeurs accompagnant la promotion et l'adoption de ces nouveaux usages, dans le monde de la santé, dans les réseaux associatifs (avec l'appui notamment de France Assos Santé, de la Croix Rouge), et auprès de la population aidée avec les services d'inclusion du numérique (avec la participation des Départements et préfectures).

Les objectifs pour les usagers :

- Faire entrer Mon espace santé dans les vies quotidiennes afin de rendre chacun acteur de sa santé et maître de ses données, en développant l'usage de la télésanté dans un cadre régulé et éthique.
- Faire bénéficier le plus grand nombre des innovations en santé numérique.
- Diffuser largement l'application « carte Vitale (ApCV) ».

Les objectifs pour les professionnels :

- Permettre d'accéder à l'historique de santé des patients en simplifiant et sécurisant l'accès aux services numériques.
- Renforcer la formation dans le champ du numérique des professionnels de santé, du médico-social et du social.
- Promouvoir et articuler les plateformes numériques professionnelles de régulation médicale (messageries instantanées interopérables) et de prise en charge urgente.
- Élaborer et mettre en œuvre un nouveau plan pluriannuel sur le renforcement massif de la cybersécurité pour tous les acteurs de santé, notamment les établissements sanitaires et médico-sociaux.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

Autour du pilotage régional animé par l'ARS, dans le respect des principes d'éthique du numérique en santé, de la culture du résultat et du service rendu tant pour les professionnels de santé que pour les usagers citoyens, il s'agit pour la période 2023-2028 de mettre en place, voire de poursuivre, l'ensemble des actions engagées avec le soutien des membres du COSSIS.

Ces actions s'inscrivent dans l'alignement de la feuille de route nationale du numérique en santé planifiée jusqu'à 2027.

- **Accélération du plan de renforcement de la cybersécurité,** comme priorité numéro une en utilisant l'ensemble des moyens mis à disposition par l'Agence nationale de sécurité des systèmes d'information (ANSSI) et l'Agence du numérique en santé (ANS).
- **Poursuite des actions engagées sur Mon Espace Santé,** dans le déploiement des programmes de soutien (Système ouvert et non sélectif – SONS, Ségur usage numérique en établissements de santé – SUN-ES), dans l'appui aux usagers et à l'inclusion numérique (programme ambassadeurs), dans le développement des usages vers les professionnels de santé.
- **Développement de nouveaux outils patients-personnalisés de prévention :** via le canal d'information Mon Espace Santé, ou pour la détection des risques par les logiciels.
- **Prolongement des projets engagés sur les nouveaux outils de dématérialisation,** tels que la e-prescription (phase de généralisation), diffusion massive de l'application carte Vitale, poursuite du déploiement de l'Identité national de santé (INS), promotion du bouquet de services aux professionnels (dont généralisation de l'accès par ProSantéConnect).
- **Dans le secteur médico-social,** un accompagnement sur une durée longue se poursuit pour l'adoption des nouveaux outils et services au travers du programme ESMS-numérique jusqu'à son terme prévu en 2025 (objectif d'embarquer 80 % des établissements de la région), et de la généralisation de Via-Trajectoire sur le champ du Handicap.
- **Concernant les parcours spécifiques, un renforcement du développement des outils est attendu,** en particulier pour le suivi des cancers (refonte de l'outil Dossier communicant de cancérologie – DCC, interface MSS - DMP), pour la coordination des parcours (déploiement de MesPatients et MonSisra), pour étendre l'outil de coordination interprofessionnel MesPatients, au-delà des parcours les plus complexes, notamment sur la coordination des prises en charge aval (post-hospitalisation).
- **Le développement de la télémédecine se poursuit au travers de la télé-expertise** (développement des usages sur la ville et des parcours structurés comme les maladies rares et le cancer) et de la télésurveillance élargie à d'autres pathologies chroniques que celles du programme ETAPES.
- **Les Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) seront progressivement tous équipés de la solution BISOM,** grâce à l'appui opérationnel du GCS SARA. L'ARS veillera au suivi de la qualité du service rendu et des gains opérationnels.

2.5.2 Expérimenter l'innovation organisationnelle

L'innovation en santé, un axe fort des politiques publiques ces dernières années.

L'innovation organisationnelle en santé est un processus de changement des modes de fonctionnement des acteurs pour fournir une meilleure qualité de la prise en charge, d'efficacité et d'efficience dans le système de de santé, une amélioration de la qualité de travail pour les professionnels de santé.

Le périmètre de l'innovation organisationnelle en santé est large : il s'agit d'encourager la création de nouveaux mode de relation entre les professionnels de santé, de réinterroger la place du patient dans son parcours et de veiller à l'intégration des révolutions médicales et technologiques dans les prises en charge, au bénéfice de tous. Sur ce dernier point **l'innovation organisationnelle se distingue de l'innovation thérapeutique ou technique** en ce qu'elle ne contribue pas directement à son émergence (recherche fondamentale, essais cliniques) mais à sa diffusion dans le cadre d'un parcours de santé.

Pour **soutenir les projets et les réalisations des acteurs régionaux** en matière d'innovation organisationnelle en santé, l'ARS propose de conduire trois objectifs stratégiques :

- Mettre en œuvre les dispositifs nationaux, notamment ceux relevant de l'Article 51.
- Contribuer aux partages des organisations innovantes mises en œuvre et leur déploiement.
- Soutenir la recherche interventionnelle en santé publique notamment dans ces dimensions de prévention.

Mettre en œuvre les dispositifs nationaux et notamment ceux relevant de l'Article 51

Créées par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, les expérimentations dites « Article 51 » ont pris toute leur place dans la stratégie de transformation du système de santé. Elles constituent « une boîte à outil générique » mise à disposition des acteurs de la santé au niveau ministériel ou au niveau local. Elles permettent de tester de nouveaux modes de rémunération et d'organisation en allégeant le formalisme législatif et réglementaire. La démarche « Article 51 », coanimée en région avec l'Assurance maladie (Direction de la coordination et de la gestion du risque – DCGR), permet d'impulser de l'agilité et de la réactivité dans le système de santé pour tester des solutions nouvelles d'organisation et de financement des soins.

Fin 2022, 36 expérimentations Articles 51 se déroulent dans la région Auvergne Rhône-Alpes sur environ 110 sites. 7 font l'objet d'une décision du Directeur général de l'ARS, comme expérimentation uniquement régionale.

Les principaux enjeux concernant ce dispositif sont l'accompagnement l'élaboration des projets, le suivi de la mise en œuvre, puis la sortie du dispositif, soit par entrée dans le droit commun du financement Assurance maladie, soit du fait de son arrêt.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Apporter localement, ou en s'appuyant sur les ressources nationales (ex. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale – ANAP), les ressources méthodologiques et les aides techniques nécessaires à l'élaboration des projets. Les article 51 visant à apporter une meilleure qualité et efficience des soins, il est recommander d'organiser un accès équitable de la population à ces expérimentations, en particulier pour des territoires à faible densité de population et/ou de professionnels.
- **Mettre en place une politique d'accompagnement des porteurs** pour lesquels l'expérimentation est généralisée en organisant le passage du mode expérimental au « droit commun ». Le dispositif ayant été mis en place depuis 2018, des expérimentations vont arriver à terme dans les années à venir.
- **Développer une action de publicité de la généralisation des expérimentations** Article 51**,** (passage dans le droit commun de financement Assurance maladie), notamment pour les expérimentation mises en œuvre hors région.
- **Elaborer, en lien avec l'Assurance maladie (Direction de la coordination et de la gestion du risque) des stratégies communes de communication auprès des acteurs de santé** potentiellement concernés pour porter à connaissance les dispositifs généralisés et, le cas échéant, les accompagner dans leur déploiement en région.
- Accompagner les équipes engagées dont l'expérimentation se termine pour capitaliser sur les enseignements de l'expérimentation, que ce soit en matière de gestion de projets, ou de conditions de mise en œuvre.

Contribuer aux partages des organisations innovantes mises en œuvre et promouvoir leur déploiement

L'innovation organisationnelle peut être un levier pour maintenir ou améliorer la qualité de prise en charge des usagers, et fédérer un collectif de professionnels.

A ce titre, il convient de favoriser sa diffusion en région, en lien avec les partenaires. L'enjeu est de faire partager des organisations innovantes mises en place par des acteurs de santé qui permettent de répondre plus

efficacement aux besoins de la population auprès d'autres acteurs ou structures de santé qui pourraient être intéressées.

Lorsqu'une initiative locale est un succès, un pilotage est à mettre en œuvre pour d'une part les identifier et d'autre part permettre leur diffusion auprès des autres acteurs/structures confrontés aux mêmes difficultés.

La démarche CNR (Conseil national de la refondation) s'inscrit dans cette logique en encourageant à la fois l'ancrage territorial des projets d'innovation organisationnelle, à travers les CTS (Conseils territoriaux de santé) et l'ambition d'un essaimage. Il s'agit de partager l'information sur une innovation organisationnelle réussie dans sa dimension parcours puis de la diffuser.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- **Mobiliser d'autres partenaires dans le partage des innovations organisationnelles,** comme les CTSM (communauté territoriale fr santé mentale), les DSR (dispositifs spécifiques régionaux ; ex-réseaux), les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), qui sont autant d'acteurs actifs en la matière…
- **Construire une action de communication sur les initiatives en cours dans la région,** selon des modalités à définir : organiser des événements (conférences, ateliers, séminaires, journée), diffuser sur le site internet de l'ARS, médias sociaux et communiqués de presse.

Soutenir la recherche interventionnelle en santé publique notamment dans ses dimensions de prévention

La recherche interventionnelle en santé publique est une approche de recherche qui vise à **étudier l'efficacité et l'impact des interventions spécifiques sur la santé publique,** tels que les programmes de prévention, les campagnes de sensibilisation, les politiques de santé et les pratiques cliniques, visant ainsi à identifier les interventions les plus efficaces pour améliorer la santé et le bien-être des populations. Elle implique une **collaboration** entre les chercheurs et les acteurs de terrain.

Financé par l'ARS et coordonné par l'Institut régional d'éduction et de prévention en santé (IREPS) Auvergne-Rhône-Alpes, le dispositif EMERGENCE met en lien les acteurs de terrain et les chercheurs pour améliorer la qualité des pratiques en promotion de la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il mobilise la recherche, le partage des connaissances et la diffusion des savoirs. Actuellement deux recherches interventionnelles font l'objet d'un engagement, dont une étude de faisabilité relative à la « coordination établissement de santé/associations de patients pour la mise en place de parcours individualisés adaptés aux besoins des patients et des aidants lors de la phase d'après-cancer des voies aérodigestives supérieur ».

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Continuer de soutenir les dispositifs mis en œuvre par les partenaires, comme IREPS de type EMERGENCE qui visent le développement et l'innovation en promotion de la santé, au service des professionnels ressources et de terrain, des décideurs et des chercheurs.

2.6 RENFORCER LA RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ GRÂCE À NOTRE ADAPTATION AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Lors d'événements inhabituels ou graves, les services de l'Etat ont la charge de garantir la sécurité des populations et leur prise en charge sanitaire.

La réponse à une crise peut nécessiter, comme l'a montré la pandémie de Covid-19, la mise en place de nombreux dispositifs armés par un grand nombre d'opérateurs. Ces dispositifs visent à permettre de répondre aux différentes dimensions de l'urgence sanitaire, de surveiller l'évolution de la situation, de prendre les décisions réglementaires qui s'imposent, d'assurer la communication grand public et spécialisée, de permettre le retour à la normale. Sous pilotage des préfets, l'ARS dans sa dimension régionale et territoriale, les acteurs de la sécurité civile et publique et les représentants des collectivités (Départements, communes

et communautés de communes, etc.) œuvrent conjointement pour répondre aux besoins des territoires.

Concrètement, l'ARS contribue à la mise en œuvre opérationnelle et territoriale des plans gouvernementaux déclinés dans le dispositif ORSEC (Organisation de la réponse de sécurité civile), sous l'autorité du préfet, et pilote la montée en charge du système de santé au travers du dispositif ORSAN (organisation de la réponse sanitaire en situations sanitaires exceptionnelles). Pour ce faire, l'ARS s'appuie si nécessaire sur l'activation des plans blancs des établissements de santé, celle des plans bleus des établissements médico-sociaux et la mobilisation des professionnels de santé libéraux.

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles se construit sur un modèle d'organisation s'améliorant de manière continue. Afin de tirer les enseignements de chacune de ces situations et des nombreux exercices de simulation organisés par les préfectures, l'ARS et le ministère, un retour d'expériences est fait après chaque situation. Ces « Retex » constituent un outil d'apprentissage indispensable qu'il sera nécessaire de conforter et d'optimiser. Ils permettent en effet d'évaluer les résultats sur le plan quantitatif et qualitatif, et d'en tirer des enseignements utiles à partager et à documenter, en vue de se préparer à la survenue de nouvelles crises.

La multiplication des situations exceptionnelles/crises, leur caractère polymorphe et la probabilité de la survenue concomitante de situations exceptionnelles de plusieurs natures nécessite de poursuivre les orientations prises dans le Cadre d'orientation stratégique établi pour la période 2018-2028. Il s'agit dans ce cadre de :

- Mettre en place une veille prospective, de travailler en réseau sur les situations complexes et les risques systémiques, et de proposer des réponses interopérables.
- Sensibiliser les établissements de santé et médico-sociaux sur leurs risques systémiques et leur nécessaire prise en compte dans la planification.
- Communiquer de manière adaptée en responsabilisant la population et en renforçant la capacité de résilience du système de santé à l'échelon régional.

2.6.1 S'adapter aux crises nouvelles grâce à une organisation agile et apprenante

Les méthodes agiles caractérisent un mode de gestion privilégiant le dialogue entre toutes les parties prenantes, la souplesse en cours de réalisation, la capacité à s'adapter à l'évolution des besoins, des demandes ou de l'évolution des exigences, la capacité à modifier les plans.

La notion de surveillance de l'environnement pour anticiper les menaces et opportunités à court et long termes afin de prendre les meilleures décisions possibles devient un enjeu très important dans le domaine de la gestion de crise. L'augmentation de la fréquence et de la gravité des crises, leur complexité et l'apparition de nouveaux risques modifiant les réactions collectives doit inciter l'ARS à appliquer les principes des méthodes agiles. Ces derniers sont utiles pour analyser le champ de la veille stratégique et les interactions des processus (risques systémiques), mettre en place une méthode de conduite de crise pour aider au pilotage en amenant des points de repère et des méthodes supports pour couvrir les 3 notions structurantes de la stratégie de pilotage en situation exceptionnelle : stratégie, tactique et conduite.

Les cellules de crise sont mises en place par tous les acteurs lors d'une situation sanitaire exceptionnelle et constituent un incontournable de la « gestion de crise ». Pour autant, il n'existe pas de modèle unique d'organisation ; l'approche de gestion des crises complexes et les multiples interactions que cela suppose, demandent la mise en place d'une approche différentiée en fonction des situations. L'agilité et la souplesse de ce système va reposer non pas exclusivement sur les mesures prises, mais aussi sur la qualité et la pertinence des processus d'interactions développées à l'intérieur et à l'extérieur du groupe.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Actuellement la phase de prévention et de préparation en termes de planification et d'apprentissage est relativement maitrisée. Elle repose cependant sur des principes de réflexion segmentés selon des critères de nature de risque, de types d'installation pour tenter de parer au plus urgent, s'inscrire dans l'immédiateté et réagir ponctuellement. Ce fonctionnement, qui a longtemps permis d'apporter une réponse satisfaisante de base à des situations, certes exceptionnelles, mais identifiées et expérimentées, présente des lacunes pour faire face à des situations multiformes plus complexes.

L'analyse des nombreuses situations imposant l'existence d'une cellule de crise met en évidence deux fragilités essentielles :

- L'importance des représentations, visions, conceptions, croyances des acteurs est sous-estimée car méconnue.

- Quel que soit le choix de ses membres, l'impact de la cellule de crise dépend de son positionnement et de son niveau de reconnaissance. C'est notamment le cas pour les sujets considérés à forts enjeux pouvant conduire à la création d'une « cellule bis », plus ou moins éphémère, monothématique, considérée comme plus adaptée et/ou plus efficace.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028 :

- Développer le travail en réseau des cellules de crise armées par les différents acteurs et opérateurs mobilisés pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle.
- Apprendre au travers d'exercices à maîtriser la complexité d'une situation pour laquelle les plans ne sont plus totalement appropriés et améliorer la capacité d'anticipation.
- Être en mesure de fournir un diagnostic pragmatique de la situation permettant d'appréhender simultanément les risques systémiques, stratégiques et opérationnels.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Sensibiliser les établissements de santé et médico-sociaux sur leurs risques systémiques et leur nécessaire prise en compte dans la planification.
- Créer le cadre et les outils pour un travail en réseau des cellules de crise mobilisées sur une même situation sanitaire exceptionnelle.
- Veiller à améliorer chaque dispositif de crise de manière continue et itérative grâce à une mise en situation et à des outils réflexes.
- Systématiser la réalisation de retours d'expériences même sur des événements ou risques mineurs afin de progresser dans toutes les situations possibles.

2.6.2 Organiser la gestion de crise avec les partenaires

Le dispositif ORSAN régional organise la réponse du système de santé pour faire face à différentes typologies de situations sanitaires exceptionnelles en constituant le cadre de préparation et de réponse opérationnelle. Ce dispositif comprend un schéma régional spécifique organisant les parcours de soin et les modalités de coordination ; ainsi qu'un programme actualisé annuel pour définir les capacités en terme de prise en charge des patients ou victimes, de formation des professionnels de santé, d'exercices ou d'attribution des moyens opérationnels.

Il se compose de 7 dispositions transversales, et de 5 plans opérationnels.

Ces 7 dispositions spécifiques transversales relèvent : des ressources humaines, des soins critiques, des évacuations sanitaires (EVASAN), de l'évacuation d'un ou plusieurs établissements de santé et/ou établissements médico-sociaux, de la vaccination, du dépistage massif, et de la sécurisation.

Les plans opérationnels concernés liés au système de santé sont :

- le plan de prise en charge d'un Afflux massif de blessés non contaminés en établissements de santé (AMAVI),
- le plan de prise en charge Médico-psychologique de nombreuses victimes blessées psychiques (MEDICO-PSY),
- le plan de gestion des tensions dans l'offre de soins liées à une Epidémie ou un phénomène Climatique et/ou environnemental (EPI-CLIM),
- le plan de gestion d'un Risque épidémique et biologique connu ou émergent (REB),
- le plan de gestion du risque Nucléaire-radiologique-chimique (NRC).

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'Agence pilote cette planification organisée et thématique et son actualisation. Cependant la mobilisation de tous les acteurs durant la crise sanitaire a interrompu ces travaux pendant la période 2020-2022. Le travail de mise à jour du dispositif doit donc être mené à son terme dans le respect des nouvelles lignes directrices du guide en cours d'édition par le ministère, de l'expérience de la gestion de la crise du Covid-19 et des éléments santé inclus dans les Plans départementaux de mobilisation (PDM) appelés à disparaître. Un point de vigilance tout particulier est apporté en effet à l'articulation du dispositif ORSAN avec les outils opérationnels de coordination départementale dont le préfet dispose (PDM, dispositions Orsec) en vue notamment d'optimiser la prise en charge sanitaire de nombreuses victimes ou de patients suite à ces situations exceptionnelles.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Les situations exceptionnelles pouvant majorer les tensions sur l'offre de soins observées par exemple en période épidémique habituelle, l'enjeu est **d'assurer la prise en charge des victimes directement impactées, sans perte de chance pour les autres patients.**

Ce travail de planification est partagé avec l'ensemble des acteurs : établissements de santé, établissements médico-sociaux et professionnels de santé libéraux. L'animation territoriale à mener par l'ARS et l'établissement de santé de référence, et les échanges qui vont en découler doivent **favoriser la compréhension du rôle attendu par chacun** en cas de situation sanitaire exceptionnelle pour permettre une meilleure connaissance des acteurs et de leur fonctionnement. L'enjeu est de **contribuer à la prise en compte et au partage des pratiques,** dans les différents plans de gestion de crise : Plan de gestion des tensions hospitalières en situations sanitaires exceptionnelles pour les établissements de santé ; Plan bleu pour le médico-social ; Plan blanc de ville pour le libéral.

Objectifs

1. **Définir les stratégies de réponse pour la prise en charge des victimes.**
2. **Assurer la montée en compétence des acteurs du système de santé dans son ensemble.**
3. **Développer une formation et des outils adaptés.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- S'assurer de la déclinaison du plan ORSAN par les opérateurs dans leurs propres plans de gestion de crise.
- Accompagner les établissements de santé ne disposant pas de moyens de décontamination approfondie et classés en 1re ligne ORSAN NRC (nucléaire, radiologique ou chimique) ou certains 2e ligne ORSAN NRC.
- Créer des scénarios d'exercice permettant de tester les schémas et stratégies de gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle prévus dans ORSAN selon différents risques.
- Réaliser la cartographie des référents et formateurs de situation sanitaire exceptionnelle dans les établissements de santé.

2.6.3 Optimiser les dispositifs de communication de crise

Le rôle de la communication de l'ARS consiste à apporter des éléments clairs et transparents pour informer et rassurer la population et accompagner les partenaires impliqués. Sur le champ sanitaire, l'ARS pilote la communication de crise. Elle a un rôle de conseil et d'appui des préfectures pour les autres types de crise.

L'enjeu est de communiquer de manière réactive, tout en s'assurant de diffuser une information précise, compréhensible, vérifiée et actualisée.

Si elle n'est pas anticipée, la communication de crise peut être source de tensions pour les administrations et différents services de l'Etat. Or le rôle de la communication est bien, dans ces situations exceptionnelles, d'apporter des éléments clairs, transparents qui permettent aux citoyens d'adhérer aux recommandations et aux conduites à tenir dans cette situation.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Communiquer en temps de crise est un enjeu majeur. Les attentes sociétales et politiques exigent de l'immédiateté alors que certains éléments d'explication, certaines décisions de recommandation ou encore certaines données de suivi requièrent du temps : résultats d'analyse ou épidémiologie, avis d'experts, cohérence interservices pour permettre une communication alignée, etc.

Pour autant, il est primordial de rester réactif. Il convient donc :

- de disposer en continu d'informations sur les perceptions, préoccupations et comportements des populations concernées par une situation sanitaire exceptionnelle,
- de travailler en amont sur différents scénarios de crise en impliquant systématiquement la communication avec les partenaires impliqués.

Une attention particulière doit être portée sur les canaux d'information. Aujourd'hui, l'accès à l'information se fait très aisément et en flux continu, que ce soit par la presse ou les réseaux sociaux notamment ; par ailleurs, les prises de parole sont multiples, avec des avis parfois individuels qui viennent brouiller les messages officiels voire les mettent en doute. Enfin, les canaux d'information actuels laissent une large place à la fausse information, facilement relayée et utilisée contre la parole publique.

Une attention particulière doit être ainsi apportée à toute prise de parole et toute diffusion d'information par les autorités sanitaires : information étayée, cohérente, précise et régulièrement actualisée.

Lors des dernières crises, l'ARS a mis en place de nombreux dispositifs de communication auprès des partenaires (préfectures, établissements sanitaires et médico-sociaux, fédérations, représentants des professionnels de santé, élus, éducation nationale, associations de prévention, etc.). Elle a en outre assuré un grand nombre de relations presse permettant de donner une information en continu sur l'évolution des situations et des mesures de gestion mise en place.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028 :

Objectifs

1. **Pérenniser la collaboration établie avec les partenaires et développer d'autres relais afin d'assurer une diffusion adaptée et efficace des campagnes de communication.**
2. **Mettre à jour le cadre de référence stratégique de la communication : « check-list » des leviers de communication à activer par types de risques.**
3. **Disposer d'un réseau d'experts internes et externes ainsi que des portes paroles pouvant intervenir pour le compte de l'Etat dans la région sur les sujets à risque.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Améliorer la stratégie de communication régionale et locale, si possible par grands types de risques (principes, objectifs, cibles, messages, moyens, etc.) suite aux exercices de crise.
- Renforcer la communication ciblée avec les partenaires de l'ARS (acteurs de la santé, préfectures, collectivités territoriales, éducation nationale, etc.) et pérenniser des relais de diffusion adaptée et efficace lors des communications aux populations concernées.

CHAPITRE 3

ACCENTUER LE DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

3.1 - RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR SUR SA SANTÉ **46**

3.2 - RÉDUIRE LES RISQUES D'ALTÉRATION DE SA SANTÉ **54**

3.3 - BIEN VIVRE MALGRÉ SA MALADIE **57**

La politique de prévention en santé a connu un développement important ces dernières années tant par les moyens dédiés que par l'accroissement du nombre d'acteurs (collectivités locales, assurance maladie, structures professionnelles dédiées, établissements de santé, acteurs des soins primaires, associations, assureurs et mutuelles etc.). Toutefois, malgré un effort public significatif par l'importance des effectifs et des moyens mobilisés, le rapport de la Cour des comptes de novembre 2021 sur la politique de prévention en santé souligne que les résultats obtenus au niveau national sont éloignés de leurs cibles et des performances d'autres pays comparables.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est fortement mobilisée dans le domaine de la prévention via le soutien financier du Fonds d'intervention régional (FIR) et l'animation et la coordination du réseau des acteurs locaux en prévention. Dans ce contexte, si la crise sanitaire a incontestablement ralenti la dynamique de prévention et de promotion de la santé, son fil conducteur reste, pour les prochaines années, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Elle doit s'appuyer sur des actions visant à :

- Renforcer le pouvoir d'agir des publics, en particulier les plus vulnérables, par des actions d'éducation à la santé.
- Développer les démarches d'aller-vers pour éviter le non recours au système de santé en soutenant les opérateurs qui privilégient ce mode d'intervention dans leurs actions.
- Agir sur tous les déterminants de santé dans une approche de santé globale.

3.1 RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR SUR SA SANTÉ

3.1.1 Utiliser les leviers de la promotion de la santé

Trois leviers principaux permettent de favoriser des comportements favorables à la santé :

- **La littératie en santé** englobe les connaissances, la motivation et les compétences qui permettent aux individus (usagers et professionnels) d'accéder, de comprendre et d'appliquer l'information dans le domaine de la santé.
- **Les compétences psychosociales** sont des capacités psychologiques qui permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir, de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives.
- **Les données probantes** sont des informations qui croisent les résultats de la recherche et de savoirs issus de l'expérience des acteurs de terrain et des publics bénéficiaires. Elles permettent d'identifier les déterminants et facteurs qui influencent les besoins de santé et de construire des actions de promotion de la santé plus efficaces.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Les jeunes constituant une cible prioritaire du projet régional de santé en matière de prévention et promotion de la santé, deux conventions de partenariat ont été signées dès 2019 :

- l'une avec l'Education nationale (avec les 3 rectorats de la région Lyon, Clermont-Ferrand et Grenoble) pour la promotion de la santé à l'école et l'éducation pour la santé à tous les âges de la vie scolaire,
- l'autre avec la Protection judiciaire de la jeunesse pour la promotion de la santé auprès des jeunes sous-main de justice.

En application de ces conventions, des actions d'envergure ont été conduites pendant quatre ans et se poursuivent en 2023. Il s'agit de programmes de développement des compétences psychosociales, déployés dans le cadre scolaire et hors cadre scolaire, qui s'appuient sur des données probantes et sur le résultat d'une recherche interventionnelle conduite dans cinq territoires de la région de 2013 à 2018.

Cette expérience a, par ailleurs, permis de contribuer aux travaux de Santé publique France pour la constitution d'un référentiel visant à favoriser un déploiement national des compétences psychosociales, paru en février 2022.

Enfin, pour améliorer encore plus les pratiques en promotion de la santé, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a financé dès 2019 le Dispositif d'appui en prévention et promotion de la santé « EMERGENCE » (cf. chap.2, §3), réseau partenarial dont l'ambition est de :

- mobiliser les acteurs de la recherche,
- développer les espaces de rencontre et de collaboration entre chercheurs, acteurs et décideurs,
- accompagner les acteurs de terrain dans l'analyse et le partage de leurs pratiques,
- développer et diffuser des données probantes en promotion de la santé.

Il a permis de développer :

- les sources de données probantes avec des capitalisations transversales, des bibliographies sélectives et résumés de données de recherche,
- de nouveaux supports et outils de diffusion des données probantes adaptées à la pratique,
- la place des données, que ce soit dans les appels à projet et ou dans les projets eux-mêmes.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

La capacité à mieux prendre en charge sa santé passe par une réelle amélioration de la littératie en santé et une appropriation des compétences psychosociales dès le plus jeune âge.

Les actions qui y contribuent sont d'autant plus efficaces qu'elles s'appuient sur des stratégies et leviers d'intervention qui ont fait leurs preuves, ce qui permet d'être qualifiées d'interventions prometteuses.

Objectifs

1. **Définir un programme de sensibilisation à la littératie en santé des professionnels et des bénévoles en fonction des publics auprès desquels ils interviennent.**
2. **Poursuivre et accélérer le développement des compétences psychosociales auprès des publics jeunes et mobiliser les parents à cet effet.**
3. **Décider des actions à privilégier sur les territoires selon le contexte d'intervention et l'efficacité présumée de l'action.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Mobiliser et former les acteurs de terrain afin qu'ils s'approprient la démarche de développement des compétences psychosociales et de littératie en santé.
- Accompagner les professionnels intervenant auprès des enfants, des jeunes et des familles afin qu'ils soient en capacité de développer les compétences psychosociales de ces publics et de proposer un environnement favorable à la littératie en santé.
- Évaluer la démarche en continu afin de s'assurer qu'elle est transversale à tous les secteurs qui prennent en charge des enfants et des jeunes.

3.1.2 Favoriser l'action sur les déterminants de la santé

« Les déterminants de la santé constituent l'ensemble des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé » (*Alla, 2016 ; Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2012*).

Parmi ceux-ci, les déterminants sociaux de la santé et leur répartition inégale entre les individus ou les groupes d'individus sont à l'origine des inégalités sociales de la santé. C'est pourquoi les actions sur les déterminants de santé concernent tous les publics mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale, selon le principe d'universalisme proportionné.

Par ailleurs, agir sur tous les déterminants de santé implique que la santé soit prise en considération dans toutes les politiques qu'elles soient sociales, économiques, éducatives, de l'emploi et des loisirs, de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme (notamment dans le but de promouvoir un urbanisme favorable à la santé).

De ce fait, d'autres plans et projets, que le Projet régional de santé, concourent à l'amélioration de l'état de santé de la population tels que le plan régional santé au travail, le plan régional santé-environnement ou les projets alimentaires territoriaux.

Seules sont traitées ici les thématiques pour lesquelles l'ARS est un acteur central de la politique de prévention et de promotion de la santé.

L'action sur les déterminants de la santé mentale

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'action sur la santé mentale, et prioritairement celle des publics jeunes, s'est déclinée autour de 4 axes :

1. **La promotion du bien-être mental**

- l'accompagnement de la parentalité :
  - prévention dans les services de la petite enfance (en lien avec les services de Protection maternelle et infantile – PMI) : programme « petits pas, grands pas »,

- promotion du développement des apprentissages des enfants : programme « parler bambin ».

- le développement des compétences psychosociales (voir paragraphe 3.1.1),

- la lutte contre le harcèlement et les violences,
  - formation « Sentinelles et référents » déployée dans les 3 académies

2. La prévention et le repérage de la souffrance psychique

- une extension des lieux d'écoute dans les territoires prioritaires après une évaluation des dispositifs existants et un appel à manifestation d'intérêt ;

- un appui aux missions locales jeunes en insertion sociale et professionnelle :
  - financement de temps de psychologue qui accueillent les jeunes,
  - organisation d'ateliers collectifs de prévention et de promotion de la santé.

- une prise en compte spécifique des publics exposés : agriculteurs, chômeurs, etc.

3. La prévention du suicide en déclinaison de la stratégie nationale

4. La coordination des acteurs avec le déploiement d'une plateforme de ressources intersectorielle

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Outre les actions désormais déployées dans la région rappelées dans le paragraphe précédent, qu'il convient de consolider, la stratégie de prévention du suicide constitue un axe prioritaire.

Objectifs

1. **Rénover les formations à la prévention du suicide.**
2. **Mieux structurer le repérage des personnes à risque pour leur proposer le plus rapidement possible des solutions adaptées.**
3. **Prévenir la contagion suicidaire par le repérage des lieux à risques.**
4. **Systématiser la démarche de post-prévention auprès des personnes touchées par un suicide.**
5. **Consolider le numéro national de prévention du suicide (2NPS).**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Consolider les actions de promotion de la santé mentale et du bien-être mental, de prévention et repérage de la souffrance psychique, ainsi que de coordination des acteurs.

S'agissant du dispositif de recontact VigilanS, il s'agira :

- d'augmenter le nombre de prises en charge des tentatives de suicide par VigilanS par rapport au nombre total de passages aux urgences et d'hospitalisations pour tentatives de suicide,

- d'augmenter le pourcentage de services des urgences réalisant des inclusions dans VigilanS.

S'agissant du numéro unique 3114 de prévention du suicide, il conviendra de renforcer les équipes existantes pour atteindre l'organisation cible en effectifs.

L'action sur les déterminants de la santé sexuelle

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

La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble.

L'action de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes s'inscrit dans les axes de la stratégie nationale en santé sexuelle 2017-2030 :

- Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive.
- Améliorer le parcours de santé en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge.
- Améliorer la santé reproductive.

Pour cela, il convient :

- d'améliorer l'impact des informations en santé sexuelle, en particulier chez les jeunes ;
- de renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé et médico-sociaux et du secteur éducatif et judiciaire ;
- de renforcer les compétences des intervenants en éducation affective et sexuelle tant au niveau des savoirs sur différentes thématiques relevant de la

santé sexuelle que de la maîtrise d'outils d'intervention ;

- de permettre à certains professionnels de s'approprier des programmes d'éducation sexuelle auprès des plus jeunes afin de mener ces actions de manière autonome ;
- d'identifier les besoins des intervenants afin de pérenniser leurs actions et de développer des réseaux d'acteurs sur les territoires.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Si l'ARS ne finance pas d'intervention directe auprès des jeunes en milieu scolaire, elle soutient toutefois des actions ou des formations sur des thèmes communautaires tels que le genre, sur des problématiques spécifiques issues d'une population ou d'une question sociétale telles que la sexualité et l'identité religieuse, ou sur des pathologies telle que le VIH. Le financement est assuré sous condition de formations organisées de façon interdisciplinaire. De ce fait, ces interventions sont aussi ouvertes aux professionnels de l'Éducation nationale.

Objectifs

1. **Garantir une offre de formation lisible, accessible et coordonnée de santé sexuelle et reproductive au niveau territorial.**
2. **Contribuer au renforcement de l'éducation à la sexualité chez les jeunes.**
3. **Étendre les compétences des professionnels de santé en matière de santé sexuelle et reproductive.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Systématiser une semaine annuelle de promotion de la santé sexuelle.
- Former et sensibiliser l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ social, médico-social, santé et justice à la santé sexuelle et reproductive.
- Garantir une offre de formation réalisée dans le cadre d'un porteur certifié « QUALIOPI ».

L'action sur les déterminants de la santé de la mère et de l'enfant

Il s'agit de décliner une politique conçue autour des besoins de l'enfant et de ses parents durant les 1 000 premiers jours, depuis la conception aux deux ans révolus de l'enfant.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

D'après le récent rapport de Santé publique France, si les indicateurs de l'épidémiologie périnatale témoignent d'un niveau élevé et stable de prise en charge des mères et des enfants, l'analyse détaillée montre une dégradation préoccupante de certains d'entre eux qu'il convient de mieux comprendre afin d'inverser la tendance dans les prochaines années.

Outre les actions de soutien à la parentalité déjà évoquées dans le paragraphe consacré à la santé mentale, le parcours 1 000 premiers jours est principalement décliné pour les situations de vulnérabilité.

Ainsi, une étude a été conduite dans le Rhône pour identifier les leviers et obstacles dans le parcours des femmes enceintes en situation de grande précarité afin d'améliorer leur repérage, leur accès à la prévention, aux soins et à l'hébergement.

De même, l'expérimentation du « Référent Parcours Périnatalité (RéPAP) » se poursuit dans la Drôme. Il s'agit d'un accompagnement gradué et personnalisé à la femme enceinte et au couple dès le début de la grossesse et jusqu'aux 3 mois de leur enfant.

Par ailleurs, une stratégie régionale visant à réduire l'exposition de la femme enceinte et du jeune enfant aux produits chimiques présents dans leurs environnements est déclinée depuis 2020.

Objectifs

1. **Faire l'état des lieux de la mise en œuvre de la politique relative aux 1 000 premiers jours de l'enfant dans la région.**
2. **Développer le soutien à la parentalité, notamment par le repérage des situations de fragilité, et accompagner les parents sans rupture tout au long des 1 000 premiers jours.**
3. **Poursuivre le développement d'actions de promotion de la santé pour les plus petits : promotion de l'allaitement, stratégie petite enfance, démarches santé-environnement en direction des professionnels de santé de la petite enfance et de l'accueil des jeunes enfants (prévention de l'exposition aux produits chimiques dans le cadre des 1 000 premiers jours, qualité de l'air intérieur, prévention du risque auditif).**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Organiser le repérage des situations de fragilité et l'accompagnement des parents sans rupture tout au long des 1 000 premiers jours.
- Développer des actions de promotion de la santé pour les plus petits (nutrition et rythme de vie, environnement et exposition aux substances toxiques dès la période pré conceptionnelle dans le milieu professionnel, au domicile, dans les lieux d'accueil du jeune enfant, le logement, etc.).
- Prévenir l'isolement et l'épuisement des parents, notamment des mères en post-partum.

La nutrition, déterminant de la santé et de la qualité de vie

Selon le Plan national nutrition santé (PNNS), la nutrition est un déterminant majeur de santé. Dans une perspective de santé publique, elle intègre l'alimentation et l'activité physique.

En France, près de la moitié des adultes et 17 % des enfants sont en surpoids ou obèses. Les inégalités sociales et territoriales se creusent et la nutrition en est un indicateur implacable. Ainsi près d'un quart des enfants dont les parents ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat sont en surpoids alors qu'ils ne sont que 10 % chez les parents dont le diplôme équivaut à une licence. L'objectif est de prévenir le surpoids, l'obésité et les autres troubles nutritionnels dès le plus jeune âge.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

- Un cahier des charges Petite enfance alimentation corpulence et activité physique (PACAP) a été élaboré pour les 0-6 ans dans les territoires prioritaires. Sur la base de ce cahier des charges, il s'agit de créer ou renforcer des dynamiques territoriales et plurisectorielles, de proposer des temps de formation aux professionnels de la petite enfance sur l'alimentation, l'activité physique et plus globalement les rythmes de vie des enfants de 0-6ans, pour une approche globale de la santé.
- Des actions d'amélioration de la nutrition santé sont proposées dans les structures d'accueil des jeunes adultes.
- 53 Maisons sport santé ont été reconnues dans la région dans le cadre de la stratégie nationale sport santé 2019-2024 : elles sont chargées de promouvoir l'activité physique et de lutter contre la sédentarité.
- Les personnels (salariés et bénévoles) de l'ensemble des épiceries sociales et solidaires de la région font l'objet d'un programme de formation à la nutrition.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Objectifs

1. **Promouvoir l'allaitement.**
2. **Promouvoir l'activité physique, la lutte contre la sédentarité et une alimentation équilibrée.**
3. **Dans le cadre de la future stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat, développer les liens entre santé environnement et nutrition**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Poursuivre la promotion en région de la démarche « Initiative hôpital ami des bébés – IHAB ».
- Poursuivre et amplifier les actions PACAP pour les 0-6 ans répondant au cahier des charges régional dans les territoires prioritaires.
- Déployer le programme d'« Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité – ICAPS » pour la tranche des jeunes de 7-14 ans pilotés par Santé publique France et le Centre Léo Lagrange ainsi que leur relai en région, l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS).
- Sensibiliser, informer et conseiller les publics sur les bienfaits de l'activité physique et sportive via les Maisons sport santé.
- Décliner la stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat et faire davantage de lien entre santé environnement et nutrition.

L'action sur les déterminants des conduites addictives

Les conduites addictives constituent un défi majeur pour la société. Alcool et tabac sont les deux principales causes en France de mortalité prématurée et les deux premiers facteurs de risque de cancer. La politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives est déclinée à travers de nombreux plans : la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027, le futur Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027 et la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Si les moyens résultant du Fonds de lutte contre les addictions, créé en 2018, ont permis une accélération dans la mise en œuvre de cette politique publique, la structuration et la coordination des actions dans l'ensemble de la région sont encore à améliorer pour mieux répondre aux objectifs fixés dans la feuille de route de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives – MILDECA ou dans le Programme régional de lutte contre le tabac (PRLT).

De nombreuses actions ont, cependant, été déployées au bénéfice des jeunes et des adultes qui les accompagnent au quotidien à travers des programmes de prévention universelle, sélective et ciblée et de réduction des risques pour les jeunes de 11 à 25 ans, avec une attention particulière pour les jeunes en situations de vulnérabilité diverses (précarité, difficultés scolaires ou familiales, comportements à risques) ou sur des territoires ruraux, isolés ou défavorisés.

Ces programmes ont été adaptés à l'âge des jeunes et leur contexte afin de répondre au mieux à leurs besoins :

- développement des compétences psychosociales pour les jeunes de 9 à 12 ans (avant l'âge d'entrée dans le tabagisme ou l'usage des substances psychoactives),
- réduction des risques pour les jeunes de 11 à 16 ans,
- prévention en milieu festif pour les jeunes de 16 à 25 ans.

Ils ont mobilisé de nombreux acteurs sur les territoires afin de construire des projets de prévention intersectoriels visant à agir sur différents niveaux de déterminants de la santé et ainsi mobiliser différentes politiques publiques.

Des actions ont également été mises en œuvre au bénéfice des adultes en situation de précarité, inscrits dans des parcours de réinsertion et de retour à l'emploi à travers des programmes de sensibilisation, de prévention, de réduction des risques professionnels et de renforcement des compétences psychosociales.

Par ailleurs, un accompagnement à la démarche « Lieux de santé sans tabac » est assuré par le soutien à une mission de plaidoyer auprès des établissements de santé.

Objectifs

1. **Renforcer les actions de prévention et d'accompagnement auprès des populations cibles : jeunes en milieu scolaire et hors milieu scolaire (apprentis, missions locales, chantiers d'insertion), adultes en structures d'insertion sociale et d'insertion par l'activité économique, jeunes et adultes en situation de handicap, femmes enceintes fumeuses, malades chroniques et personnes placées sous-main de justice.**
2. **Développer les programmes de renforcement des compétences psychosociales auprès de ces différents publics ainsi que les programmes de prévention ciblée, de dépistage, de réduction des risques et des dommages et de repérage précoce d'un trouble addictif.**
3. **Amplifier la participation aux actions « Mois sans tabac ».**
4. **Renforcer les actions de communication et de dénormalisation des usages auprès des différents acteurs institutionnels et décisionnaires.**
5. **Amplifier la formation des professionnels sociaux, éducatifs, enseignants et animateurs, encadrants techniques à prévenir, repérer et accompagner les personnes ayant des conduites addictives**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Mettre en œuvre les actions privilégiées de la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives notamment en renforçant les compétences psycho-sociales et en déployant des programmes de sensibilisation et de prévention spécifique et ciblée et de réduction des risques et des dommages adaptés aux publics
- Assurer à chaque usager une prise en charge adaptée en lien avec le premier recours, les structures médico-sociales et/ou les établissements sanitaires, en prenant en compte l'existence de pathologies duelles, de comorbidités, de handicaps et de vulnérabilité sociales.

L'audition déterminant de santé et de vie sociale

Les effets sanitaires de l'exposition au bruit sont de plusieurs types :

- les effets auditifs (perte auditive, acouphène, hyperacousie, etc.),
- les effets physiologiques extra-auditifs (sur le sommeil, le système cardiovasculaire, etc.),
- les effets subjectifs (la gêne) et comportementaux (agressivité, baisse de l'intérêt à l'égard d'autrui par exemple).

Les expositions susceptibles d'entraîner des atteintes auditives ont longtemps été limitées aux expositions professionnelles mais sont maintenant très présentes

dans les loisirs (discothèques, écoute au casque, etc.). Elles concernent principalement les jeunes et posent un réel problème non seulement sanitaire, mais également social et économique. Les professionnels de la petite enfance subissent également des nuisances sonores quotidiennes qui peuvent avoir des effets sanitaires non négligeable avec des conséquences à l'égard des enfants.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Le sujet est investi dans la région depuis de nombreuses années et doit être pérennisé pour sensibiliser les jeunes à différents âges (petite enfance, primaire et secondaire) aux comportements permettant de profiter de la musique et des sons amplifiés tout en préservant leur capital auditif. Les élèves des conservatoires de musique font partie intégrante de ce public-cible ainsi que les équipes pédagogiques. Il est également nécessaire de déployer des actions à destination des professionnels de la petite enfance.

Objectifs

1. **Sensibiliser les jeunes au risque lié à l'écoute de sons amplifiés.**
2. **Améliorer la qualité de l'environnement sonore pour le bien-être et le développement de l'enfant à tout âge.**
3. **Promouvoir une meilleure qualité de vie au travail dans les Etablissements accueillant des jeunes enfants (EAJA).**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Former des professionnels des établissements accueillant des jeunes enfants à la réalisation d'un diagnostic du bruit et à l'élaboration d'un plan d'action.
- Pérenniser et renforcer les actions de promotion de la santé auditive à tous les âges.
- Établir des partenariats plus structurés avec les PMI et l'Éducation Nationale.
- Intégrer des actions de prévention au risque auditif dans les contrats locaux de santé.

Santé-environnement, santé globale

Le sujet santé-environnement est un domaine d'intervention en santé publique qui ne cesse de croître dans les préoccupations des citoyens. La population devrait assister à l'émergence permanente de nouveaux risques engendrés par les contaminants biologiques, chimiques et physiques de nos environnements soumis à une anthropisation accélérée. Le changement climatique y contribue désormais, avec les conséquences des sécheresses et des inondations qui dégradent les ressources en eau, d'une organisation de l'urbanisme parfois défavorable avec des îlots de chaleur, des sols pollués, des pollutions atmosphérique et sonore ; ou encore avec les impacts du développement d'espèces invasives nuisibles à la santé telles que l'ambroisie, le moustique tigre, les tiques, les chenilles processionnaires, etc. La crise sanitaire du Covid-19 a en outre rappelé le lien étroit entre les santés humaine, animale et de l'environnement, exprimé désormais à travers le concept de santé globale « One health » (Une seule santé).

Agir sur les déterminants environnementaux de la santé et intégrer l'approche systémique de la santé globale s'imposent dans un schéma régional de santé, et particulièrement dans le volet prévention. Cette approche implique de rassembler autour d'objectifs partagés les citoyens et les acteurs des territoires dans lesquels ils vivent, que ce soit les collectivités, mais aussi les acteurs de la santé et de nombreux autres (aménageurs, services de l'État, agriculteurs, bureaux d'études, etc.). L'engagement de tous est désormais incontournable pour agir localement en faveur de cadres de vie favorables à la santé et à la biodiversité, en actionnant tous les leviers de la protection et de la promotion de la santé et en tenant compte des enjeux de justice sociale et de réduction des inégalités, vers une transition écologique juste.

La cible finale est bien évidement la santé humaine, en priorité dans la période périnatale.

Toutefois, les actions doivent être menées en tenant compte de la complexité des contextes et des interactions entre environnement et acteurs, qui doit être comprise par les parties prenantes, citoyens, élus, associations, entreprises, avec des collectivités agissantes et des professionnels impliqués dans des changements de leurs propres pratiques comme dans un rôle de prévention auprès de leurs publics.

Outre le schéma régional de santé, le plan régional santé-environnement – PRSE (prévu à l'article L. 1311-7 du code de la santé publique) qui lui est adossé, permet une mobilisation interministérielle et l'implication des nombreux acteurs de l'environnement et de la santé globale. En déclinaison du 4e Plan national santé-environnement et de l'instruction interministérielle N° DGS/SDEA/DGPR/2022/80 du 13 avril 2022, les futurs PRSE 4 intégreront l'approche santé globale et accentueront les approches territoriales, en totale convergence des objectifs de ce SRS.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

De 2018 à 2022, le PRSE a répondu à l'objectif du Cadre d'orientation stratégique « Promouvoir un environnement favorable à la santé » dont il avait fait sa finalité, de sorte qu'il était pleinement partie prenante du PRS. A cette fin, et dans le même calendrier que celui du premier SRS, le PRSE 3 était structuré autour de trois axes :

1. Développer les compétences en matière de santé-environnement (« comprendre » : informer, former et éduquer, pour que nous soyons tous acteurs d'un environnement favorable à notre santé).
2. Contribuer à réduire certaines expositions environnementales (« réagir » aux risques environnementaux avérés, promouvoir les bonnes pratiques).
3. Améliorer la prise en compte des enjeux de santé dans les politiques territoriales (« prévenir »).

Le PRSE 3 a ainsi permis :

- d'élaborer un certain nombre d'outils et dispositifs destinés à accompagner de manière opérationnelle les acteurs de la santé-environnement, régionaux et surtout locaux, dans divers champs d'intervention complémentaires (observation, formation, éducation et promotion de la santé-environnement, urbanisme…) ou thématiques (eau, air, pollens, etc.) ;
- d'établir un modèle de « territorialisation » destiné à faciliter l'utilisation des outils et dispositifs construits, et à favoriser le passage à l'acte dans les territoires.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Les approches déployées dans le PRSE 3 sont cohérentes avec les enjeux et orientations du PNSE 4, à savoir : « s'informer, se former et informer sur l'état de son environnement et les bons gestes à adopter pour notre santé et celle des écosystèmes » ; « réduire les expositions environnementales affectant la santé humaine et celle des écosystèmes » ; « démultiplier les actions concrètes menées par les collectivités dans les territoires ».

Toujours tourné vers les objectifs et approches de prévention et de promotion de la santé du SRS, auxquelles il répond et avec lequel il s'articule selon les termes du présent chapitre, le PSRE4 a ainsi vocation à s'inscrire dans la continuité du premier SRS et du PRSE3.

Il continue d'intégrer le fil conducteur transversal de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et, en termes d'évolution, ceux de l'adaptation au changement climatique et l'approche santé globale.

Enfin, il cible principalement les collectivités territoriales et les structures et personnes en relais auprès des collectivités, du grand public ou de publics spécifiques (périnatalité et enfants notamment).

Les principaux objectifs en santé-environnement du SRS sont ceux du PRSE 4, ces derniers sont alignés sur les orientations inscrites au 4e Plan national santé environnement.

Objectifs

1. **Informer, former et éduquer sur l'état de notre environnement et ses liens avec la santé et améliorer notre capacité d'agir en faveur des écosystèmes et de la santé (« comprendre »).**
2. **Réduire les expositions environnementales affectant la santé humaine et celle des écos-ystèmes sur l'ensemble du territoire régional (« agir »).**
3. **Démultiplier les actions concrètes menées par les collectivités dans les territoires (« prévenir ») en axant les priorités d'action vers les populations fragiles (enfants, populations des territoires en défaveur sociale et environnementale) et la réduction des inégalités.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Piloter, dans une approche interministérielle ARS/Préfet (Secrétariat général pour les affaires régionales – SGAR, Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement – DREAL, Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt – DRAAF), une politique de santé-environnement et de santé globale tournée vers l'action dans les territoires en visant la réduction des inégalités environnementales de santé et l'adaptation au changement climatique.
- Susciter l'initiative des acteurs de territoires et les accompagner.
- Poursuivre la mobilisation de partenaires opérationnels pour mettre en œuvre les actions régionales et appuyer la réalisation des projets locaux.
- Enfin, certaines approches en santé-environnement se trouvent en correspondance avec des axes spécifiques du SRS. A ce titre et par souci de cohérence, elles n'ont pas vocation à être portées par le PRSE et sont placées directement dans le SRS :
  - la stratégie régionale de prévention « petite enfance et santé-environnement »,
  - le réseau régional des conseillers en environnement intérieur,
  - les dispositifs de repérage et d'accompagnement des personnes en situation d'incurie dans l'habitat.

3.2 RÉDUIRE LES RISQUES D'ALTÉRATION DE SA SANTÉ

3.2.1 Améliorer le dépistage organisé des cancers

La promotion des dépistages organisés des cancers est une politique co-pilotée par l'ARS et l'Assurance maladie qui s'appuie sur le Centre régional de coordination du dépistage des cancers (CRCDC) en Auvergne-Rhône-Alpes, créé le 1er janvier 2019. Il résulte de la fusion des structures préexistantes en charge de la mise en œuvre des dépistages organisés des cancers du sein, colorectaux et du col de l'utérus.

L'objectif poursuivi est de réduire la lourdeur des traitements et la mortalité des cancers dépistés.

Pour atteindre ces objectifs, un accroissement de 15 points de la participation ou couverture de dépistages organisés est nécessaire.

Dès janvier 2024, l'Assurance maladie reprendra la mission d'invitation aux dépistages organisés des cancers. Cette action sera complétée d'un aller vers territorialisé et populationnel orienté vers les assurés les plus éloignés du système de santé, piloté par l'ARS avec le CRCDC et déployé entre autre par chaque Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

- Pour le dépistage du col de l'utérus le taux de participation est de 65 % ; ce qui place la région au 1er rang national.
- Pour le dépistage du cancer du sein, le taux de participation est de 52,7 % ; ce qui place la région au 4e rang national.
- Pour le dépistage du cancer colorectal, le taux de couverture est de 36 % ; ce qui place la région au 7e rang national.

La crise sanitaire du Covid-19 a eu un impact important sur les taux de participation, suite notamment à une interruption des dépistages pendant la période de mi-mars à juin 2020.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Les déterminants sociaux, les données épidémiologiques et les données relatives aux facteurs de risques ont mis en exergue des départements prioritaires dans l'Ouest et le Sud de la région définissant un « Arc de défaveur Cancers ».

L'enjeu est d'améliorer les dépistages organisés, en particulier dans cet « Arc de défaveur » en ciblant les communes et établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) identifiés ainsi que les publics vulnérables.

Pour cela, l'ARS pilotera ces travaux dans le cadre de la feuille de route de la stratégie Cancers Auvergne Rhône-Alpes 2022-2025 et ses 12 fiches départementales Cancers, déclinaison régionale de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

Objectifs

1. **Atteindre le taux de 80 % pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.**
2. **Atteindre le taux de 70 % pour le dépistage du cancer du sein.**
3. **Atteindre le taux de 50 % pour le dépistage du cancer colorectal.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Cibler les zones d'actions dans les territoires les moins répondants aux dépistages notamment ceux de « l'Arc de défaveur » pour les cancers et Quartiers politique de la ville par des indicateurs de critérisation définis par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et le CRCDC, en lien avec l'Assurance maladie.
- Mener des actions de sensibilisation sur les trois dépistages organisés cancers notamment le dépistage des cancers colorectal auprès des publics vulnérables (personnes en situation de précarité, personnes isolées, handicapées ou détenues) en travaillant sur leurs connaissances, leurs représentations, les freins et les leviers à identifier.
- Développer des outils adaptés aux publics cibles (vulnérables, handicapés).
- Simplifier l'accès au dépistage en développant des approches de type « aller-vers » notamment pour le public en situation de handicap.
- Communiquer pour promouvoir les dépistages organisés.
- Accompagner la procédure de labellisation du CRCDC.
- Encourager les partenariats (Ligue contre le cancer, Départements, collectivités locales, Maison de santé pluriprofessionnelle, etc.) ;

- Soutenir le CRCDC dans sa démarche de dérogation au cahier des charges national pour la dématérialisation de la seconde lecture des mammographies ;
- Développer de nouveaux partenariats notamment avec des entreprises ;
- Mettre en place et animer les comités territoriaux de promotion des dépistages organisés prioritairement sur les territoires peu répondants (Arc de défaveur Cancers) en lien avec l'Assurance maladie ;
- Développer des actions de promotion en particulier dans le cadre de la distribution du test colorectal par les pharmaciens

3.2.2 Accélérer le dépistage des maladies transmissibles

La prévention, le dépistage, l'accompagnement vers le soin et la prise en charge médicale concernant les maladies infectieuses sont organisés par l'ARS.

Dans chaque département, l'Agence assure la mise en œuvre de cette mission avec l'appui d'opérateurs spécifiques du territoire :

- Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles : la région dispose de 13 CeGIDD en tant que site principal, dont 2 qui sont gérés par des Départements et 11 par des centres hospitaliers.
- Le centre de santé sexuelle d'approche communautaire de Lyon entrant dans le cadre d'une expérimentation nationale.
- Les Centres de lutte anti tuberculeux (CLAT) pour la tuberculose : depuis 2020, l'ARS habilite et finance 12 CLAT, dont deux gérés par des Départements, un par une association, et les autres intégrés au sein de centres hospitaliers. Chaque département dispose d'un CLAT.
- Trois instances de coordination régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH). L'ARS a conservé 3 COREVIH dans la région : le COREVIH Arc Alpin couvre les départements Isère, Savoie et Haute-Savoie, le COREVIH Auvergne Loire couvre les départements Puy-de-Dôme, Allier, Cantal, Haute-Loire et Loire ; et le COREVIH Lyon Vallée du Rhône couvre les départements Rhône, Drôme, Ardèche et Ain.
- Les associations de prévention.

Ces dispositifs permettent de proposer une offre de dépistage, de vaccination, d'orientation et de prise en charge sans frais pour l'usager, avec des actions de prévention à destination en particulier des populations les plus vulnérables touchées par ces infections.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Les CEGIDD et les CLAT sont habilités par l'ARS en fonction des besoins des publics. Le principe est la mise en place d'une structure (antenne ou site principal) par département. Ainsi depuis 2018, l'ARS a cherché à optimiser l'implantation de ces structures. L'Agence construit une politique basée sur le rapport d'activité et de performance transmis annuellement par les structures. Au regard de ces données, l'ARS peut évaluer la réponse apportée par la structure auprès des populations sur son territoire.

Pour garantir la réduction des risques, l'accès aux dépistages et aux soins des populations les plus éloignées du système de santé pour des raison économiques ou sociales, ces structures mettent en place des actions « Hors les murs » dans les lieux de vie des populations.

Pour faciliter la mise en œuvre de ces actions « Hors les murs », les structures travaillent en partenariat avec les associations de prévention communautaires, les structures médico-sociales (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA/ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – CARRUD/ Appartements de coordination thérapeutique – ACT), les permanences d'accès aux soins. Pour accompagner ces partenariats, l'ARS finance des associations communautaires.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes reprend les principales cibles de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 avec :

- Objectif 95-95-95 : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 95 % des personnes connaissant leur séropositivité ont accès au traitement, et 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable.
- Réduire l'incidence des Infections sexuellement transmissibles (IST).
- Couverture vaccinale des adolescents : 75 % pour le virus de l'hépatite B (VHB) et 60 % pour le Papillomavirus Humain (HPV). Respectivement 95 % et 80 % en 2030.

- 100 % des jeunes ont reçu une éducation de qualité à la sexualité.

A cette fin, la mobilisation systématique d'actions « d'aller-vers » par les CeGIDD et les Centres de lutte antituberculeuse – CLAT est nécessaire notamment vers les publics précaires, fragiles et éloignés des systèmes de santé.

Ces publics sont particulièrement vulnérables vis-à-vis de ces pathologies infectieuses.

Pour cela il faut :

- systématiser le partenariat avec les associations de prévention communautaires qui facilitera le lien entre ces structures et ces publics,
- améliorer le partenariat avec les Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), la médiation et l'interprétariat en santé pour fluidifier le parcours des patients au sein des structures grâce à une optimisation de la prise en charge sanitaire et sociale,
- construire une offre lisible et coordonnée de santé sexuelle et reproductive au niveau territorial,
- contribuer à la réponse aux alertes sanitaires en lien avec la santé sexuelle (par exemple les épidémies d'hépatite virale A auprès des hommes ayant des rapport sexuels avec des hommes, et de Monkeypox).

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Développer les actions « allers-vers » des CeGIDD, CLAT et Centres de vaccination en direction des publics éloignés du système de prévention.
- Renforcer les actions de prévention des risques à destination de personnes en situation de prostitution.
- S'assurer que l'ensemble des personnes placées sous-main de justice ait un égal accès aux dépistage du VIH, des hépatites virales, des IST et aux outils de réduction des risques.

3.2.3 Promouvoir la vaccination

La mise en œuvre de l'extension de l'obligation vaccinale chez les nourrissons depuis janvier 2018 favorise l'augmentation de la couverture vaccinale. D'autres initiatives vont également dans le sens d'une augmentation du recours à la vaccination avec :

- l'extension de la recommandation de la vaccination contre la papillomavirus (HPV) chez le jeune garçon,
- l'extension des compétences vaccinales des pharmaciens, infirmiers et sages-femmes.

Il existe cependant des disparités géographique et populationnelle des taux de couvertures vaccinales.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Les centres de vaccinations (un par département) sont ouverts à tous les publics permettant un accès gratuit à la vaccination à tous. Ils doivent cependant porter une attention particulière aux populations les plus vulnérables (habitants dans les quartiers politique de la ville, les personnes faisant partie de la communauté des gens du voyage, les étudiants, les personnes migrantes, les détenus et les patients des Permanences d'accès aux soins de santé - PASS).

Les structures hospitalières et associatives sont financées via le Fonds d'intervention régional (FIR). Les autres centres de vaccination sont également financés par l'Etat mais par l'intermédiaire de la dotation générale de décentralisation attribuée aux conseils départementaux qui ont conservé la compétence.

Il existe toujours des disparités départementales des couvertures vaccinales incitant à soutenir les initiatives auprès des professionnels et des populations pour promouvoir la vaccination sur le terrain.

Certaines populations sont éloignées du système de santé et de la prévention du fait de leur précarité sociale ou géographique. L'ARS soutient la mise en œuvre et le développement d'actions « Hors les murs » des centres de vaccination.

De plus, chaque année, l'ARS contribue à la mise en œuvre de la Semaine européenne de la vaccination (SEV) dans la région. Lors de cette campagne annuelle, les centres de vaccinations et les partenaires participent activement à la promotion de la vaccination en organisant des actions spécifiques.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

L'enjeu est de développer les actions de promotion de la vaccination en s'appuyant sur les professionnels du premier recours.

Objectifs

1. **Mettre en œuvre une coordination régionale des acteurs régionaux de la vaccination.**
2. **Accompagner l'extension des compétences vaccinales des pharmaciens, infirmiers et sages-femmes.**

3. **Accompagner des initiatives locales de promotion de la vaccination telles que « Immuniser Lyon », « Stop HPV », etc.**
4. **Promouvoir la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) avec pour objectif d'atteindre une couverture vaccinale de 80 % à l'horizon 2023. La priorité est de cibler les enfants de 11 ans, en agissant de manière coordonnée sur tous les leviers possibles.**
5. **Mettre en œuvre la campagne nationale de vaccination HPV dans les classes de 5e, à compter de septembre 2023.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Identifier un poste de coordonnateur régional de la vaccination.
- Accompagner les structures dans l'organisation d'actions « Hors les murs » en identifiant les freins et les leviers pour optimiser ses missions auprès des publics cibles.
- Impliquer les Unions régionales des professionnels de santé – URPS (médecins, infirmier, sages-femmes) dans la promotion de la vaccination.

3.3 BIEN VIVRE MALGRÉ SA MALADIE

Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elle peut générer des incapacités, voire des complications graves. En 2020, en Auvergne-Rhône-Alpes, 1 427 932 personnes étaient atteintes d'au moins une Affection longue durée (ALD) selon les sources de l'Assurance maladie.

Les maladies chroniques représentent à l'évidence un nouveau paradigme pour notre système de santé et appellent des dispositifs ou des innovations qui permettent une prise en charge globale des personnes concernées, et autant que possible personnalisées. L'impact de la maladie sur la vie quotidienne dépasse largement les domaines de la santé et du soin. Améliorer sa qualité de vie et être plus autonome, c'est aussi pouvoir accéder à un emploi ou s'y maintenir, participer à une vie sociale et vivre le quotidien avec plus de facilité.

3.3.1 Soutenir l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients atteints d'une maladie chronique à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leur responsabilité dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

L'arrêté du 30 décembre 2020 encadre les programmes par un cahier des charges national et encadre la composition du dossier de déclaration.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Suite au changement de régime des programmes d'ETP (régime de déclaration substitué au régime d'autorisation), l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a consolidé leurs les modalités de financement

Ainsi, peuvent bénéficier d'un financement les programmes répondant à une ou plusieurs des Affections de longue durée (ALD) ainsi qu'à un problème de santé considéré comme prioritaire au niveau régional (obésité).

Par ailleurs, l'ARS a encouragé le développement des programmes en structures de ville, les portant de 58 programmes en 2018 à 68 programmes en 2022.

Enfin, des Unités transversales d'éducation du patient (UTEP) ont été développées au sein de chaque département pour soutenir le développement de l'ETP dans les territoires.

Objectifs

1. **Développer l'ETP dans les territoires qui en sont dépourvus.**
2. **Développer l'e-ETP.**
3. **Encourager les structures de premier recours (Communautés professionnelles territoriales**

de santé – CPTS, maisons et centres de santé) à développer des programmes d'ETP.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Favoriser le déploiement de programmes d'ETP par les structures de premier recours.
- Développer l'e-ETP (en partie en distanciel) au sein du territoire en fonction des besoins de santé, et en interdépartementalité.
- S'appuyer sur les patients experts formés à l'ETP.
- Positionner les Unités transversales d'éducation du patient (UTEP) sur des missions d'accompagnement, de formation et d'évaluation.
- Améliorer la visibilité de l'offre de programmes d'ETP.

3.3.2 Développer l'activité physique adaptée

Les Dispositif d'appui à la prescription d'activité physique adaptée (DAPAP), créés en 2018, sont des dispositifs d'accompagnement vers la pratique d'activités physiques portés par des structures associatives à compétence départementale ou interdépartementale. Ils sont capables de mettre en lien les malades chroniques et les personnes en perte d'autonomie avec des structures proposant des Activités physiques adaptées (APA), régulières, sécurisées, après une consultation médicale et une évaluation des capacités physiques. Les missions des DAPAP sont définies dans un cahier des charges régional.

Leurs 4 missions principales sont :

- le recensement et la validation de l'offre d'activité physique adaptée du territoire,
- les formations à l'attention des acteurs encadrant la pratique d'APA,
- la prise en charge individuelle des personnes (bilan physique, plan personnalisé, suivi pendant 2 ans),
- la communication auprès des acteurs prescripteurs (forme sur ordonnance).

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

A ce jour, 11 DAPAP existent en Auvergne-Rhône-Alpes. Des liens ont été établis entre les DAPAP et la filière de cancérologie notamment dans le cadre d'un appel à projet soins de support. Dans ce cadre et sur la partie activité physique (bilan + séances) des conventions ont été passées entre les structures pouvant réaliser ces soins de support et les DAPAP.

La crise du Covid-19 a impacté l'activité de ces structures qui reste fragile et en phase de montée en charge.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

L'enjeu est de promouvoir les DAPAP dans la région encore insuffisamment identifiés par les professionnels de santé et ce d'autant plus avec la mise en place par le niveau national des Maisons sport santé (MSS). L'enjeu pour la durée du SRS 2023-2028 sera d'articuler les missions des DAPAP avec celles des Maisons sport santé et d'adapter les missions des DAPAP à la nouvelle réglementation (loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France).

Pendant la durée du SRS, il s'agira également d'articuler les DAPAP avec les filières de soins de l'obésité pédiatrique mais aussi de les intégrer dans le déploiement du plan régional antichute.

Objectifs

1. **Améliorer la lisibilité de ce dispositif.**
2. **Promouvoir le site internet régional sur le sport santé Auvergne-Rhône-Alpes.**
3. **Accentuer l'activité des DAPAP en direction des personnes âgées dans le cadre de la mise en place du plan régional antichute.**
4. **Définir avec la Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES) une stratégie de partenariat entre les Maisons sports santé et les DAPAP.**
5. **Adapter à la nouvelle réglementation (loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France) les missions des DAPAP.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Promouvoir le bon usage du label DAPAP (déposé à l'INPI) auprès des DAPAP de la région.
- Faire la promotion du site internet régional sur le sport santé Auvergne-Rhône-Alpes pour en faire un lieu unique de ressources sur le sport santé bien-être (recensement des différents créneaux d'APA sécurisés, ressources réglementaires, actualités).
- Articuler les DAPAP avec la filière gérontologique et les Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).
- Définir avec la DRAJES la stratégie d'habilitation des Maisons sport santé et les habiliter.

- Réviser le cahier des charges régional des DAPAP à la lumière de nouvelle la réglementation et de la stratégie régionale ARS/DRAJES.

3.3.3 Structurer le réseau des conseillers en environnement intérieur (CEI)

Entre 20 % et 25 % de la population française souffrent d'affectations respiratoires chroniques, notamment d'allergie respiratoire, de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et d'asthme. La prise en charge et la prévention de ces affections constituent un enjeu de santé publique à la fois en termes de morbi-mortalité mais aussi en terme économique (à titre d'exemple : 600 000 hospitalisations pour asthme sévère en France).

Plusieurs causes et facteurs de déclenchement ou d'aggravation des symptômes des pathologies respiratoires chroniques ont été identifiés parmi lesquels on retrouve des facteurs liés à la mauvaise qualité de l'air au domicile des patients : présence d'allergènes et/ou de polluants chimiques ou biologiques. C'est la raison pour laquelle s'est développé, dans les années 1990, le métier de conseiller médical en environnement intérieur. L'intervention, sur prescription médicale, de ces conseillers au domicile des patients vise à réduire leur exposition aux risques en agissant sur la qualité de l'air intérieur de leur habitat et à proposer des mesures d'éviction des éléments polluants ou allergisants. Une étude randomisée multi-centrique « ECENVIR » dont les résultats sont en cours de publication confirme l'intérêt de l'action des conseillers en environnement intérieur.

L'action du conseiller en environnement intérieur (CEI) s'inscrit dans les missions de prévention et de promotion de la santé. Lorsque celles-ci existent, le conseiller en environnement intérieur peut également se rattacher aux consultations d'éducation thérapeutique. Cependant les visites sont prescrites dans un cadre curatif lorsqu'il est constaté chez le patient une aggravation de la maladie et de fortes sensibilités à son habitat. Un CEI intervient souvent suite à une demande de spécialiste (pneumologue, allergologue, etc.).

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'hétérogénéité des profils, des pratiques professionnelles, des structures porteuses ainsi que l'existence d'un réseau de prescripteur ou non, peuvent influencer l'activité du conseiller en environnement intérieur sur un territoire. Par ailleurs, il est parfois difficile de trouver des structures porteuses de conseiller en environnement intérieur pour l'ensemble du territoire.

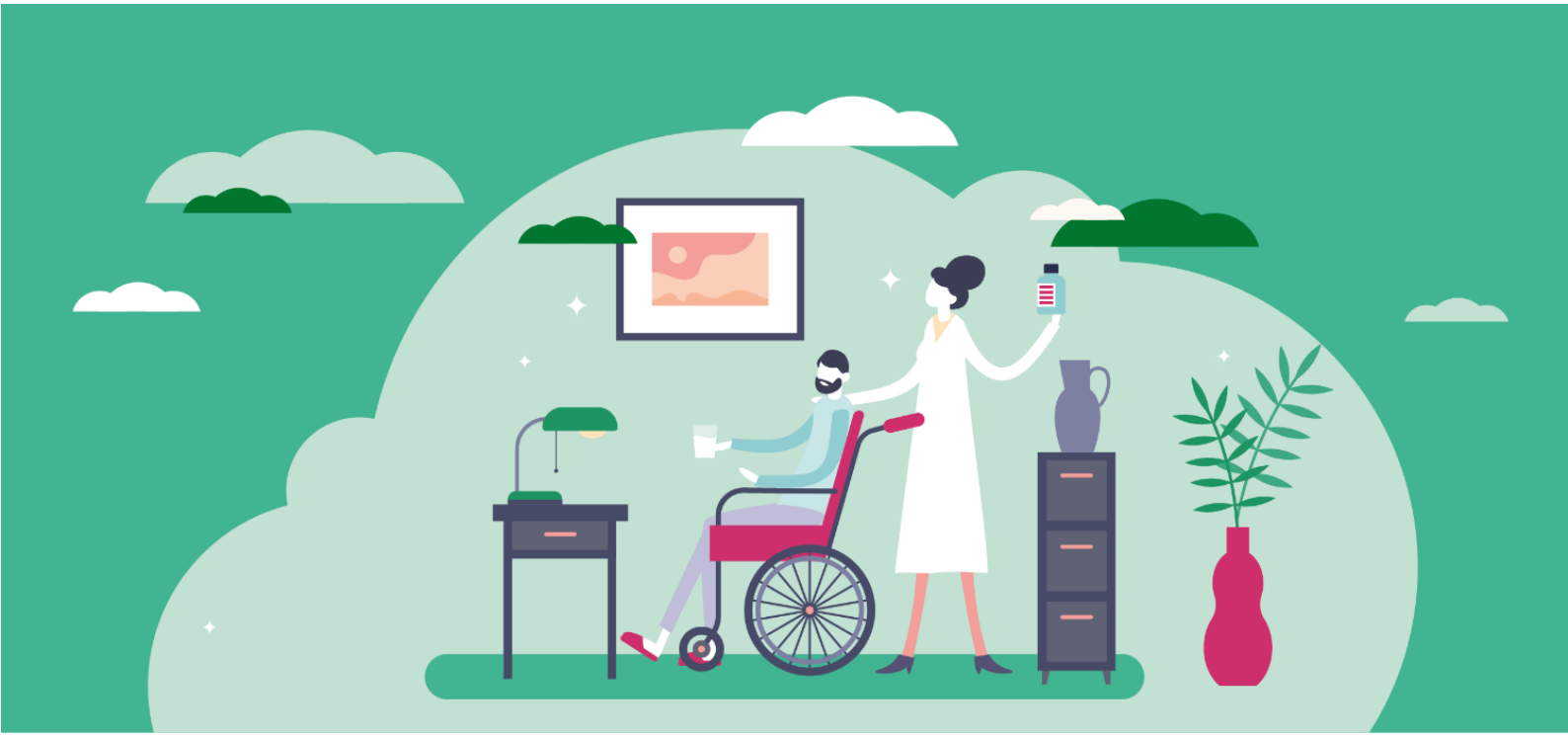
L'ARS souhaite restructurer le réseau actuel des conseillers en environnement intérieur dans un objectif d'amélioration de la qualité de l'air intérieur et la santé des patients atteints d'une pathologie chronique respiratoire, d'allergies, ou de symptômes respiratoires s'aggravant au domicile sur l'ensemble du territoire. Il s'agira de coordonner cette activité en tenant compte de la démographie, des spécificités et inégalités de santé du territoire.

Objectifs

1. **Améliorer l'état de santé des personnes atteintes de pathologie aggravée par l'environnement intérieur.**
2. **Déployer l'offre de conseiller en environnement intérieur sur l'ensemble du territoire.**
3. **Intégrer les conseillers en environnement intérieur dans des parcours d'éducation thérapeutique du patient.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Identifier une structure coordinatrice et animatrice du réseau et conventionner avec elle.
- Coordonner les conseillers en environnement intérieur afin de pouvoir proposer des visites sur l'ensemble du territoire et de limiter les déplacements.
- Faire la promotion du dispositif auprès des réseaux de prescripteurs.
- Harmoniser les interventions par l'utilisation d'un outil homogène de suivi des visites et de réalisation des bilans d'activité.
- Faire un état des lieux des parcours d'ETP et identifier comment intégrer les CEI dans ces parcours.
- Soutenir la formation des CEI sur l'éducation et la promotion de la santé-environnement



CHAPITRE 4

RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS ET A L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN TOUT POINT DU TERRITOIRE

4.1 - FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES USAGERS **62**

4.2 - GARANTIR LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE PAR L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS **73**

4.3 - GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS À CERTAINES PATHOLOGIES **85**

4.4 - ADAPTER L'OFFRE POUR MIEUX RÉPONDRE AU PROJET DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES **86**

4.5 - ADAPTER L'OFFRE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP **97**

4.6 - SOUTENIR LES AIDANTS, DÉVELOPPER ET RENDRE ACCESSIBLE L'OFFRE DE RÉPIT **117**

4.1 FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES USAGERS

4.1.1 Accompagner la structuration de l'offre de premier recours et favoriser l'installation des professionnels de santé au regard des besoins du territoire

Les soins de premier recours, aussi appelés soins primaires ou soins de proximité, représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé.
Ces soins de premier recours, assurés par différents professionnels de santé, comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- l'éducation pour la santé.

Sous l'effet conjugué des besoins de la population, des attentes des professionnels de santé, et de la démographie médicale, l'offre de soins de premier recours connaît d'importantes évolutions via le développement de différentes formes de coordination entre professionnels.

Cette possibilité donnée aux professionnels de pouvoir s'installer dans un même cabinet permet d'offrir un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé, notamment dans les territoires caractérisés par une démographie médicale insuffisante, tout en favorisant une meilleure accessibilité aux soins pour les patients.

L'exercice pluriprofessionnel offre une prise en charge globale du patient en proposant notamment des actions de santé publique et non pas uniquement une prise en charge curative.

La promotion de l'exercice coordonné et pluriprofessionnel auprès des jeunes professionnels et des étudiants en santé devra être renforcée dans la région pour atteindre les objectifs fixés.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Fin 2022, dans la région, étaient installées :

- 77 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) couvrant 57 % de la population
- 343 Maisons de santé pluriprofessionnelles
- 318 Centres de santé dont 80 polyvalents

Objectifs

1. **Mailler davantage les territoires afin d'offrir aux usagers une égalité d'accès à ces structures et un accès facilité à une équipe traitante : assurer une couverture de 100 % du territoire par une CPTS, en collaboration avec l'assurance maladie.**
2. **Encourager l'installation des professionnels via une accélération du déploiement des structures d'exercice coordonné en lien notamment avec le plan national des « 4 000 MSP ».**
3. **Développer les actions de prévention et promotion de la santé par les structures d'exercice coordonné ou regroupé.**
4. **Structurer la constitution d'équipes traitantes pluri professionnelles incluant notamment les infirmiers et les pharmaciens pour garantir un accompagnement de proximité autour du médecin traitant.**
5. **Encourager les initiatives visant à libérer du temps médical par un appui renforcé aux professionnels de santé : accélérer le déploiement des protocoles de coopération par les acteurs de ville, favoriser la formation et l'installation d'infirmiers libéraux de pratique avancée, particulièrement pour la prise en charge des maladies chroniques.**
6. **Accompagner les dispositifs innovants visant à faciliter l'accès aux soins de premier recours, particulièrement en zone rurale (médicobus notamment).**

4.1.2 Coordonner et structurer les réseaux de santé en périnatalité

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

5 réseaux de périnatalité couvrent le territoire régional, chacun ayant en outre créé 2 filières de prise en charge, une pour les femmes enceintes et une pour les enfants vulnérables :

- Le réseau Aurore et Ecl'Aur
- RP2S et Devenir RP2S
- RSPA Fema et RSPA Reva
- Eléna et Seve
- RPAI et Naître et devenir

De plus, l'accès à l'interruption volontaire de grossesse est coordonné par le réseau régional Pleiraa.

Les deux cellules de transferts néonataux corres-pondants aux deux régions historiques ont récemment fusionné en une cellule régionale.

Les réseaux ont basé leurs actions sur la qualité et la sécurité des soins en contribuant à une forte acculturation des professionnels de la périnatalité au travers du développement d'outils performants, de l'organisation des revues de morbidité et de mortalité périnatale ainsi que de la formation aux gestes d'urgence obstétricale et néonatale.
Ils entretiennent un fort ancrage territorial dans une relation de proximité des acteurs de santé en prenant en compte les spécificités locales.

Cependant, le fait d'avoir plusieurs structures ne permet pas de garantir un pilotage pertinent de la politique de périnatalité ni une mise en œuvre efficiente de la déclinaison régionale des priorités natio-nales d'actions. Cela concerne notamment l'articulation ville-établissement de santé afin d'optimiser le parcours de la femme enceinte ainsi que la contribution à réduire les inégalités sociales de santé pour améliorer plus spécifiquement le parcours des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité.

Par ailleurs, la réglementation impose de faire évoluer le statut des réseaux de santé en périnatalité en des Dispositifs spécifiques régionaux (DSR) que l'Agence entend déployer rapidement.
Le projet de regrouper les réseaux en un seul dispositif régional en périnatalité vise les objectifs suivants.

Objectifs

1. **Garantir l'équité des femmes et des nouveaux-nés par un pilotage régional de la politique de périnatalité.**
2. **Améliorer la réponse aux besoins des femmes et des nouveaux nés par une adhésion de tous les acteurs de santé, notamment les URPS, les Ordres et les Départements, à la déclinaison de la politique de périnatalité.**
3. **Mutualiser les ressources et les outils déployés (formation, protocoles par exemple) tout en renforçant l'expertise.**
4. **Garantir une coordination des acteurs locaux en proximité, tenant compte des spécificités territoriales.**

4.1.3 Faciliter les leviers d'accès aux soins pour les publics spécifiques

Situations préoccupantes dont les traumatismes liés aux violences

Depuis le Grenelle de 2019, la lutte contre les violences intrafamiliales et la prise en charge optimale des victimes, et de leurs enfants « co-victimes », sont une priorité des pouvoirs publics.

Rappelons que chaque année, plus de cent femmes sont tuées par leur partenaire (ou ex-partenaire) de vie. En 2021, 208 000 victimes de violences conjugales ont ainsi été recensées par les services de police et de gendarmerie, soit une hausse de 21 % par rapport à 2020 ; 2/3 de ces violences ont été des violences physiques.

La prise en charge des victimes doit s'inscrire dans le cadre d'un parcours coordonné, où le champ sanitaire a toute sa place : repérage, situations de crise, soins, constats médico-légaux, articulation avec les autres champs. L'ARS élabore à ce titre une stratégie régionale propre en sus de la déclinaison des instructions nationales.

ÉTAT DES PRATIQUES &
BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Sur le plan organisationnel, l'ARS a mis en place, au sein d'une nouvelle direction (Direction inspection, justice, usagers – DIJU), articulée de manière transversale avec les autres directions-métiers, un pôle Santé-Justice notamment dédié aux « pratiques médico-judiciaires/ lutte contre les violences ».

Ce pôle a réalisé, dès sa création, un audit des pratiques régionales en matière de victimologie et de médecine légale, incluant la visite des services de médecine légale des 4 CHU de la région ; regroupant chacun une Unité médico-judiciaire – UMJ (médico-légal du vivant) et un Institut médico-légal – IML (thanatologie). Cet audit a mis en évidence de grandes disparités territoriales, en particulier en matière de prise en charge médico-légale des victimes dans les services d'urgence des autres établissements hospitaliers (non dotés d'une UMJ) : certains hôpitaux ont initié de véritables filières de prise en charge, alors que d'autres peinent à s'investir, notamment du fait du manque de ressources spécialisées.

L'ARS œuvre donc :

- au développement d'un maillage territorial, grâce à la promotion des collaborations et mutualisations entre les différents acteurs du champ sanitaire,

- à l'entretien des échanges avec les autres institutions, (Justice, Forces de sécurité intérieur – FSI – police et gendarmerie), collectivités territoriales), grâce en particulier à l'instauration des Groupements hospitaliers de territoire (GHT),
- à l'accompagnement et au soutien, par le biais du Fonds d'intervention régional (FIR), des associations de victimes et de prévention en matière de lutte contre les violences,
- en lien étroit avec la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et les DDFE (départementales), à la facilitation du pré-recueil des plaintes à l'hôpital, en participant notamment, via ses délégations départementales, aux Comités locaux d'aide aux victimes (CLAV),
- à l'installation de 4 dispositifs (dans les départements Loire, Rhône, Drôme, Isère) dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violence, à l'initiative de l'Agence et grâce à des financements nationaux (mesure 11 du Grenelle),
- à la rédaction à la mise à jour des protocoles et formulaires de conduite à tenir et de signalements en matière de victimologie adultes et enfants dans le cadre de groupes de travail régionaux, pilotés par le réseau de médecins urgentistes RESCUE-RESUVAL auquel l'Agence participe,
- à la réalisation d'études menées sur le codage systématique des situations de violences pour les victimes se présentant aux urgences et sur le repérage de ces situations lors des consultations de suivi de grossesse,
- pour les professionnels de santé libéraux, en particulier les médecins généralistes, en lien avec la DRDFE, à la promotion du site internet « declicviolence.fr », qui met à disposition de ces professionnels une « boîte à outils », ainsi qu'à l'accompagnement de la réalisation de journées thématiques organisées par certains établissements à destination des différents acteurs et professionnels,
- sur le champ de la maltraitance infantile :
  - à la consolidation des parcours hospitaliers de soins des enfants maltraités dans les établissements sanitaires ayant bénéficié des financements octroyés dans le cadre de l'appel à projet régional de 2019,
  - à la mise en place et au financement, dans le cadre du nouveau plan de lutte contre les violences faites aux enfants, de 8 Unités d'accueil pédiatrique pour l'enfance en danger – UAPED en 2022 et de 5 autres en 2023, de novo ou à partir des Unités médico-psychologiques judiciaires – UMPJ déjà existantes, qui pourront s'appuyer sur l'expertise des 2 Equipes de pédiatrie régionale de référence pour les enfants en danger – EPPRED prévues pour la région en 2023 et 2024. Une des missions des UAPED sera la prise en charge des enfants témoins d'un homicide parental (dans le cadre du protocole « féminicide »), en lien avec les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) des départements,
  - à la prise en charge du psycho-traumatisme au travers du Centre régional du psycho-traumatisme, situé aux HCL, à vocation régionale et destiné à « tout type de victimes », pour « tout type de violences ».

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

- Œuvrer pour la prévention des violences, lui donner de la lisibilité.
- Optimiser, au sein du système de santé, le repérage de ces violences et la prise en charge des victimes au sein du système de santé, en particulier en matière de pratiques médico-judiciaires et de psycho traumatisme : c'est-à-dire prendre soin des victimes sur les plans somatique et psychologique, tout en étant capable, simultanément et avec le moins de désagrément possible, de procéder à des prélèvements lors des examens pour constituer si nécessaire des preuves qui pourront être versées dans le cadre d'un dossier judiciaire de dépôt de plainte ; le but étant de limiter la notion de « perte de chance ».
- Poursuivre et améliorer les collaborations inter institutionnelles, la prise en charge des violences s'inscrivant, au-delà du parcours de soins, dans un véritable parcours de vie (Justice, FSI, ASE, protection maternelle infantile – PMI), DRDFE, DDDFE, collectivités locales).
- Construire un véritable maillage territorial en matière de victimologie, afin de garantir une équité territoriale de prise en charge des victimes.

Objectifs

1. **Assurer aux victimes une prise en charge de qualité en tout point de la région.**
2. **Consolider les partenariats et collaborations avec les acteurs hors du champ de la santé.**
3. **Disposer de structures expertes et animatrices de réseaux.**
4. **Positionner l'ARS comme animateur régional de la prise en charge sanitaire des victimes de violences.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Améliorer la sensibilisation et promouvoir la formation des professionnels de santé à la prise en charge des victimes de violences.
- Soutenir les actions de prévention des violences, participer (volet sanitaire) à la prise en charge des auteurs, dans un but de prévention secondaire.
- Promouvoir le dépistage systématique, dans le système de santé, des situations de violence, en particulier lors des suivis de grossesse.
- Développer des filières de victimologie au sein des services d'urgences.
- Garantir la spécificité et la technicité de la prise en charge des victimes de violences sexuelles.
- Améliorer le recueil de données épidémiologiques.
- Accompagner les initiatives, dans le système de santé, relatives à la lutte contre les violences et la prise en charge des victimes, et continuer de soutenir les associations d'aide aux victimes.
- Développer le rayonnement du centre régional du psycho traumatisme.
- Poursuivre la mise en place, selon les directives nationales, de dispositifs dédiés à l'accueil des femmes victimes de violences.
- Systématiser le recueil des pré-plaintes à l'hôpital.
- Optimiser le parcours de prise en charge des enfants maltraités, et co-victimes, en poursuivant la mise en place des UAPED.
- Inscrire un volet victimologie dans le projet médical des Groupements hospitaliers de territoire (GHT).
- Promouvoir la médecine légale en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Publics détenus sous-main de la justice

Posé par la loi du 18 janvier 1994 et réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, le principe de l'égalité des soins entre personnes détenues et population générale revêt une place essentielle dans la prise en charge des personnes détenues, qui ont généralement une santé plus dégradée que celle de la population en générale en raison de la précarité de leurs conditions de vie antérieures, de leur éloignement avec les services médicaux et de la prévalence des addictions. Les détenus sont des personnes placées sous-main de justice incarcérées. La notion de personnes placées sous-main de justice est plus large et inclus également des personnes qui font l'objet de peines alternatives ou d'aménagement de peines (bracelets électroniques, injonctions de soins). L'environnement carcéral peut aggraver par ailleurs les pathologies somatiques et mentales qui souvent se cumulent.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues fait l'objet d'une organisation spécifique, conciliant la dimension sanitaire et les missions de surveillance et sécurité, au travers des Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) directement implantées au sein de chaque établissement pénitentiaire. Assurer les repérages et dépistages des personnes, garantir la continuité des soins et leur permanence en dehors des heures d'ouverture de l'USMP, coordonner les actions de prévention, notamment celle du suicide, constituent les missions principales du service public hospitalier en faveur de la population incarcérée.

Reposant sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, l'autre pour les soins psychiatriques, l'organisation des soins est déclinée en trois niveaux de prise en charge : allant des soins ambulatoires sous forme de consultations et activités réalisés au sein de l'UMSP de niveau 1, aux soins requérant une hospitalisation à temps complet de niveau 3 (soins somatiques dispensés en Unité d'hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), soins psychiatriques en Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) – voire en Unité de malades difficiles (UMD), en passant par les soins nécessitant une prise en charge à temps partiel de niveau 2 en médecine, chirurgie ou en hôpital de jour en psychiatrie (exclusivement assurée par les USMP porteuses d'un service médico-psychologique régional).

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes fait le choix de dédier un service de sa Direction inspection, justice, usagers au traitement de ce domaine complexe, qui travaille conjointement avec la Direction de la santé publique de l'ARS en charge des politiques de prévention-promotion de la santé, d'une part, et avec la Direction interrégionale des services pénitentiaires, d'autre part.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La région compte 18 établissements pénitentiaires qui totalisent 5 758 places pour environ 6 238 personnes incarcérées en 2021. 8 établissements affichaient un taux d'occupation entre 126 et 149 %, 6 entre 100 et 120 % et 4 inférieur à 100 %.

Outre le fait que la surpopulation carcérale impacte les conditions de détention des détenus et contribue ainsi à la détérioration de leur état de santé, 30 % des postes de surveillants pénitentiaires en Auvergne-Rhône-Alpes sont vacants, ne facilitant pas la mise à disposition de surveillants dédiés aux unités. Les moyens humains

dont disposent l'administration pénitentiaire étant déterminés par la capacité théorique et non par la population réellement hébergée, plusieurs difficultés ont été identifiées dans la région :

- une population fortement touchée par la précarité,
- une démographie médicale et soignante en tension,
- des inégalités et difficultés d'accès aux hospitalisations et notamment à l'UHSI et UHSA,
- des difficultés d'accès aux soins spécialisés,
- des besoins en matière de prévention et promotion de la santé.

Bien qu'il soit difficile d'estimer précisément la totalité des actes/prestations réalisées par les USMP, compte tenu de l'absence d'enregistrement de certaines données sur l'outil PYRAMIG et de la fragilisation du système de l'accès aux soins suite à la crise sanitaire, l'ARS relève les éléments chiffrés suivants (données 2021).

La prise en charge somatique

Les effectifs

- Les USMP ont déclaré un effectif rémunéré moyen de 212,4 Equivalent temps plein (ETP).
- L'effectif total varie fortement de 1,4 à 27,9 ; rapporté au nombre de détenus, cet effectif régional correspond en moyenne à 3,4 ETP pour 100 détenus.
- Le nombre total d'ETP de médecins généralistes s'établit à 22,2 et varie entre 0,1 et 22,2 ETP.

Le temps d'ouverture

- Les USMP ont été ouvertes en moyenne 12,8 demi-journées par semaine.
- 17 d'entre elles déclarent une présence moyenne de médecin généraliste sur 7,4 demi-journées.

Le nombre de consultations

- 4 7961 consultations de médecine générale ont été déclarées (dont 8 903 consultations d'entrées dans 17 USMP et 2017 consultations de sortie dans 15 USMP).
- 17 USMP ont déclaré 12 149 consultations dentaires et 16 USMP indiquent avoir réalisé 3 397 actes de masseur-kinésithérapeutes.
- L'accès aux soins spécialisés est très variable d'un établissement à l'autre : sur 17 USMP, 4 413 consultations ont été déclarées. On note cependant, de façon générale, une offre de soins spécialisés insuffisante avec des délais d'obtention des rendez-vous particulièrement longs.

Les hospitalisations

- 652 hospitalisations sur 16 USMP dont 482 séjours à l'UHSI et 349 dans l'hôpital de rattachement.
- La durée moyenne de séjour à l'UHSI affiche 6,27 jours et 87 % des séjours étaient liés à un groupe homogène de malades de type « médecine ».

Les actions de prévention

- Tous les établissements pénitentiaires déclarent avoir mené des activités d'information en prévention et promotion de la santé (Mois sans tabac, réduction des risques addictions, sensibilisation à la vaccination, prévention suicide, journée mondiale du SIDA, octobre rose).
- Sur l'ensemble des USMP, 61 % indiquent avoir un comité de pilotage de prévention à la santé et 66 % un programme annuel d'éducation à la santé.

Les pratiques de dépistage des risques infectieux (VIH, VHB VHV)

- La prévalence élevée de ces infections nécessite des dépistages précoces qui doivent être systématiquement proposés à l'entrée en détention.
- Au total, en 2021, 3 820 tests de dépistage VIH ont été réalisés, 3 820 tests VHC, 3 345 tests VHB et 2 308 examens la tuberculose.

La prise en charge psychiatrique

Bien que le manque de ressources humaines complexifie la prise en charge psychiatrique des détenus, au regard des conditions de détention, de la précarité des populations, les besoins en santé mentale sont particulièrement importants dans les établissements pénitentiaires. [source : étude épidémiologique sur la santé mentale en sortie de prison du 20 fév 2023, menée par la F2RSM Psy]

- En Auvergne-Rhône-Alpes en 2021, le nombre de demi-journées de présence de psychiatre varie de 1 à 15.
- Sur 16 USMP, 6 indiquent ne pas réaliser de consultations systématiques des arrivants.
- Le nombre d'ETP varie fortement entre 0 et 4,5 ETP.
- Sur 13 USMP, 13 083 consultations de psychiatre ont été menées.
- 562 patients (sur 13 US) ont suivi au moins une activité de groupe en Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATPP).
- Les deux Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) de la région (Lyon Corbas et Grenoble) enregistrent 10 688 journées d'hospitalisation.
- 159 patients (pour 14 USMP) ont été hospitalisés à l'UHSA.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Afin de favoriser l'accès aux soins des personnes détenues, et en accord avec la feuille de route nationale 2023-2028, l'ARS s'engage à concentrer son action au travers des objectifs suivants :

Objectifs

1. **Améliorer l'accès aux soins pour ces publics spécifiques.**
2. **Développer la prévention et la promotion de la santé dans leurs lieux de vie.**
3. **Favoriser la coopération et les échanges entre les partenaires institutionnels.**
4. **Organiser la continuité de la prise en charge lors de la sortie.**
5. **Promouvoir l'attractivité des professions médicales en milieu carcéral.**

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Disposer d'un état des lieux exhaustifs des moyens humains et matériels disponibles, pour s'assurer que chaque établissement de santé qui doit armer une unité sanitaire en milieu pénitentiaire dédie la totalité des crédits MIG (Mission d'intérêt général) fléchés. Ce travail passera par le renforcement du lien écoles / universités / CHU afin d'attirer des stagiaires en milieu pénitentiaire pour pourvoir les postes vacants.
- Garantir une équité de réponse territoriale améliorant la graduation des soins par un recours aux 3 niveaux de prise en charge et en systématisant au détenu un rendez-vous médical avant sa sortie de prison articulé avec l'offre ambulatoire du territoire. Il s'agira également en prison de favoriser la prévention et la promotion de la santé en se concentrant sur la santé mentale, les réductions des addictions et la prévention du suicide en prison.
- Poursuivre la construction du partenariat entre les établissements de santé, l'administration pénitentiaire, l'ARS et la protection judiciaire de la jeunesse.

4.1.4 Garantir l'accès aux soins non programmés et aux urgences

Depuis une vingtaine d'années, la France est confrontée à une hausse ininterrompue de la fréquentation des services hospitaliers d'accueil des urgences en inadéquation avec les besoins médicaux réels des patients, aboutissant à une embolisation de ces services, avec des temps d'attente de prise en charge de plus en plus longs et ayant de fait des répercussions sur l'aval, à savoir les services d'hospitalisation ou les structures médico-sociales.

En Auvergne-Rhône-Alpes, le nombre de passages dans les Services d'accueil des urgences (SAU), suivis ou non d'hospitalisation a évolué de +2 % entre 2018 et 2022 (+50 000). Parmi ces passages, 70 % relèvent de la Classification commune de médecine d'urgence (CCMU) 1 et 2, relevant donc davantage de soins non programmés que de soins nécessitant le recours à un SAU.

Cette demande de soins non programmés peut être définie comme une consultation ou un acte de médecine générale sans rendez-vous, répondant à une **« urgence ressentie,** *mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil et des urgences* ». (définition issue du rapport Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires, rapport de Thomas Mesnier, mai 2018)

Cette orientation inadéquate vers des services d'urgence s'explique en partie par un défaut d'information des usagers sur la conduite à tenir en fonction des différents symptômes mais aussi et surtout de difficultés d'accès à un professionnel de santé ou à un médecin traitant, dans le contexte de démographie médicale défavorable.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes avait déjà défini des orientations fortes dans le précédent schéma régional de santé, qui ont été depuis confortées par le pacte de refondation des urgences et le plan « Ma Santé 2022 » :

- Accompagner le développement de structures de soins non programmées par transformation de services d'urgences.
- Déployer des dispositifs qui limitent le recours aux services d'urgences.
- Accompagner les établissements dans les mesures organisationnelles destinées à réduire les délais d'attente et de prise en charge.
- Améliorer le maillage du territoire et l'organisation des transports.

En dehors des horaires de journée ou du samedi matin et les jours fériés, est organisée sur chaque territoire une **Permanence des soins ambulatoires** (PDSA) qui a pour objectif de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux. Les demandes des usagers sont traitées par des régulateurs de médecine générale exerçant au sein de centres 15. Si leur état de santé le nécessite, ils peuvent être orientés vers des lieux de consultation comme les Maisons médicales de garde (MMG).

Par ailleurs, depuis 2021 a été expérimenté à l'échelle nationale et dans 3 départements de la région (Isère, Rhône et Savoie) un nouveau service d'orientation de la population dans son parcours de soins : le Service d'accès aux soins (SAS). Il s'agit d'un service qui permet à un patient de disposer d'une régulation médicale en réponse à une demande de soins urgents (SAMU) ou de soins non programmés en médecine générale (lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible dans un délai de 48 h).

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Pour l'offre de Soins non programmés (SNP) proposée en dehors des horaires de journée, un cahier des charges de la PDSA, arrêté par le Directeur général de l'ARS, définit les grands principes régionaux actés collectivement entre toutes les parties prenantes de la PDSA. Une annexe départementale de ce cahier des charges permet d'avoir de la visibilité sur l'offre de PDSA existante : découpage du territoire départemental en secteur de garde, nombre de médecins généralistes de garde, nombre de régulateurs de médecine générale en fonction des horaires, etc. Afin d'adapter l'offre de PDSA aux réalités de terrain, une révision du cahier des charges est organisée tous les 18 mois suite à des négociations entre l'ARS, l'URPS médecins libéraux et le Conseil régional ordre des médecins. La mise en place en complémentarité des premiers Services d'accès aux soins (SAS), fondée sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière mobilise de nouveaux médecins pour assurer en journée et donc, plus seulement en horaires PDSA, une régulation médicale. A la fin de l'année 2022, 5 SAS sont opérationnels dans la région, chaque département sera couvert par un SAS d'ici début 2024.

Durant la période du précédent schéma régional de santé, de nombreuses actions ont été mises en place pour limiter le recours systématique aux urgences et apporter d'autres types de réponse aux patients :

- Soutien financier pour le fonctionnement de plus de 50 Maisons médicales de garde (MMG).
- Développement et accompagnement des projets de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- Accompagnement et soutien financier pour le fonctionnement et l'investissement des différents Services d'accès aux soins (SAS).
- Appui à l'offre organisée par des centres de soins non programmés selon 2 typologies : des centres de soins non programmés issus de la transformation de services d'urgence et des centres de soins non programmés issus d'une restructuration de la médecine de ville.
- Mise en œuvre du cahier régional des charges de la garde ambulancière pour fluidifier les transports de patients sur régulation des SAMU-Centre 15.
- Aide à l'investissement en équipements spécifiques (radiologie, échographie, etc.) des cabinets de montagne par le lancement d'un appel à projet. Ces plateaux techniques sont nécessaires à la prise en charge optimale des soins de traumatologie et évitent dans 95 % des cas le recours aux services hospitaliers.
- Amélioration continue de la prise en charge des personnes âgées aux urgences par le biais du programme EHPUR permettant d'optimiser le recours aux urgences et de privilégier la prise en charge des résidents dans leur lieu de vie.

Objectifs

1. **Poursuivre la consolidation du maillage territorial.**
2. **Poursuivre la mise en œuvre des dispositifs évitant le recours aux urgences dans les établissements médico-sociaux notamment dans les EHPAD.**
3. **Renforcer l'organisation des transports sanitaires urgents.**

4.1.5 Accompagner l'offre de biologie médicale sur le territoire

Les laboratoires de biologie médicale (LBM) sont exploités essentiellement par des structures privées et par des structures hospitalières. En Auvergne-Rhône-Alpes, fin décembre 2022, 58 entités juridiques privées et hospitalières exploitent 475 sites. La répartition égale entre entités juridiques privées et hospitalières témoigne de la poursuite de la concentration des structures privées qui s'est opérée depuis la réforme de la biologie médicale

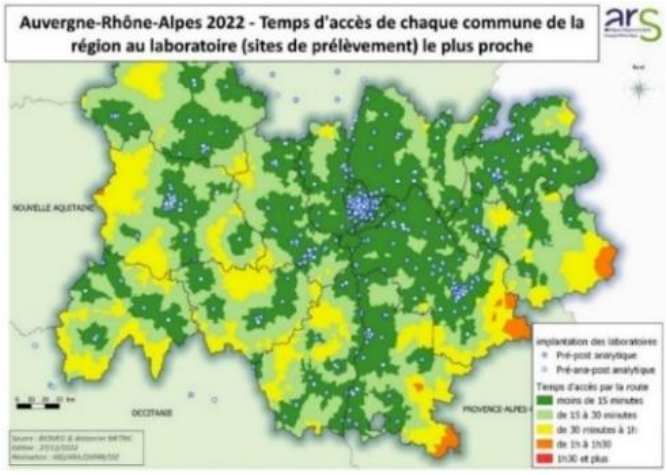
de 2013 et depuis le nouveau zonage de biologie arrêté lors du précédent SRS (39 entités juridiques privées en 2017 contre 29 à fin 2022). En revanche, le nombre de structures hospitalières (29) relativement stable depuis 2017 illustre la faible dynamique de recomposition de l'offre dans ce secteur.

En termes de sites, la répartition est très différente, puisqu'environ 90 % des sites sont exploités par les laboratoires privés, marquant ainsi la forte présence de ces acteurs dans l'offre de biologie médicale à ce jour.

Si la densité moyenne régionale en sites se situe autour 5,9 pour 100 000 habitants, il existe toutefois des disparités entre les différentes zones et départements de la région.

Ainsi, la zone Clermont-Ferrand / Saint-Etienne présente une densité inférieure, avec quelques départements nettement sous-denses comme la Haute-Loire, la Loire et le Cantal. L'Allier (6.85) quant à lui est sur-doté par rapport à la moyenne régionale.

A l'inverse, les 2 autres zones « Lyon » et « Grenoble » présentent une densité supérieure à la moyenne régionale. Le département de l'Ain présente une densité faible (4.75), alors que les départements de l'Ardèche (6.4), du Rhône (7.20) et de la Haute-Savoie (6.54) ont une densité supérieure à la moyenne.



En termes d'accessibilité, sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes, plus de 98 % de la population continue de se situer à moins de 30 minutes d'un site de prélèvement d'un laboratoire de biologie médicale.

Près de 85 % peut accéder à un site de prélèvements en moins de 15 minutes.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

L'offre de biologie médicale peut donc être considérée comme satisfaisante en termes de maillage et d'accessibilité, et doit être préservée.

Évolution de la biologie médicale

Démographie des professionnels : des facteurs de fragilité sont observés dans le secteur libéral comme hospitalier en termes de démographie des professionnels : pour le remplacement des départs en retraite des biologistes, mais également sur les ressources en techniciens de laboratoire, l'exercice en zone peu peuplée et les contraintes qui y sont liées n'étant pas des facteurs attractifs.

Accréditation : l'article 23 de la loi du 17 juin 2020 et l'arrêté du 16 juillet 2020 définissant le cadre de l'accréditation ont redéfini les modalités d'accréditation des LBM. Au sens de l'article L.6221-1 du CSP, un laboratoire est désormais considéré comme accrédité sur la totalité de son activité lorsque l'ensemble des lignes de portée qu'il réalise est accrédité, et non plus lorsque l'ensemble des examens réalisés est accrédité.

Cet assouplissement des conditions d'accréditation fait que de nombreux LBM répondent à cette exigence d'accréditation totale. Dès lors, ils bénéficient du régime déclaratif qui remplace le régime d'autorisation, et peuvent ouvrir des sites supplémentaires. Il convient d'exercer une vigilance sur ces ouvertures de site, mais également sur les conséquences des nouvelles modalités d'accréditation sur le développement de nouvelles activités des LBM.

Biologie délocalisée : la Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2023 ouvre la porte à l'essor des examens de biologie délocalisée (EMBD). Cette forme de biologie qui se caractérise par la réalisation de la phase analytique de l'examen en dehors du laboratoire de biologie médicale par du personnel autorisé et dans des lieux autorisés, peut s'avérer ponctuellement justifiée et pertinente dans certains cas. Mais une vigilance toute particulière doit être apportée pour qu'elle reste encadrée afin de garantir un niveau élevé de qualité. Les textes d'application ne sont pas encore publiés, mais il conviendra de veiller à ce que l'usage de la biologie délocalisée réponde avant tout à des besoins du territoire, ce qui nécessite d'évaluer sa pertinence en termes d'acte et de places dans les parcours de santé.

Ségur du numérique : pour les laboratoires de biologie médicale, le Ségur du numérique implique de s'équiper de logiciels compatibles avec Mon espace santé, et se mettre ainsi en conformité avec leurs obligations réglementaires tout en partageant en toute sécurité leurs résultats avec les professionnels de santé et leurs patients. C'est un enjeu important pour rattraper le retard national sur le partage des données de santé.

Objectifs

1. **Réguler les ouvertures de sites et de laboratoires en favorisant les installations dans les zones les moins denses.**
2. **Inciter au développement de coopérations hospitalières intra et/ou inter-GHT.**
3. **Accompagner le développement de la biologie délocalisée.**
4. **Améliorer l'attractivité de la biologie médicale et veiller aux ressources en professionnels.**

Concrètement :

Réguler les ouvertures de sites et de laboratoires en favorisant les installations dans les zones les moins denses.

Le Directeur général de l'ARS peut s'opposer à l'ouverture d'un Laboratoire de biologie médicale (LBM) ou d'un site de LBM dans le cas où elle aurait pour effet de porter l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional de santé (art. L.6222-2 du code de la santé publique).

Les besoins de la population sont fixés au plus près de la consommation actuelle. Ils sont par conséquent définis en nombre d'examens réalisés à partir de prélèvements effectués sur une zone. Les besoins de la population de la région Auvergne-Rhône-Alpes, définis sur la base de l'activité des laboratoires réalisée en 2021, corrigée de la conjoncture Covid* sont les suivants :

Zone	Besoins 2017 Nb examens prélevés / hab. 2017	Besoins 2021 Nb examens prélevés / hab. 2021	Seuil d'intervention de l'ARS (Besoins + 25 %)
C.Fd / St-Etienne	19	19.8	24.7
Lyon	16.3	18.5	23.1
Grenoble	15.3	17.3	21.6
Région ARA	**16.8**	**18.5**	**23.1**

Lorsque le seuil d'intervention de l'ARS sera atteint sur une zone, il pourra être proposé au LBM souhaitant ouvrir un site supplémentaire de le faire dans les zones identifiées comme sous-denses.

Inciter au développement de coopérations hospitalières intra et/ou inter-GHT.

Bien que la réorganisation de la biologie devait s'opérer avec la mise en place des Groupements hospitaliers de territoires (GHT), la crise Covid-19 a freiné la mise en place de ces coopérations dans certains territoires et les organisations donnent des signes de faiblesses notamment en termes de ressources en biologistes.

Ceci passe par :

- l'incitation des établissements à réactiver le volet biologie des Projets médicaux partagés de 2e génération,
- l'accompagnement des GHT dans leurs besoins de réorganisations territoriales de la biologie médicale.

Accompagner le développement de la biologie délocalisée

Dans le respect des dispositions réglementaires qui doivent paraitre, au travers de :

- l'encadrement du recours à la biologie délocalisée en fonction des besoins territoriaux tout en respectant les exigences réglementaires et de qualité.
- l'information auprès des différents professionnels de santé sur ce qu'est la biologie délocalisée.

Améliorer l'attractivité de la biologie médicale et veiller aux ressources en professionnels

Les actions à mener dépassent largement l'échelle régional, le renouvellement des professionnels étant un sujet d'inquiétude de l'ensemble des professions de santé au niveau national. D'envergure nationale, cette problématique de santé publique amène l'Agence à s'engager pour :

- Renforcer la place du biologiste dans les parcours de soins et les exercices coordonnés.
- Assurer une communication et une promotion des métiers de la biologie médicale auprès des étudiants.
- Améliorer l'adéquation entre le nombre de biologistes médicaux formés et le nombre de départs en retraite.
- Définir, agréer, et proposer des terrains de stage diversifiés dans les zones les moins attractives (stages couplés publics/privés par exemple).
- Augmenter le nombre de centres de formation des préleveurs.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Encadrer le recours à la biologie délocalisée : pertinence, conséquence sur le maillage.
- Veiller aux ressources en professionnels et l'impact sur les organisations.
- Veiller à la place des biologistes et d'une biologie innovante dans les parcours de soins.

4.1.6 Soutenir et organiser la coopération transfrontalière

La coopération transfrontalière s'inscrit dans les Projets régionaux de santé (PRS) portés par les ARS dès lors que celle-ci se situe pour tout ou partie en territoire frontalier et qu'un accord-cadre lie les pays concernés en matière de santé.

A cet égard, l'article 182 de la loi 3DS (différenciation, décentralisation, déconcentration), du 21 fév. 2022, introduit dans son deuxième alinéa que le PRS « 7° Comporte, le cas échéant, un volet consacré à la mise en œuvre des accords internationaux de coopération sanitaire applicables dans les territoires et collectivités mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 1434-2, qui porte notamment sur l'organisation de la continuité des soins, l'accès aux soins urgents ainsi que sur la coordination en cas de crise sanitaire, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent et du directeur général de l'Agence régionale de santé ».

La coopération franco-suisse se traduit notamment par l'accord-cadre du 27 sept. 2016 et son décret n° 2019-1319 du 9 déc. 2019 portant publication de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière entre le Gouvernement de la République française et le Conseil fédéral suisse signé à Paris le 27 sept. 2016, et de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg sur la coopération sanitaire transfrontalière signé à Luxembourg le 21 nov. 2016.

Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, le périmètre géographique concerné est celui des départements de l'Ain et de la Haute-Savoie et pour la partie Suisse des cantons de Genève et de Vaud.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La situation des départements de l'Ain, notamment le pays Bellegardien et le pays de Gex ainsi que de la Haute-Savoie est particulièrement préoccupante quant à l'attrition en personnels de santé et plus spécifiquement à l'installation de certains d'entre eux en Suisse voisine. La fragilisation de l'offre de soin fait l'objet d'inquiétudes de la part des acteurs du système de santé côté français. Les enjeux prioritaires identifiés portent sur les tensions en ressources humaines et le renforcement de l'accès aux soins.

L'ensemble des établissements français hospitaliers autant que du médico-social ressentent un déficit croissant en personnels impactant leur capacité d'accueil tout en faisant face à une augmentation de la population chaque année pour la Haute-Savoie.

Une problématique de coût du logement se pose pour les soignants dans les départements frontaliers français qui s'ajoute au manque d'attractivité plus général de ces métiers.

Une étude datée d'aout 2022 par l'Observatoire statistique transfrontalier (INSEE Auvergne-Rhône-Alpes et OCSTAT Genève et Vaud) identifie les caractéristiques et les flux des personnels français pour la Suisse ainsi que les niveaux respectifs de formation.

Extrait de l'Observatoire statistique transfrontalier – Fiche 1 (2022)

« Environ 41 000 infirmiers, sages-femmes, aides-soignants et personnel soignant intermédiaire résident dans le Territoire franco-valdo-genevois, constitué de l'Ain et de la Haute-Savoie pour la partie française, et des cantons de Genève et de Vaud pour la partie suisse.

Côté français, la grande majorité des emplois de soignants est occupée par des personnes résidant dans le même département. Côté suisse, une part importante provient de l'extérieur de chacun des cantons, notamment de l'Ain et de la Haute-Savoie. Dans ces deux départements, respectivement 10 % et 41 % des soignants résidants exercent en Suisse, manifestant un fort déséquilibre entre lieu de résidence et lieu de travail. Quelque 7 000 personnes franchissent ainsi la frontière pour travailler, en particulier vers le canton de Genève. Elles représentent une part importante de l'emploi côté suisse, constitué de 9 800 équivalents plein temps (EPT) dans le canton de Genève et de 14 900 EPT dans le canton de Vaud.

Ces flux s'accroissent sensiblement : + 175 % en 10 ans à destination du canton de Vaud depuis la France, + 65 % vers le canton de Genève.

La répartition entre infirmiers et aides-soignants est assez similaire, dans les deux cantons comme dans les deux départements. Les infirmiers résidant en France sont en revanche plus fréquemment frontaliers que les aides-soignants. Le personnel soignant est d'ailleurs dans l'ensemble plus souvent frontalier que la moyenne des travailleurs. La part de frontaliers soignants augmente avec l'âge, particulièrement en Haute-Savoie. »

Cette situation connue depuis plusieurs années semble s'être accentuée après la crise COVID. Les instances nationales et régionales se sont réunies à plusieurs reprises afin d'identifier des pistes d'actions. Pour la région, les instances sont les suivantes :

Une Commission mixte sur la coopération sanitaire franco-suisse est mise en place conformément à l'article 7 de l'Accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière franco-suisse. Elle s'est réunit pour la première fois le 15 déc. 2022.

L'objectif de la réunion, outre l'installation de la Commission mixte, consiste à déterminer collectivement une méthode et un calendrier de travail pour les régions Grand Est, Bourgogne Franche Comté et Auvergne Rhône Alpes.

Les instances régionales en Auvergne-Rhône-Alpes visent à animer et coordonner les travaux liés à la coopération transfrontalière.

Le Comité régional franco-valdo-genevois (CRFG) a pour missions de définir les orientations stratégiques du développement de l'espace de vie transfrontalier franco-valdo-genevois, de donner les impulsions nécessaires à la réalisation de projets d'intérêt commun et d'arbitrer les questions de voisinage. Il peut traiter tous les dossiers transfrontaliers de ses membres, ainsi que les sujets d'actualité nationale et régionale.

La Commission santé du CRFG est composée d'élus et d'experts. Ils organisent leurs travaux autour de projets ou de problématiques dont ils ont l'initiative ou pour lesquels ils sont sollicités. Cette instance est co-présidée par le Conseiller d'Etat du canton de Genève en charge de la santé et le Directeur général de l'ARS. Les autres représentants sont la CPAM 74, une représentation des élus du conseil régional et des Conseils départementaux, une représentation des élus locaux et EPCI français, la Préfecture de région au travers du SGAR, les Préfectures de Haute-Savoie et de l'Ain, la direction générale de la santé genevoise.

Comité technique santé transfrontalier : à la lumière des constats réalisés par la Commission santé du CRFG, il est apparu qu'une instance de « travail opérationnel » était nécessaire. Aussi, lors la Commission santé du 6 sept. 2022, il a été décidé la création d'un comité technique transfrontalier placé sous l'égide opérationnelle de l'ARS et de la Direction générale de la santé genevoise pour les cantons de Genève et de Vaud. Afin de répondre à cette commande, le premier Comité technique santé transfrontalier s'est réuni le 14 déc. 2022 à Annecy.

Une feuille de route a donc été tracée afin d'entamer des travaux opérationnels sur 4 axes prioritaires partagés :

- Mise en œuvre de conventions transfrontalières ;
- Proposition d'une Charte ou lettre d'intention ;
- Relance d'un observatoire avec suivi réactif et au fil de l'eau d'indicateurs utiles ;
- Suivi et anticipation des formations.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Les travaux des prochaines années visent à des avancées partagées et coordonnées afin de permettre de répondre au mieux à l'évolution de la démographie locale, aux demandes de la population par l'écoute des élus et des usagers ainsi qu'à la recherche d'un parcours de soin adapté pour les habitants transfrontaliers.

Ils devront également intégrer des travaux sur une meilleure organisation des flux des professionnels de santé entre la France et la Suisse. Celle-ci peut intégrer de nombreux leviers notamment autour des questions de formation.

Enfin, l'objectif est de poursuivre les efforts engagés vers un suivi réactif de l'évolution de la situation par un observatoire dont les études permettront d'éclairer les décisions opérationnelles à soumettre aux instances pour une mise en œuvre adaptée par les différents partenaires.

4.2 GARANTIR LA CONTINUITE DES PRISES EN CHARGE PAR L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

- La permanence des soins en établissements de santé (PDSES) organise dans le cadre du Schéma Régional de Santé (SRS) des Agences Régionales de Santé (ARS), la prise en charge médicale non programmée des patients nouvellement hospitalisés (« nouveaux patients ») dans un établissement de santé la nuit, le week-end à partir du samedi après-midi et les jours fériés. Elle repose sur la mise en œuvre par les établissements de santé des gardes et astreintes assurées par les praticiens de différentes spécialités.

- Il est rappelé que le schéma de PDSES est révisable annuellement, ce qui est une spécificité de ce volet du SRS. Ces modalités de révisions permettront notamment de prendre en compte d'éventuels ajustements nécessaires à l'issue de la période de publication des appels à candidatures.

4.2.1 Définition et périmètre

La PDSES s'applique aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Les activités liées aux autorisations de médecine d'urgence ne sont pas concernées (financement spécifique structures d'urgences et SMUR), hormis le cas particulier des ES à but lucratif (la rémunération des médecins libéraux n'étant pas incluse dans le financement dotation populationnelle). De même la psychiatrie ou l'activité de prélèvement ou de greffes d'organes bénéficient de financements dédiés.

La PDSES concerne la séniorisation de la prise en charge et n'inclut pas les gardes des internes. La PDSES et la continuité des soins sont deux concepts distincts. La PDSES concerne l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients en dehors des heures normales de service, notamment la nuit, les week-ends et les jours fériés. Elle est spécifiquement destinée aux nouveaux patients ayant besoin de soins immédiats.

La PDSES est liée à une reconnaissance dans le cadre du Schéma Régional de Santé. Elle est aussi une déclinaison du SRS dans la mesure où celui-ci identifie sur la base du diagnostic défini à l'article R. 1434-4, les besoins de la population et fixe des objectifs, pour les zones définies au 2° de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Certaines activités de soins dont le nombre est défini par les OQOS du SRS par zone de santé portent dans leur décret d'activité des obligations d'organisation de la PDSES par le titulaire de l'autorisation (PDSES dite réglementée).

La PDSES inscrite au SRS relève d'une mission de service public depuis la loi HPST de 2009.

Pour autant les établissements étant autonomes, ceux-ci sont libres d'organiser et de financer des lignes de gardes ou astreintes qu'ils jugent nécessaires à leur bon fonctionnement interne, notamment au titre de la continuité des soins. Ces lignes n'apparaissant pas dans le Schéma Régional de Santé de PDSES de l'ARS.

Le financement du schéma régional de la PDSES est assuré par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) en complément du financement à l'activité. L'enveloppe FIR dépend comme chaque année du montant de l'ONDAM voté en LFSS.

4.2.2 Cadre réglementaire

La mise en œuvre de la PDSES est encadrée par les articles L 6111-1-3, R 1434 et suivants et 6111-41 et suivants du code de la santé publique. Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans, au terme de la procédure prévue à l'article R. 1434-1 et peut être révisé, le cas échéant, tous les ans. Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, les zones de santé ont été définies par l'arrêté n°2024-17-0106 en date du 20 mars 2024. Elles s'imposent pour la définition de la PDSES.

Différents niveaux de normes font la construction du SRS de PDSES :

Les textes législatifs et règlementaires, y compris les nouveaux régimes d'autorisations de soins.

Les OQOS du nouveau SRS 2023-2028.

Les activités soumises à autorisation prévoyant une organisation de la PDSES par le titulaire de l'autorisation.

Les activités soumises à autorisation n'impliquant pas obligatoirement une organisation de la PDSES par le titulaire d'autorisation dans les CTF, mais dont l'organisation territoriale est indispensable pour la couverture des besoins populationnels et le bon fonctionnement de structures d'urgences (exemple : chirurgie, imagerie).

Les lignes non réglementées : activités ou spécialités médicales ne bénéficiant pas de textes spécifiques mais dont l'organisation de lignes de PDSES peut être pertinente au regard de besoins régionaux spécifiques.

Art R6111-41 du CSP : « Le DG ARS arrête, dans le cadre du SRS, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins […] il est opposable aux ES et autres titulaires d'autorisations d'activité et d'EML, ainsi qu'aux ES et services qui sollicitent de telles autorisations ».

Art L3122-7 du CSP : dispose que la délivrance de l'autorisation peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique et de l'organisation de la PDSES.

Le cadre législatif : Loi « Valletoux » du 27 Décembre 2023 Art L6111-1-3 :« Les ES sont responsables collectivement de la PDSES dans le cadre de la mise en œuvre du SRS et de l'organisation territoriale de la PDSES ».

Art R. 6111-42 : Après chaque publication du volet relatif à la permanence des soins du schéma régional de santé, le DGARS procède à un appel à candidature (…).

Un arrêté du 6 mai 2025 a fixé le contenu minimal des appels à candidatures pour la permanence des soins en établissements de santé

Dans le cas où il n'existe qu'une unique structure dans la zone de santé dotés des autorisations (…) le DGARS peut, après avoir consulté cette structure, lui attribuer les implantations associées sans avoir à procéder à un appel à candidature.

Art. R 6111-43 du CSP : Plusieurs structures peuvent répondre de manière conjointe à l'appel à candidature.

Art R 6111-47 du CSP : En cas de carence constatée, le DGARS réunit les structures (…) ainsi que les professionnels de santé exerçant en leur sein (…) Lorsque cette réunion n'a pas permis de pourvoir à l'ensemble des besoins de la PDSES, le DGARS peut désigner une ou plusieurs structures pour assurer la permanence des soins pour les spécialités concernées ou y contribuer.

4.2.3 Démarche d'élaboration du schéma cible de PDSES

Le rapport IGAS de 2023 comporte un bilan national de la PDSES et fait les constats suivants :

- Des difficultés d'évaluation de la PDSES et un manque de données.
- Des « évolutions sociétales, enjeux démographiques et besoin de se prémunir contre les risques d'une mobilisation surabondante de ressources médicales ».
- De « nombreux exemples d'organisations fragiles, parfois de manière structurelle »,
- « Le poids croissant de la contrainte démographique qui impose, plus que jamais la définition par le schéma cible de l'organisation nécessaire et suffisante à viser dans chaque région et pour chaque territoire ».
- Concernant les spécialités médicales : 4 spécialités concentrent 66% des lignes de garde (anesthésie –réanimation, soins critiques, cardiologie, gynéco-obstétrique). Pour les astreintes une répartition plus équilibrée mais avec une représentation importante des spécialités chirurgicales.
- La mise en place variable d'organisations partagées dans les territoires tel que le partage de lignes entre plusieurs structures (PDSES alternée) ou la mutualisation des ressources (PDSES mutualisée).

L'ARS ARA a spécifiquement dressé un bilan du schéma régional 2018-2023. Ce bilan a pu confronter l'allocation budgétaire à la réalité de terrain, évaluer les besoins dans chaque territoire.

- La région comptabilise 245,5 G et 582,6 A financées. 11 % des G et 21 % des A sont assurés par des établissements privés. La chirurgie représente 40% des lignes, suivie de près par la médecine avec 36%. Les autres secteurs couverts comprennent la maternité (10%), l'imagerie médicale (9%) et la psychiatrie (5%).

- Une évaluation spécifique a été menée des lignes qui étaient fléchées dans le précédent schéma comme pouvant être mutualisées (urologie dans certains territoires). Le bilan est contrasté avec une effectivité très dépendante des capacités de coopération des acteurs et soumise aux aléas de la démographie médicale dans certains territoires fragiles.

- Quelques suppressions de lignes ont eu lieu à la suite de la cessation de certaines activités par quelques ES ou du fait de regroupement d'activités. A l'inverse des créations de lignes ont eu lieu pour répondre à de nouvelles autorisations visant à mailler le territoire

Une enquête nationale sur la PDSES et la continuité des soins a été réalisée de mars à avril 2024 et publiée en janvier 2025. Les résultats provisoires de restitution régionale ont pu être utilisés dans la démarche d'élaboration du nouveau schéma régional. Cette enquête a mobilisé de façon importante les ES avec un taux de réponse national comme régional important. L'interprétation des résultats est limitée par une variabilité de la qualité des données.

Le rapport national fait notamment le constat que les lignes partagées sont une organisation faiblement mobilisée (521 lignes soit environ 5%). Les données de l'enquête établissent la répartition suivante : parmi les lignes recensées 69% sont mises en place dans le secteur public, 8% dans le secteur privé non lucratif et 23% dans le secteur privé lucratif. En prenant en considération uniquement les prises en charge de patients relevant de la permanence des soins, le secteur public a pris en charge pendant la période de l'enquête 83 % de l'activité de permanence des soins, le secteur privé non lucratif 5% et le secteur privé lucratif 12%.

Les volumes d'activité par ligne sont variables d'un groupe de spécialité à l'autre allant de 9 prises en charge par semaine et par ligne pour l'activité interventionnelle à 78 pour les soins critiques/USC.

Un retraitement régional des données de l'enquête a été fourni par la DGOS : les ES ayant répondu à l'enquête ont déclaré 1140 lignes de PDSES/continuité, dont 287 gardes 752 astreintes et 43 lignes mixtes. 7320 praticiens de plein exercice ont été déclarés (2887 sur des gardes, 4002 sur des astreintes et 292 sur des lignes mixtes). L'effectif moyen est de 11.1 sur les lignes de garde et de 5.6 sur les lignes d'astreinte. 62 activités de soins ou spécialités médicales différentes ont été déclarées par les ES. Seulement 7 activités n'étaient pas couvertes par le précèdent schéma de PDSES en ARA (endocrinologie, odontologie, pharmacie, biologie…).

Pour la région ARA, environ 60% des lignes déclarées dans cette enquête (incluant la continuité) faisaient l'objet d'une inscription au schéma de PDSES avec un financement au moins partiel. Il est probable qu'une partie des lignes déclarées par les ES répondaient plus à un besoin de structuration interne à l'ES qu'à une réponse territoriale structurée et organisée sous forme de mission de service public.

L'ANAP a publié en février 2025 une fiche pratique et une série d'outils pour la mise en place de permanence des soins partagée, venant compléter l'ensemble des éléments de la réforme de la PDSES.

Un groupe de travail d'experts régionaux regroupant médecins et représentants des directions d'ES désigné par les fédérations, URPS médecins et CHU a été constitué dans la phase d'élaboration du nouveau SRS PDSES. Les membres étaient représentatifs de la diversité des structures et des territoires de la région.

Ce groupe de travail, s'est réuni d'octobre à décembre 2024 à quatre reprises. Il a abordé l'ensemble des aspects du nouveau cadre de la PDSES (nouveaux textes, enjeux démographiques et territoriaux, identification des priorités)

Concernant les lignes réglementées les vastes réformes d'activité de soins en particulier de soins critiques et de cardiologie conduisent à inscrire des nouvelles lignes au schéma de PDSES réglementées, à augmenter le nombre de lignes selon l'apparition de nouvelles mentions ou à devoir transférer des lignes existantes dans le précédent schéma mais non règlementées dans l'ensemble des lignes réglementées. Les propositions de l'ARS au groupe de travail ont tenu compte de la réalité des situations existantes et sont parfois mieux disantes par rapport à la stricte application des textes.

Pour les lignes de PDSES non réglementées les principes régionaux ont été entièrement revus avec les membres du groupe de travail pour être conformes à

des procédures d'appel à candidature. Le besoin populationnel a été basé sur l'existant du précédent schéma qui avait fait ses preuves, adapté aux populations des zones de santé concernées pour veiller à l'équité territoriale (indice des lignes / 100000 habitants), en tenant compte de l'activité d'urgence des ES des zones (3 seuils RPU < 25000, RPU entre 25000 et 50000, RPU > 50000) et en vérifiant les données déclarées par les ES dans l'enquête nationale. Une gradation territoriale des activités a été proposée au regard de la proximité, du recours zonal, ou régional tout en tenant compte du maillage territorial en ES et en structures d'urgence. Certaines activités autrefois inscrites peuvent faire l'objet d'une intégration dans des réformes de financements (urgences, psychiatrie et ne peuvent faire l'objet d'un double financement), ou faire l'objet d'une harmonisation nationale (continuité versus PDSES). L'ajout d'astreintes au schéma a été proposé quand les indices populationnels étaient en écart manifeste (exemple 1 seule ligne d'astreinte d'ophtalmologie dans le Rhône indice pop =0,04 versus 0.25 en moyenne : rajout de 2 lignes d'astreinte) et dans un cas réduit (8.7 astreintes dans une spécialité dans le Rhône versus 1 à 3 dans les autres territoires). Certaines activités de recours régional font l'objet d'un tableau régional (incluant toutes les zones).

4.2.4 Mise en œuvre de la PDSES

Implantations

Les besoins en implantations en nombre de lignes sont déclinés par spécialités et par zone définies. Pour les activités règlementées les critères d'éligibilité sont fixes et donc les établissements cibles sont connus par avance selon les autorisations délivrées.

Concernant les activités non règlementées une procédure d'appel à candidature par spécialité et/ ou groupe de spécialités sera mise en place afin que les établissements en ayant les capacités (humaines, matérielles, financières…) puissent se positionner sur les activités.

Si le DG ARS constate des carences dans la couverture des besoins du territoire, il réunit les différents ES et les représentants des professionnels de santé exerçant en leur sein, les invite à répondre aux nécessités d'organisation collective de la PDSES et recueille leurs observations. En cas de carences persistantes, il peut désigner les ES chargés d'assurer la PDSES ou d'y contribuer.

Enjeux de la réorganisation de la PDSES

- Une mission de service public pour les territoires avec une permanence 24h/24h et 365j/365.
- Une réponse territoriale structurée des différents acteurs.
- Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge en assurant une séniorisation des prises en charge uniforme sur le territoire régional.
- Une obligation de mise en œuvre par les ES selon le niveau de PDSES attendu (garde/astreinte).
- Assurer une offre et des tarifs opposables sans reste à charge pour le patient.
- Améliorer l'efficience de la PDSES en l'adaptant selon les besoins de chaque territoire tout en tenant compte de la réalité des ressources et de la démographie médicale, de la soutenabilité et de la pénibilité de la PDSES.
- Prendre en compte les nouvelles modalités d'organisation notamment en télémédecine et téléimagerie.
- Répartir les contraintes d'exercice entre les différents secteurs.
- Un financement prioritaire des lignes réglementées.

Evaluation

Dans l'attente de la mise en place des indicateurs PMSI préconisés par la mission IGAS, une évaluation de l'organisation de la PDSES sera réalisée annuellement en reprenant quelques indicateurs utilisés dans l'enquête nationale, qui sont disponibles dans les ES : personnels assurant la ligne : nombre de praticiens exerçant la spécialité dans l'établissement, nombre de praticiens de cette spécialité participant à la PDSES, nombre et statut des praticiens participant à chaque ligne. Cette évaluation permettra une adaptation du schéma si nécessaire. Il est proposé la transmission simplifiée des indicateurs par tout détenteur d'au moins une ligne de PDSES.

L'engagement dans cette mission de service public sera inscrit dans le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de chaque établissement de santé

• Organisation de la PDSES (principes régionaux)

Tenant compte de cette vision territoriale de l'offre et à partir des données factuelles d'activité, les principes généraux du nouveau schéma de PDSES ont été établis dans une logique de lisibilité, de transparence, d'équité territoriale et de cohérence dans la déclinaison du schéma sur les différents territoires et entre les différents établissements.

L'adaptation aux spécificités territoriales a été également prise en compte en considérant les conditions d'isolement et de disponibilité des équipes. Un résumé des principes est proposé dans le tableau ci-dessous, il reprend comme socle les textes opposables et les propositions faites au sein du groupe de travail.

Tableau n°1 : Orientations régionales concernant la permanence des soins en établissement sanitaire

Activités ou spécialités médicales dont la PDSES est réglementée	Orientations régionales (Bases : textes réglementaires et/ou consensus issu du groupe de travail d'experts) (A : Astreinte G : Garde)
Neurochirurgie adulte	1A par site autorisé
Neurochirurgie pédiatrique	1A commune avec neurochirurgie adulte sauf si activité d'un site dédié le justifie
Neuroradiologie interventionnelle	1A par site autorisé
Radiologie interventionnelle	1A par site autorisé en mention D (mutualisation ou alternance possible sur le Rhône)
Chirurgie cardiaque adulte et pédiatrique	1A par site autorisé
Anesthésie de chirurgie cardiaque adulte	1A par site autorisé
Chirurgie cardiaque pédiatrique	1 A en recours régional peut être identifiée en plus de l'A adulte sur un site autorisé à la chirurgie cardiaque pédiatrique si l'activité le justifie
CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	
Coronarographie	1A par site autorisé
Rythmologie mention A	1A de cardio si mention A, sauf si USIC sur site alors 1G mutualisée avec USIC
Rythmologie mention B	1A de rythmologie par site autorisé si ressources médicales suffisantes (sinon garde mutualisée avec USIC)
Rythmologie mention C	1A de rythmologie par site autorisé
Rythmologie mention D	1A de rythmologie par site autorisé
Cardiopathies congénitales mention A	1A par site autorisé (1 seule ligne mutualisée ou alternée possible pour le Rhône)
Cardiopathies congénitales mention B	1A par site autorisé (1 seule ligne pour le Rhône)
MATERNITE	
Gynécologie obstétrique	1A < 1500 naissances ; 1G > 1500 naissances + 1A > 3000 naissances
Anesthésie de maternité (dédiée ou non)	1A < 1500 naissances sans SU ; 1G > 1500 naissances ; 1G dédiée pour unité d'obstétrique > 2000 naissances
Pédiatrie de maternité	1A < 1500 naissances ou maternité de niveau 1/2A ; 1G > 1500 naissances ou N2B/3

Réanimation néonatale	1G de réanimation +1A de réanimation de l'autre spécialité si mutualisation ped-néonat. 1G si réa néo natale et 1 G réa pédiatrique si l'activité le justifie et l'effectif médical permet de soutenir 2 gardes.
SOINS CRITIQUES	
Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	1G de MIR/MAR dédiée à l'unité de réanimation-USIP contiguë 1G MIR/MAR supplémentaire si USIP non contiguë 1A de médecin spécialisé dans la discipline si soins intensifs de spécialité autre (néphrologie, respiratoire).
Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires »	1A de médecin MIR/MAR
Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)	1A de médecin spécialisé dans la discipline ou 1G de médecin spécialisé dans la discipline pour USIC et pour la mention A de rythmologie si existante sur site
Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)	1A de médecin spécialisé dans la discipline ou 1G de médecin spécialisé dans la discipline si autorisation en NRI sur le site
Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH)	1A de médecin spécialisé dans la discipline par site autorisé ; 1 G si effectif médical le permet et unité >8 lits.
SOINS CRITIQUES PEDIATRIQUES	
Mention 1 « réanimation pédiatrique de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	1G de réanimation pédiatrique de recours + 1G réa néonatale (cf lignes réanimation néonatale)
Mention 2 « réanimation pédiatrique et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	1G de réanimation +1A de réanimation de l'autre spécialité si mutualisation ped-néonat (cf lignes réanimation néonatale)
Mention 3 « soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »	1A d'un médecin de l'équipe de l'USIP pédiatrique polyvalent dérogatoire
Mention 4 « soins intensifs pédiatriques d'hématologie » (USIH pédiatrique)	1A d'un médecin de l'équipe d'USI hématologie pédiatrique
PDSES en structure d'urgence des ES à but lucratif	1G par ES ex-OQN si SU ou SMUR
Caisson hyperbare	1A par site autorisé
Traitement chirurgical des grands brûlés	1A de chirurgien spécialisé par site autorisé
Réanimation des grands brûlés	1 G par unité de réanimation autorisée
Activités ou spécialités médicales dont la PDSES n'est pas réglementée (L'organisation de la PDSES n'est pas obligatoirement liée à une autorisation d'activité)	**Orientations régionales des appels à candidature** (Attendus, gradation territoriale, astreinte / garde)
Chirurgie digestive et viscérale	Recours de proximité 1 ligne de PDSES couvrant chaque zone avec une structure d'urgence

	1 A à minima quand 1 SU 24/24 + bloc et HC 24 /24 1G* par zone ayant 1 SU de plus de 50 000 passages aux urgences par an (*si effectif de praticiens sénior le permet)
Chirurgie orthopédique-traumatologique **(et/ou neurochirurgie périphérique)**	Recours de proximité 1 ligne de PDSES couvrant chaque zone avec une structure d'urgence 1 A à minima quand 1 SU 24/24 + bloc et HC 24 /24
Chirurgie ophtalmologie	Recours zonal A minima 1 ligne de PDSES couvrant chaque zone de santé SRS 1A par périmètre de zone pondérée en fonction de de la population et/ou la taille du territoire
Chirurgie ORL	Recours zonal A minima 1 ligne de PDSES couvrant chaque zone de santé SRS 1A par périmètre de zone pondérée en fonction de la population et/ou taille du territoire (Mutualisation /alternance possible)
Chirurgie urologique	Recours zonal A minima 1 ligne de PDSES couvrant chaque zone de santé SRS 1A par périmètre de zone pondérée en fonction de la taille du territoire et/ou de la population (Mutualisation/ alternance possible)
Chirurgie vasculaire	Recours zonal A minima 1 ligne de PDSES couvrant chaque zone de santé SRS 1A par périmètre de zone pondérée en fonction de de la population et/ou la taille du territoire (Mutualisation /alternance possible)
Chirurgie thoracique	Recours régional 4A dans la région
Chirurgie Maxillo-Faciale	Recours régional 4A dans la région
Urgences de chirurgie de la main	Recours régional, centres disposant d'équipes spécialisées 24h/24 365j/365 7A dans la région
Chirurgie pédiatrique viscérale < 3 ans	Recours régional 6A dans la région
Chirurgie pédiatrique orthopédique < 3 ans	Recours régional 4A dans la région
Imagerie diagnostique	Recours de proximité A minima 1 ligne de PDSES couvrant chaque zone avec une structure d'urgence 24/24. L'organisation territoriale de cette permanence peut s'appuyer sur le recours à des moyens de télé radiologie et peut être commune à plusieurs sites autorisés. Les réponses territoriales coordonnées des différents acteurs et organisant une présence physique radiologique pour les examens le nécessitant seront privilégiées.

	Financement équivalent à 0,5 A si RPU < 25000, 1A si RPU entre 25000 et 50000, 1 G si RPU > 50000
Anesthésie polyvalente **-site avec maternité**	-Si 1 astreinte prévue car <1500 naissances, en cas de lignes multiples de PDSES de chirurgie ou d'interventionnel inscrites au schéma une garde mutualisée pourra être envisagée à la place de l'astreinte selon ressources médicales et activité. -Si garde pour maternité>1500 naissances : garde mutualisée (polyvalent + maternité) -Si garde dédiée à l'obstétrique car >2000 naissances et lignes de PDSES de chirurgie ou d'interventionnel : 1 G en plus
-site sans maternité et sans activités réglementées	Ligne de PDSES d'anesthésie liée à l'obtention de lignes de PDSES de chirurgie ou d'interventionnel (pas d'AAC spécifique) -Si ligne au schéma de PDSES de chirurgie de proximité (viscéral ou ortho) ou autres chirurgies, de médecine interventionnelle (HGE, endoscopie bronchique), de RI mention D ou NRI inscrite au SRS PDSES ou 1 seule ligne de recours régional : 1A si RPU<25000 ou ES sans SU. 1G si SU>50000 RPU et plusieurs lignes de PDSES chirurgie de recours 2 G si SU>50000 RPU et plusieurs lignes PDSES chirurgie de recours dont plusieurs recours régionaux
Anesthésie pédiatrique (enfant<3 ans)	Ligne de PDSES d'anesthésie liée à l'obtention de lignes de PDSES de chirurgie pédiatrique viscérale <3ans (pas d'AAC spécifique) Recours régional 6A dans la région
Infectiologie	Recours régional 4A dans la région
Pneumologie / Endoscopie interventionnelle pulmonaire	Recours régional 4A dans la région
Hépato-Gastro-Entérologie / Endoscopie interventionnelle digestive	Recours zonal 1A par périmètre de DST pondérée selon la population
Psychiatrie aux services d'urgence	Recours zonal. 1 A pour les ES à forte activité de diagnostic principal psychiatrique (PMSI) et ayant mis en place une convention avec un ESM ayant un secteur. Financement transitoire sur PDSES en attente d'intégration à la dotation populationnelle des SU
PDSES de médecine en renfort pour les structures d'urgence isolées avec mutualisation SU-SMUR	Recours de proximité. Ces lignes de PDSES visent les structures d'urgence isolées avec mutualisation SU-SMUR. 1 ou 2 A selon les territoires
Endocrinologie -diabétologie adulte - pompes à insuline-boucles fermées	Recours régional

	Ces lignes visent à couvrir la prise en charge des patients adultes avec pompes à insuline-boucles fermées 4A dans la région
Endocrinologie -diabétologie pédiatrique-pompes à insuline-boucles fermées	Recours régional Selon les compétences disponibles ces lignes pourront prendre en charge patients adultes et pédiatriques avec pompes à insuline-boucles fermées, en complémentarité des lignes adultes. 4A dans la région

Tableau n°2 : Besoins en implantation pour la zone Ain

Niveau	Périmètre	Libellés disciplines SRS 2023-2028	Astreintes 2023-2028	Gardes 2023-2028
Anesthésie			**2**	**0**
3A - Non réglementé	Anesthésie	Anesthésie polyvalente pour site sans maternité	2	0
Chirurgie			**12**	**0**
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie digestive et viscérale - Recours de proximité	4	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie orthopédique - Recours de proximité	4	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ophtalmologie - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ORL - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie urologique - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie vasculaire - Recours zonal	1	0
Imagerie			**6,5**	**0**
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (coronarographie)	2	0
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (rythmo mention B)	1	0
2B - Non réglementé	Imagerie	Imagerie diagnostique	3,5	0
Maternité			**6**	**3**
1 - Réglementé	Maternité	Gynécologie obstétrique	2	1
1 - Réglementé	Maternité	Anesthésie de maternité	2	1
1 - Réglementé	Maternité	Pédiatrie de maternité	2	1
Médecine			**4,5**	**7**
1 - Réglementé	Médecine	Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	0	2
1 - Réglementé	Médecine	Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)	0	2
1 - Réglementé	Médecine	Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)	1	0
1 - Réglementé	Médecine	Mention 3 « soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »	1	0
3A - Non réglementé	Médecine	Hépato-Gastro-Entérologie / Endoscopie interventionnelle digestive	1	0
3A - Non réglementé	Médecine	Psychiatrie aux services d'urgence	1,5	0
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES de médecins libéraux en structures d'urgence à but lucratif	0	3
Total			**31**	**10**

Tableau n°3 : Besoins en implantation pour la zone Allier / Puy-de-Dôme

Niveau	Périmètre	Libellés disciplines SRS 2023-2028	Astreintes 2023-2028	Gardes 2023-2028
Anesthésie			**4,0**	**2,0**
1 - Réglementé	Anesthésie	Anesthésie de chirurgie cardiaque adulte	1	0
3A - Non réglementé	Anesthésie	Anesthésie polyvalente pour site sans maternité	3	2
Chirurgie			**25,0**	**1,0**
1 - Réglementé	Chirurgie	Neurochirurgie adulte	1	0
1 - Réglementé	Chirurgie	Chirurgie cardiaque adulte	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie digestive et viscérale - Recours de proximité	8	1
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie orthopédique - Recours de proximité	6	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ophtalmologie - Recours zonal	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ORL - Recours zonal	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie urologique - Recours zonal	3	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie vasculaire - Recours zonal	2	0
Imagerie			**15,5**	**2,0**
1 - Réglementé	Imagerie	NRI	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Radiologie interventionnelle	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (coronarographie)	4	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention A)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention C)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention D)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (congénitale mention B)*	1	0
2B - Non réglementé	Imagerie	Imagerie diagnostique	5,5	2
Maternité			**16,0**	**7,0**
1 - Réglementé	Maternité	Gynécologie obstétrique	6	2
1 - Réglementé	Maternité	Anesthésie de maternité	5	2
1 - Réglementé	Maternité	Pédiatrie de maternité	4	3
1 - Réglementé	Maternité	Réanimation néonatale	1	0
Médecine			**18,0**	**19,0**
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*	1	9
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires »*	1	0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)*	0	5
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)*	3	1
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH)*	0	1

1 - Réglementé	Médecine	*Mention 2 « réanimation pédiatrique et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*	-	1,0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »*	1,0	-
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 4 « soins intensifs pédiatriques d'hématologie » (USIH pédiatrique)*	1,0	-
3A - Non réglementé	Médecine	Hépato-Gastro-Entérologie / Endoscopie interventionnelle digestive	4	0
3A - Non réglementé	Médecine	Psychiatrie aux services d'urgence	5	1
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES de médecine en renfort aux structures d'urgences isolées	2	0
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES des médecins libéraux en structure d'urgence à but lucratif	0	1
Total			**78,5**	**31,0**

Tableau n°4 : Besoins en implantation pour la zone Ardèche-Drôme

Niveau	Périmètre	Libellés disciplines SRS 2023-2028	Astreintes 2023-2028	Gardes 2023-2028
Anesthésie			**3,0**	**2,0**
3A - Non réglementé	Anesthésie	Anesthésie polyvalente pour site sans maternité	3	2
Chirurgie			**17,0**	**2,0**
1 - Réglementé	Chirurgie	Neurochirurgie adulte	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie digestive et viscérale - Recours de proximité	4	2
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie orthopédique - Recours de proximité	6	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ophtalmologie - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ORL - Recours zonal	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie urologique - Recours zonal	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie vasculaire - Recours zonal	1	0
Imagerie			**12,5**	**2,0**
1 - Réglementé	Imagerie	NRI	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Radiologie interventionnelle	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (coronarographie)	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention A)*	3	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention C)*	1	0
2B - Non réglementé	Imagerie	Imagerie diagnostique	5,5	2
Maternité			**6,0**	**7,0**
1 - Réglementé	Maternité	Gynécologie obstétrique	2	2
1 - Réglementé	Maternité	Anesthésie de maternité	2	2
1 - Réglementé	Maternité	Pédiatrie de maternité	2	2
1 - Réglementé	Maternité	Réanimation néonatale	0	1
Médecine			**15,5**	**10,0**
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*	0	4
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires »*	1	0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)*	0	2
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)*	1	1
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »*	1,0	-
3A - Non réglementé	Médecine	Hépato-Gastro-Entérologie / Endoscopie interventionnelle digestive	3	0

3A - Non réglementé	Médecine	Psychiatrie aux services d'urgence	5,5	2
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES de médecine en renfort aux structures d'urgences isolées	4	0
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES des médecins libéraux en structure d'urgence à but lucratif	0	1
Total			**54,0**	**23,0**

Tableau n°5 : Besoins en implantation pour la zone Cantal

Niveau	Périmètre	Libellés disciplines SRS 2023-2028	Astreintes 2023-2028	Gardes 2023-2028
Anesthésie			**1**	**0**
3A - Non réglementé	Anesthésie	Anesthésie polyvalente pour site sans maternité	1	0
Chirurgie			**8**	**0**
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie digestive et viscérale - Recours de proximité	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie orthopédique - Recours de proximité	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ophtalmologie - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ORL - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie urologique - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie vasculaire - Recours zonal	1	0
Imagerie			**4**	**0**
1 - Réglementé	Imagerie	Radiologie interventionnelle	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (coronarographie)	1	0
2B - Non réglementé	Imagerie	Imagerie diagnostique	2	0
1 - Réglementé	Maternité	Gynécologie obstétrique	2	0
1 - Réglementé	Maternité	Anesthésie de maternité	1	1
1 - Réglementé	Maternité	Pédiatrie de maternité	2	0
Médecine			**5,5**	**2**
1 - Réglementé	Médecine	Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	0	1
1 - Réglementé	Médecine	Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires »	1	0
1 - Réglementé	Médecine	Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)	0	1
1 - Réglementé	Médecine	Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)	1	0
3A - Non réglementé	Médecine	Hépato-Gastro-Entérologie / Endoscopie interventionnelle digestive	1	0
3A - Non réglementé	Médecine	Psychiatrie aux services d'urgence	1,5	0
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES de médecine en renfort aux structures d'urgences isolées	1	0
Total			**23,5**	**3**

Tableau n°6 : Besoins en implantation pour la zone Isère

Niveau	Périmètre	Libellés disciplines SRS 2023-2028	Astreintes 2023-2028	Gardes 2023-2028
Anesthésie			**1,0**	**2,0**
1 - Réglementé	Anesthésie	Anesthésie de chirurgie cardiaque adulte	1	0
3A - Non réglementé	Anesthésie	Anesthésie polyvalente pour site sans maternité	0	2
Chirurgie			**19,0**	**1,0**
1 - Réglementé	Chirurgie	Neurochirurgie adulte	1	0
1 - Réglementé	Chirurgie	Chirurgie cardiaque adulte	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie digestive et viscérale - Recours de proximité	3	1
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie orthopédique - Recours de proximité	5	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ophtalmologie - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ORL - Recours zonal	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie urologique - Recours zonal	3	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie vasculaire - Recours zonal	3	0
Imagerie			**13,0**	**1,0**
1 - Réglementé	Imagerie	NRI	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Radiologie interventionnelle	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (coronarographie)	3	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention A)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention C)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention D)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (congénitale mention B)*	1	0
2B - Non réglementé	Imagerie	Imagerie diagnostique	4	1
Maternité			**9,0**	**7,0**
1 - Réglementé	Maternité	Gynécologie obstétrique	3	2
1 - Réglementé	Maternité	Anesthésie de maternité	3	2
1 - Réglementé	Maternité	Pédiatrie de maternité	3	2
1 - Réglementé	Maternité	Réanimation néonatale	0	1
Médecine			**7,0**	**14,0**

1 - Réglementé	Médecine	*Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*	1	6
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires »*	2	0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)*	0	3
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)*	0	1
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH)*	0	1
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 1 « réanimation pédiatrique de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*	-	1,0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 4 « soins intensifs pédiatriques d'hématologie » (USIH pédiatrique)*	1,0	-
3A - Non réglementé	Médecine	Hépato-Gastro-Entérologie / Endoscopie interventionnelle digestive	2	0
3A - Non réglementé	Médecine	Psychiatrie aux services d'urgence	1	1
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES des médecins libéraux en structure d'urgence à but lucratif	0	1
Total			**49,0**	**25,0**

Tableau n°7 : Besoins en implantation pour la zone Loire

Niveau	Périmètre	Libellés disciplines SRS 2023-2028	Astreintes 2023-2028	Gardes 2023-2028
		Anesthésie	**3,0**	**2,0**
1 - Réglementé	Anesthésie	Anesthésie de chirurgie cardiaque adulte	1	0
3A - Non réglementé	Anesthésie	Anesthésie polyvalente pour site sans maternité	2	2
		Chirurgie	**25,0**	**1,0**
1 - Réglementé	Chirurgie	Neurochirurgie adulte	1	0
1 - Réglementé	Chirurgie	Chirurgie cardiaque adulte	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie digestive et viscérale - Recours de proximité	8	1
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie orthopédique - Recours de proximité	9	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ophtalmologie - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ORL - Recours zonal	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie urologique - Recours zonal	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie vasculaire - Recours zonal	1	0
		Imagerie	**18,0**	**1,0**
1 - Réglementé	Imagerie	NRI	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Radiologie interventionnelle	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (coronarographie)	2	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention A)*	2	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention B)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention C)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention D)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (congénitale mention A)*	1	0
2B - Non réglementé	Imagerie	Imagerie diagnostique	8	1
		Maternité	**15,0**	**7,0**
1 - Réglementé	Maternité	Gynécologie obstétrique	5	2
1 - Réglementé	Maternité	Anesthésie de maternité	5	2
1 - Réglementé	Maternité	Pédiatrie de maternité	5	2
1 - Réglementé	Maternité	Réanimation néonatale	0	1
		Médecine	**14,0**	**17,0**
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*	0	8
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires »*	1	0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)*	0	3
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)*	1	1
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH)*	1	0

1 - Réglementé	Médecine	*Mention 2 « réanimation pédiatrique et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*	-	1,0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »*	1,0	-
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 4 « soins intensifs pédiatriques d'hématologie » (USIH pédiatrique)*	1,0	-
3A - Non réglementé	Médecine	Hépato-Gastro-Entérologie / Endoscopie interventionnelle digestive	3	0
3A - Non réglementé	Médecine	Psychiatrie aux services d'urgence	6	1
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES des médecins libéraux en structure d'urgence à but lucratif	0	3
Total			**75,0**	**28,0**

Tableau n°8 : Besoins en implantation pour la zone Haute Loire

Niveau	Périmètre	Libellés disciplines SRS 2023-2028	Astreintes 2023-2028	Gardes 2023-2028
Anesthésie			**0**	**0**
3A - Non réglementé	Anesthésie	Anesthésie polyvalente pour site sans maternité	0	0
Chirurgie			**6**	**0**
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie digestive et viscérale - Recours de proximité	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie orthopédique - Recours de proximité	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ophtalmologie - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ORL - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie urologique - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie vasculaire - Recours zonal	1	0
Imagerie			**3,5**	**0**
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (coronarographie)	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (rythmo mention B)	1	0
2B - Non réglementé	Imagerie	Imagerie diagnostique	1,5	0
Maternité			**2**	**1**
1 - Réglementé	Maternité	Gynécologie obstétrique	1	0
1 - Réglementé	Maternité	Anesthésie de maternité	0	1
1 - Réglementé	Maternité	Pédiatrie de maternité	1	0
Médecine			**3,5**	**2**
1 - Réglementé	Médecine	Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	0	1
1 - Réglementé	Médecine	Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)	0	1
1 - Réglementé	Médecine	Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)	1	0
3A - Non réglementé	Médecine	Hépato-Gastro-Entérologie / Endoscopie interventionnelle digestive	1	0
3A - Non réglementé	Médecine	Psychiatrie aux services d'urgence	1,5	0
Total			**15**	**3**

Tableau n°9 : Besoins en implantation pour la zone Rhône

Niveau	Périmètre	Libellés disciplines SRS 2023-2028	Astreintes 2023-2028	Gardes 2023-2028
		Anesthésie	**13,0**	**10,0**
1 - Réglementé	Anesthésie	Anesthésie de chirurgie cardiaque adulte	4	0
1 - Réglementé	Anesthésie	Anesthésie de chirurgie cardiaque pédiatrique	1	
3A - Non réglementé	Anesthésie	Anesthésie polyvalente pour site sans maternité	8	10
		Chirurgie	**55,5**	**3,0**
1 - Réglementé	Chirurgie	Neurochirurgie adulte	2	0
1 - Réglementé	Chirurgie	Neurochirurgie pédiatrique	1	0
1 - Réglementé	Chirurgie	Chirurgie cardiaque adulte	4	0
1- Réglementé	Chirurgie	Chirurgie cardiaque pédiatrique	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie digestive et viscérale - Recours de proximité	13	3
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie orthopédique - Recours de proximité	15	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ophtalmologie - Recours zonal	3	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ORL - Recours zonal	3	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie urologique - Recours zonal	7,5	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie vasculaire - Recours zonal	6	0
		Imagerie	**38,0**	**4,0**
1 - Réglementé	Imagerie	NRI	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Radiologie interventionnelle	6	0
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (coronarographie)	7	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention A)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention B)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention C)*	3	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention D)*	4	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (congenitale mention A)*	3	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (congenitale mention B)*	1	0
2B - Non réglementé	Imagerie	Imagerie diagnostique	11	4
		Maternité	**24,0**	**27,0**
1 - Réglementé	Maternité	Gynécologie obstétrique	9	8
1 - Réglementé	Maternité	Anesthésie de maternité	6	9
1 - Réglementé	Maternité	Pédiatrie de maternité	8	8
1 - Réglementé	Maternité	Réanimation néonatale	1	2
		Médecine	**26,5**	**41,5**
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*	1	18
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires »*	4	0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)*	0	10

1 - Réglementé	Médecine	*Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)*	2	1
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH)*	1	1
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 1 « réanimation pédiatrique de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*	2,0	3,0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »*	1,0	-
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 4 « soins intensifs pédiatriques d'hématologie » (USIH pédiatrique)*	2,0	-
1 - Réglementé	Médecine	Caisson hyperbare	1,0	-
1 - Réglementé	Médecine	Traitement des grands brûlés	1,0	-
1 - Réglementé	Médecine	Réanimation des grands brûlés	-	1,0
3A - Non réglementé	Médecine	Hépato-Gastro-Entérologie / Endoscopie interventionnelle digestive	4	0
3A - Non réglementé	Médecine	Psychiatrie aux services d'urgence	7,5	1,5
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES des médecins libéraux en structure d'urgence à but lucratif	0	6
Total			**157,0**	**85,5**

Tableau n°10 : Besoins en implantation pour la zone Savoie

Niveau	Périmètre	Libellés disciplines SRS 2023-2028	Astreintes 2023-2028	Gardes 2023-2028
		Anesthésie	**-**	**2,0**
3A - Non réglementé	Anesthésie	Anesthésie polyvalente pour site sans maternité	0	2
		Chirurgie	**15,0**	**1,0**
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie digestive et viscérale - Recours de proximité	5	1
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie orthopédique - Recours de proximité	6	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ophtalmologie - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ORL - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie urologique - Recours zonal	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie vasculaire - Recours zonal	1	0
		Imagerie	**7,0**	**1,0**
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (coronarographie)	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention A)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention C)*	1	0
2B - Non réglementé	Imagerie	Imagerie diagnostique	4	1
		Maternité	**13,0**	**4,0**
1 - Réglementé	Maternité	Gynécologie obstétrique	5	1
1 - Réglementé	Maternité	Anesthésie de maternité	4	1
1 - Réglementé	Maternité	Pédiatrie de maternité	4	1
1 - Réglementé	Maternité	Réanimation néonatale	0	1
		Médecine	**8,5**	**3,0**
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*	0	1
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires »*	1	0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)*	0	1
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)*	1	0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH)*	1	0
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »*	1,0	-
3A - Non réglementé	Médecine	Hépato-Gastro-Entérologie / Endoscopie interventionnelle digestive	1	0

3A - Non réglementé	Médecine	Psychiatrie aux services d'urgence	1,5	0
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES de médecine en renfort aux structures d'urgences isolées	2	0
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES des médecins libéraux en structure d'urgence à but lucratif	0	1
Total			**43,5**	**11,0**

Tableau n°11 : Besoins en implantation pour la zone Haute-Savoie

Niveau	Périmètre	Libellés disciplines SRS 2023-2028	Astreintes 2023-2028	Gardes 2023-2028
Anesthésie			**1,0**	**1,0**
1 - Réglementé	Anesthésie	Anesthésie de chirurgie cardiaque adulte	1	0
3A - Non réglementé	Anesthésie	Anesthésie polyvalente pour site sans maternité	0	1
Chirurgie			**22,0**	**2,0**
1 - Réglementé	Chirurgie	Neurochirurgie adulte	1	0
1 - Réglementé	Chirurgie	Chirurgie cardiaque adulte	1	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie digestive et viscérale - Recours de proximité	5	2
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie orthopédique - Recours de proximité	7	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ophtalmologie - Recours zonal	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie ORL - Recours zonal	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie urologique - Recours zonal	2	0
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie vasculaire - Recours zonal	2	0
Imagerie			**10,5**	**2,0**
1 - Réglementé	Imagerie	NRI	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Radiologie interventionnelle	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	Cardiologie interventionnelle (coronarographie)	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention A)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (rythmo mention D)*	1	0
1 - Réglementé	Imagerie	*Cardiologie interventionnelle (congenitale mention A)*	1	0
2B - Non réglementé	Imagerie	Imagerie diagnostique	4,5	2
Maternité			**15,0**	**6,0**
1 - Réglementé	Maternité	Gynécologie obstétrique	5	2
1 - Réglementé	Maternité	Anesthésie de maternité	5	2
1 - Réglementé	Maternité	Pédiatrie de maternité	5	2
Médecine			**10,5**	**9,0**
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*	1	3
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires »*	2	0

1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)*	0	2
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)*	1	1
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH)*	0	1
1 - Réglementé	Médecine	*Mention 3 « soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »*	1,0	-
3A - Non réglementé	Médecine	Hépato-Gastro-Entérologie / Endoscopie interventionnelle digestive	2	0
3A - Non réglementé	Médecine	Psychiatrie aux services d'urgence	3,5	0
3A - Non réglementé	Médecine	PDSES des médecins libéraux en structure d'urgence à but lucratif	0	2
Total			**59,0**	**20,0**

Tableau n°12 : Besoins en implantation des activités de recours régional

Niveau	Périmètre	Libellés disciplines SRS 2023-2028	Astreintes 2023-2028	Gardes 2023-2028
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie thoracique - Recours régional	4	
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie Maxillo faciale - Recours régional	4	
2A - Non réglementé	Chirurgie	Urgences de la main - Recours régional	7	
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie pédiatrique viscérale < 3 ans	5	1
2A - Non réglementé	Chirurgie	Chirurgie pédiatrique orthopédique < 3 ans	4	
2A - Non réglementé	Anesthésie	Anesthésie pédiatrique	4	1
3A - Non réglementé	Médecine	Infectiologie	4	
3A - Non réglementé	Médecine	Pneumologie / Endoscopie interventionnelle pulmonaire	4	
3B - Non réglementé	Médecine	SMUR Pédiatrique	2	1
3B - Non réglementé	Médecine	Endocrinologie - Diabétologie adulte	4	
3B - Non réglementé	Médecine	Endocrinologie - Diabétologie pédiatrique	4	
Total			**46**	**3**

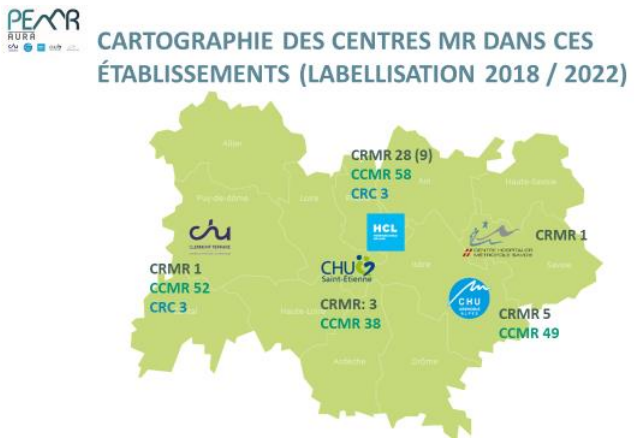
4.3.1 Maladies rares

Une maladie rare (MR) touche un nombre limité de personnes, ce qui rend nécessaire une organisation adaptée de la prise en charge. En France, elles représentent un enjeu majeur de santé publique car les 7 000 maladies rares identifiées à ce jour atteignent plus de 3 millions de personnes soit 4,5 % de la population. Elles concernent dans la moitié des cas des enfants de moins de 5 ans et sont responsables de 10 % des décès entre un an et 5 ans. 80 % des maladies rares sont d'origine génétique. Le plus souvent, elles sont sévères, chroniques, d'évolution progressive et affectent considérablement la qualité de vie des personnes malades. Elles entrainent un déficit moteur, sensoriel ou intellectuel dans 50 % des cas et une perte totale d'autonomie dans 9 % des cas.

La diminution de l'errance diagnostique dans les maladies rares est une priorité nationale. Pour cela, les Centres de référence multisites (CRMR) couvrent l'ensemble du territoire national. Ils sont composés de centres de référence et de centres de compétence (ou de ressources et de compétences), qui assurent la prise en charge et organisent les parcours de santé des personnes concernées ou atteintes de maladies rares.

Une campagne d'actualisation de la labellisation de ces centres est en cours au niveau national. A noter la présence en Auvergne-Rhône-Alpes d'une plate-forme d'expertise maladies rares qui regroupe les 4 CHU et le CH de Chambéry, regroupant 40 centres de référence financés et 201 centres de compétences.

La dernière campagne de labellisation des centres maladies rares en 2023 a permis en Auvergne Rhône Alpes la labellisation de 23 centres de référence supplémentaires en plus des 40 déjà existants. A cela s'ajoutent 136 centres de compétence.



4.3.2 Soins palliatifs

La poursuite de la structuration des soins palliatifs en Auvergne-Rhône-Alpes est un axe fort de ce schéma régional de santé. La région, compte en 2021, 18 Unités de soins palliatifs (USP MCO) soit 184 lits. Chaque département est équipé d'au moins une USP, 593 lits identifiés soins palliatifs, 44 équipes mobiles en soins palliatifs.

Conformément au plan national soins palliatifs 2021-2024, plusieurs principes structurent la stratégie régionale portée par l'ARS :

- l'égalité d'accès aux soins palliatifs par une couverture adaptée des territoires et un maillage adéquat en termes de soins, de recours à l'expertise et de coordination des parcours, quels que soient le bénéficiaire - adulte ou mineur - la situation, le lieu de soins et/ou de vie ;
- le développement du maintien au domicile lorsque celui-ci est souhaité par le patient et dès lors que les conditions requises peuvent être réunies ;
- la garantie de soins palliatifs pertinents et de qualité, effectués conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- la préservation de l'expertise palliative et la garantie de son accès par l'ensemble des professionnels et intervenants des soins palliatifs et de l'accompagnement ;
- la diffusion pour l'exercice libre et éclairé de leurs droits en tant que personne malade ou de proche aidant, avec une attention particulière à l'attention des mineurs.

Ainsi, l'organisation cohérente et pertinente, sur un territoire donné, d'une filière de soins palliatifs vise à garantir l'égalité d'accès à une prise en charge graduée, adaptée et de qualité pour les personnes nécessitant des soins palliatifs, quels que soient l'âge ou encore le lieu de soins ou le lieu de vie. Elle s'inscrit dans une politique globale de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie.

La structuration de la filière de soins palliatifs est régionale et déclinée à l'échelle des territoires sur la base d'un diagnostic régional construit avec les acteurs. Elle préserve les structures et dispositifs existants tout en visant à combler les besoins non couverts.

La structuration d'une filière régionale de soins palliatifs permet d'identifier une offre incluant les soins de proximité, d'améliorer sa visibilité, et de fluidifier l'orientation des patients.

Ces filières sont animées en garantissant la coordination des professionnels quel que soit leur secteur (sanitaire, médico-social et social) et en proposant des offres de formation et de soutien aux équipes soignantes.

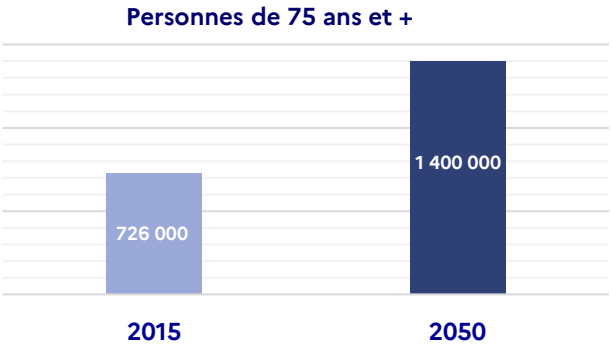
L'information et la sensibilisation de tout public quel qu'il soit, en relai des actions nationales, contribuent à développer la culture palliative.

L'ensemble de la démarche, tant régionale que territoriale, est mené avec l'appui de la cellule d'animation régionale de soins palliatifs dont la mise en place est en cours en région. Elle fait aussi l'objet d'une analyse des données transmises à l'échelon national.

4.3 ADAPTER L'OFFRE POUR MIEUX RÉPONDRE AU PROJET DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES

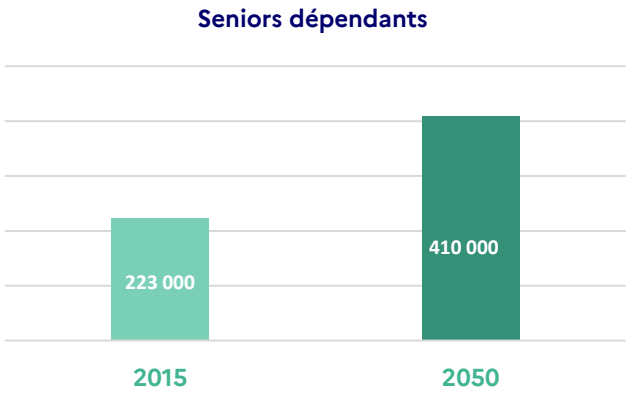
Répondre aux enjeux du vieillissement et mieux prendre en compte la dépendance et les besoins en soins

La région Auvergne-Rhône-Alpes figure parmi les plus jeunes de la France Métropolitaine. Toutefois, bien que la proportion de personnes âgées (+ de 60 ans / 2,1M) en Auvergne-Rhône-Alpes soit actuellement dans la moyenne nationale, son nombre devrait doubler d'ici 2050.



Le nombre de personnes âgées dépendantes sera lui multiplié par 1,8 (soit près de 410 000 seniors).

Ces quelques chiffres donnent toute la mesure des enjeux du secteur et du défi que représente le vieillissement de la population, dans un contexte où nous devons par ailleurs renforcer la confiance des personnes âgées et de leur famille.



L'ARS a comme objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et d'accompagner nos ainés pour prévenir et prendre en charge de manière adaptée leur perte d'autonomie, grâce à l'action coordonnée des professionnels et des aidants familiaux.

Quelques chiffres clés en 2023 (source tableau de bord de l'offre au 01/01/2023)

- Une dotation régionale limitative de 1.9 Md €
- 929 structures médicalisées dont 718 habilités à l'aide sociale à plus de 50% de leur capacité
- Près de 75 000 places
- Plus de 110 000 professionnels auprès des personnes âgées dépendantes (institution / domicile)
- 256 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) / près de 12 500 places
- Un secteur « morcelé » 743 organismes gestionnaires différents dont 75 % ne gèrent qu'un seul EHPAD
- 2018-2022 : 1332 places ou dispositifs créés pour un total de 11.5 M€

A ce jour, Auvergne-Rhône-Alpes est la région qui compte le plus grand nombre de places en EHPAD.

L'hébergement permanent dans des établissements spécialisés (EHPAD) ne constitue pas la solution unique

à l'accompagnement de la dépendance. Rester à domicile est le souhait de la majorité des personnes âgées, en perte d'autonomie ou non.

La spécificité de la prise en charge gérontologique, à chaque étape du parcours, implique des compétences pluridisciplinaires des professionnels concernés, quel que soit leur champ d'intervention. Ceci doit aller de pair avec une politique constante de soutien aux aidants « non professionnels ». Enfin, la dimension éthique et le respect de la dignité des personnes doivent être le fil conducteur de chaque démarche, le consentement du patient devant toujours être recherché même s'il est quelquefois difficilement « éclairé » en cas de troubles cognitifs.

Pour répondre aux enjeux du vieillissement et mieux prendre en compte la dépendance et les besoins en soins, 4 enjeux sont identifiés :

- Promouvoir et renforcer la prévention à domicile comme en établissement.
- Mieux accompagner la grande dépendance et couvrir les besoins croissants en soins.
- Réussir le « virage domiciliaire ».
- Réduire les inégalités territoriales.

4.3.1 Promouvoir et renforcer la prévention à domicile comme en établissement

La prévention de la santé des séniors vie à augmenter l'espérance de vie sans incapacité. En 2020, l'espérance de vie à la naissance en France s'élève à 79,1 ans pour les hommes et à 85,1 ans pour les femmes et l'espérance de vie sans incapacité est de **64,4 ans pour les hommes et de 65,9 ans pour les femmes.**

Les personnes âgées pouvant être exposées à des risques spécifiques, il est donc essentiel de mettre en place des actions de prévention adaptées.

Objectifs

1. **Favoriser l'articulation entre l'hébergement en institution et le domicile, pour une approche continue de la prévention.**
2. **Promouvoir la prévention, le dépistage des fragilités des personnes âgées à domicile et leurs prises en charge dans les composantes physique, psychique et environnementale.**

Favoriser l'articulation entre l'hébergement en institution et le domicile, pour une approche continue de la prévention

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpe est pleinement engagée dans ces changements et évolutions d'organisations : c'est l'idée même d'amélioration du parcours de la vie des personnes âgées au plus près des territoires, qui guide l'ensemble des actions et choix stratégiques qui sont mis en place.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La prévention et la préservation de l'autonomie dans les activités quotidiennes sont une priorité de santé publique avant la survenue des premières incapacités. Pour ce faire, agir au plus tôt en identifiant les personnes à risques permet de diminuer le risque d'évolution défavorable vers la dépendance ou la survenue d'évènements graves et d'identifier les mesures d'accompagnement des professionnels pour améliorer la prévention, telles que la formation.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Poursuivre la déclinaison d'actions de prévention portant sur des thématiques identifiées telles que la nutrition, la santé orale, l'iatrogénie médicamenteuse, la dépression, la douleur, l'activité physique adaptée, la prévention des chutes. Elles favorisent la poursuite d'une démarche qualité d'amélioration des pratiques professionnelles.
- Favoriser l'ouverture des EHPAD vers le domicile avec l'incitation à la mise en place d'actions de prévention communes.
- Promouvoir la formation des professionnels pour renforcer la prévention et la qualité des interventions et des prises en charge.
- Articuler les actions avec les programmes départementaux des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.
- Mobiliser le dispositif « Centre ressources territorial » sur les thématiques de prévention des chutes à domicile ou en EHPAD,

  • Les missions de « Centres de Ressources Territoriaux » (CRT) portées soit par un EHPAD ou un service à domicile, vont être déployées dans les prochaines années conformément aux orientations nationales.

- Une ouverture de l'EHPAD pour les personnes âgées du territoire devra permettre d'offrir des actions collectives de prévention à visée sécurisante telles que des ateliers de renforcement musculaire, des activités de stimulation de la mémoire notamment.

Promouvoir la prévention, le dépistage des fragilités des personnes âgées à domicile et leurs prises en charge dans les composantes physique, psychique et environnementale

Le repérage des états « précritiques » des personnes âgées à domicile / en établissement social et médico-Social (ESMS) est fondamental, il permet une prise en charge plus précoce, et donc d'éviter des hospitalisations inutiles.

En 2023, l'ARS poursuit la promotion d'actions de prévention en EHPAD et Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) via un nouvel appel à candidatures.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Plusieurs leviers sont déployés dans la région :

- L'expérimentation d'un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge (programme ICOPE de l'OMS).
- Le développement de l'offre de soins bucco-dentaires: formation-sensibilisation et interventions en EHPAD.
- Le financement d'actions de prévention en EHPAD sur plusieurs thématiques (prévention du suicide, dénutrition, activité physique adaptée…). Entre 2019 et 2022, près de 6,4 M€ mobilisés.
- L'élaboration d'un plan régional antichute.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Décliner le plan régional antichute en partenariat avec le gérontopôle AURA (6 axes : informer, sensibiliser et repérer les risques de chute, aménager le logement, aides techniques à la mobilité et téléassistance, activité physique adaptée).
- Diffuser et essaimer des bonnes pratiques et dispositifs existants.
- Soutenir des expérimentations nationales (ex : ICOPE).
- Repérer et accompagner les fragilités psychiques : lancement d'un appel à candidature (2023) pour le financement de 20 nouveaux mi-temps de psychologues dans les SSIAD/SPASAD.

4.3.2 Mieux accompagner la grande dépendance et couvrir les besoins croissants en soins

Au vu des enjeux de vieillissement de la population dans la région, il est essentiel pour l'ARS de répondre aux besoins croissants en soins du sujet âgé, d'accompagner de manière adaptée sa perte d'autonomie et de renforcer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements du territoire.

L'ARS est particulièrement attentive à l'action coordonnée et territorialisée des professionnels et des ressources sanitaires et médico-sociales.

Objectifs

1. **Organiser et renforcer l'appui du sanitaire au médico-social (intervention des ressources sanitaires, coordination et coopération des acteurs).**
2. **Développer les modes d'accompagnement spécifiques des personnes atteintes de maladies neurodégénératives.**
3. **Améliorer la qualité des soins.**
4. **Faire évoluer l'offre et concrétiser l'adaptation du modèle EHPAD.**

Organiser et renforcer l'appui du sanitaire au médico-social (intervention des ressources sanitaires, coordination et coopération des acteurs)

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'articulation entre les secteurs du sanitaire et du médico-social est indispensable pour fluidifier le parcours de santé de la personne âgée. Elle permet d'une part d'apporter une réponse adaptée à la problématique de santé du sujet âgé en institution, d'autre part la mise en place d'un parcours adapté en milieu hospitalier, favorisant une prise en charge rapide et bienveillante. Les hospitalisations évitables ou « inappropriées » représentent, pour les personnes âgées, une source de déstabilisation, de déclin fonctionnel et d'aggravation de la dépendance.

L'expertise des 28 équipes mobiles gériatriques extrahospitalières sur le territoire rhônalpin ainsi que la mise en œuvre d'astreintes gériatriques déployées sur ce territoire, élargie

au Cantal et au Puy-de-Dôme, ont facilité l'accompagnement et les orientations vers les lieux de soins de personnes âgées, notamment en facilitant les admissions directes en établissement de santé.

Il s'agit également d'apporter un soutien aux médecins généralistes pour éviter le recours aux hospitalisations non indispensables et évitables, en renforçant la culture et les pratiques gériatriques des professionnels du 1er recours et des acteurs de proximité.

Dans la région, les 28 équipes mobiles existantes sont adossées à 22 établissements de santé et le dispositif des astreintes gériatriques est actif auprès de 26 établissements de santé.

Par ailleurs, l'indispensable soutien à une meilleure gestion des urgences en EHPAD se concrétise par la poursuite du déploiement du dispositif de présence infirmière de nuit, la mise en place d'équipes mobiles paramédicales d'urgence, ainsi que par des formations via le réseau des urgences.

Dans tous les cas, améliorer la sortie d'hospitalisation de la personne âgée est un enjeu partagé pour les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Évaluer l'activité des équipes mobiles gériatriques existantes et des astreintes téléphoniques gériatriques extrahospitalières sur les territoires, adapter leur fonctionnement aux besoins et les renforcer si cela s'avère nécessaire.
- Renforcer l'accès à l'expertise psychiatrique des EHPAD notamment via les Equipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée qui ont été renforcées (EMPPA).
- Promouvoir le recours à l'hospitalisation à domicile dans les établissements médico-sociaux, notamment en améliorant la connaissance et leur attractivité par une meilleure communication entre les acteurs.
- Faciliter et renforcer l'accès aux soins palliatifs, notamment via des formations et l'accès aux équipes mobiles, ainsi que par une meilleure connaissance des acteurs et la définition de parcours de soins gradués et de proximité.
- Inciter à une coopération structurée des acteurs autour des ressources sanitaires d'un territoire avec une formalisation attendue de modalités d'organisation sur notamment l'admission directe à l'hôpital, le non passage aux urgences, les interventions des équipes mobiles gériatriques.
- Poursuivre le soutien d'une meilleure gestion des urgences dans les EHPAD en renforçant les liens entre les urgentistes et les gériatres et en déployant le dispositif des infirmiers de nuit.
  Il s'agit également de continuer la promotion de formations via le réseau des urgences, et d'encourager les expérimentations pouvant améliorer la prise en charge de la personne âgée dans des situations de soins non programmées.
- Poursuivre et renforcer l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation en EHPAD en renforçant la communication auprès des acteurs pour en améliorer l'utilisation et le parcours de la personne âgée.
- Renforcer l'offre de prise en charge en oncogériatrie, notamment via une approche multidisciplinaire et pluriprofessionnelle, permettant un traitement adapté à l'état de la personne âgée.
- Soutenir les actions de mutualisation des ressources et de coopération des établissements médico-sociaux.

Développer les modes d'accompagnement spécifiques des personnes atteintes de maladies neurodégénératives

En France, environ 850 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer, 200 000 sont atteintes de la maladie de Parkinson et 100 000 de la sclérose en plaques. Les habitants de la région Auvergne Rhône-Alpes sont en moyenne plus concernés par ces Maladies neuro-dégénératives (MND) :

- pour la maladie d'Alzheimer : un taux d'incidence de 103 pour 100 000 habitants, contre 101,4 en France métropolitaine,
- pour la maladie de Parkinson : un taux d'incidence de 28,3 pour 100 000 habitants, contre 26 en France métropolitaine.

Il est donc essentiel d'accompagner les personnes touchées mais également les structures et les professionnels dans ces prises en charge.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Une attention particulière a été portée pendant ces 5 dernières années à la prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

Des moyens nouveaux ont été déployés pour :

- expérimenter des équipes renforcées Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD MND (Maladies neurodégénératives),
- développer la formation des professionnels EHPAD-SSIAD-AJ (Accueil de jour) par les Centres experts Parkinson, l'Opérateur de compétences (OPCO)

santé et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT),

- financer des postes de psychologues en SSIAD.

Depuis 2018, ce sont 742 places supplémentaires de Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) qui ont été créées, 84 places d'Unités d'hébergement renforcé (UHR) et 63 places d'Equipes spécialisées Alzheimer (ESA). Les ESA accompagnent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile et aident leurs proches. L'objectif de leurs interventions, réalisées sur prescription médicale, est de leur permettre de rester vivre le plus longtemps à domicile.

L'étude relative aux fonctionnement des PASA en région, réalisée par l'ARS en 2022, a mis en évidence la pertinence du dispositif PASA pour les personnes accueillies.

A ce jour, 239 EHPAD (26 %) en région disposent d'un PASA (dont 187 EHPAD de plus de 80 places soit 78 % des EHPAD ciblés prioritairement).

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Créer des places d'Equipes spécialisées Alzheimer (ESA), d'augmenter le nombre d'ESA et d'animer le réseau.
- Déployer des Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) prioritairement dans les EHPAD de plus de 80 places d'hébergement.
- Renforcer la formation des professionnels sur l'ensemble des maladies neurodégénératives, par le biais des Opérateurs de compétence (OPCO) en formation continue, de la formation Parkinson. Il est prévu d'élargir cette formation à la thématique Alzheimer.
- Accompagner les SSIAD pour intégrer des prestations de psychologues.

Améliorer la qualité des soins

La prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé est un enjeu majeur de santé publique, ainsi qu'un enjeu économique important. L'ARS enregistre actuellement une augmentation significative du nombre de déclaration d'erreurs médicamenteuses en structures médico-sociales, avec en moyenne, pour la région, la survenue de 2 à 4 erreurs par semaine, qui sont pour près de la moitié des cas des erreurs d'administration.

De plus, l'utilisation excessive de médicaments est un facteur connu d'addiction, de perte d'autonomie (chutes, hospitalisations évitables, etc.).

Par ailleurs, les EHPAD, les SSIAD se trouvent confrontés à de nouvelles problématiques : public accueilli fortement dépendant et poly pathologique, immun-sénescence de la personne âgée, risque infectieux et épidémique majoré du fait de la vie en collectivité, nécessité de réponse aux impératifs de la veille sanitaire et pas ou peu de ressources propres en hygiène. Les structures peuvent être le siège d'épidémies (grippe, infections respiratoires, gastro-entérites, etc.) avec des taux d'attaque élevés et des taux de mortalité non négligeables. Par ailleurs, ces épidémies peuvent impacter directement les établissements de santé tant sur le plan des moyens (mise sous « tension » des établissements) que celui du risque infectieux (hospitalisations des personnes âgées fréquentes et répétées, portage de bactéries multi résistantes).

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'extension du dispositif des équipes mobiles d'hygiène dans les départements auvergnats s'est poursuivie avec un maillage complet de la région depuis début 2020. Les équipes interviennent sur la totalité des EHPAD de la région, hormis les EHPAD publics qui sont rattachés à une équipe d'hygiène hospitalière.

Par ailleurs, une démarche régionale d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé au bénéfice d'EHPAD de certaines filières gérontologiques a été lancée. Initiée il y a plusieurs années en Haute-Savoie, cette démarche a par la suite été déployée sur d'autres secteurs dans d'autres départements (Isère, Loire). Ce déploiement ciblé a permis la mise en place d'un accompagnement des EHPAD dans la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse (mise à disposition d'outils, audits circuit du médicament, formations notamment) et de renforcer le lien entre secteur hospitalier et médico-social sur cette thématique.

Le déploiement du dispositif infirmier de nuit dans la région a également permis de garantir la sécurité de soins non programmés la nuit en EHPAD par des infirmiers intervenant sur un périmètre de plusieurs établissements sous forme de garde ou d'astreinte.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Poursuivre la médicalisation des EHPAD et la généralisation de la présence d'infirmiers de nuit dans ces établissements. Pour ce dispositif, son extension doit veiller à résorber les disparités territoriales (Cantal, Rhône, Ain, Isère), mais également s'articuler avec les différents acteurs.

- Mettre en adéquation les ressources à la charge en soins avec le déploiement des coupes Pathos *(outil permettant d'évaluer les niveaux de soins nécessaires dans un établissement*). La programmation des coupes Pathos en lien avec celle des CPOM représente un enjeu majeur pour les EHPAD car elle se matérialise pour la très grande majorité des établissements concernés par une augmentation de la dotation soins suite à actualisation du Projet médical partagé (PMP).
- Renforcer la lutte contre le risque infectieux via les équipes mobiles d'hygiène intervenant dans les EHPAD et veiller à leur bonne articulation avec le déploiement des équipes mobiles d'antibiothérapie.
- Poursuivre les démarches en faveur de la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse (accompagner les établissements dans leur démarche de sécurisation du circuit du médicament, favoriser les démarches et initiatives en faveur d'une « juste prescription » chez le sujet âgé).
- Promouvoir les démarches de gestion des risques : signalements, formations, retours d'expérience, évolution des organisations, via notamment le guide d'aide d'élaboration du plan bleu en EHPAD.
- Favoriser l'accès aux Dispositif d'appui à la coordination (DAC), afin de fluidifier le parcours des personnes dont les cas sont complexes et d'assurer un parcours coordonné.

Faire évoluer l'offre et concrétiser l'adaptation du modèle EHPAD

La politique en faveur des personnes âgées est en profonde mutation.

L'offre en places d'EHPAD devra être développée quantitativement pour accueillir les personnes âgées très dépendantes et accompagner la forte croissance démographique des 85 ans et plus : le Haut-commissariat au Plan estime le nombre supplémentaire de places d'EHPAD en France d'ici 2050 à 60 000 (Ouverture n°13 – 9 fév. 2023).

Néanmoins, les acteurs œuvrant dans ce champ doivent, par ailleurs, repenser leurs modes d'intervention. L'EHPAD doit poursuivre son évolution pour répondre au mieux aux attentes nouvelles et besoins des personnes âgées.

En Auvergne-Rhône-Alpes, le secteur des personnes âgées est plutôt « morcelé » : 76 % des organismes gestionnaires gèrent une seule structure. Parmi les 894 EHPAD, 76 d'entre eux présentent des capacités inférieures à 44 places et 99 EHPAD disposent d'une offre capacitaire comprise entre 45 et 59 places.

Dans un contexte de raréfaction des ressources médicales et de difficultés d'attractivité, de zones géographiques en tension ou au contraire en sous activité structurelle, la taille critique des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) conduit à réaffirmer la nécessité de développer les partenariats, les coopérations et mutualiser les ressources actuelles.

Au-delà de ces actions et en fonction de son activité, de son attractivité (résidents et personnels de soins), l'ESMS peut être amené à engager une réflexion sur son évolution dès lors que la sécurité et la qualité de prise en charge des résidents est compromise.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Le renforcement du continuum domicile-EHPAD peut être illustré par la mise en place de nouvelles mesures, comme les Dispositifs renforcés de soutien au domicile des personnes âgées – DRAD (Article 51). Cette expérimentation a pour finalité de renforcer et d'améliorer la qualité de l'accompagnement à domicile des personnes âgées, en proposant une solution alternative à l'admission en EHPAD pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette solution répond aux souhaits de nos concitoyens de « bien vieillir chez soi » et préserve ainsi la liberté de choix par une diversification des modes de prise en charge.

Trois DRAD sont en cours d'expérimentation dans notre région (Drôme, Isère et Puy-de-Dôme).

En outre, le cahier des charges national concernant les Centres de ressources territoriaux (CRT) est en cours d'évolution afin de permettre notamment à ces DRAD expérimentaux de candidater vers le modèle pérenne du CRT.

Le principe de ce modèle CRT est de proposer deux modalités d'intervention : une mission d'appui aux professionnels du territoire et une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD. Un appel à candidature a été lancé dès 2022 afin de mettre en place les 5 premiers CRT pour un démarrage d'activité en mars 2023 sur les départements de l'Ain, l'Allier, la Loire, la Métropole de Lyon et la Haute-Savoie.

Par ailleurs, les places d'hébergement permanent se sont considérablement développées dans la région, par redéploiement d'offre ou de moyens existant dans les EHPAD, et par des mesures nouvelles. Ainsi ce sont

824 places d'hébergement permanent qui ont été créées sur la période 2018–2022.

De surcroît, 243 places d'hébergement temporaire et d'Accueil de jour (AJ) sont venues renforcer l'offre en EHPAD.

L'ARS a accompagné la mise en œuvre de démarches d'efficience au sein d'établissement ou de service médico-social, d'organisme gestionnaire ou de collectif d'établissements et services médico-sociaux d'un territoire donné.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

Optimiser la recomposition de l'offre dans un meilleur maillage territorial en :

- Structurant et en consolidant les différentes modalités d'accueil : hébergement permanent / hébergement temporaire / accueil de jour.
- Renforçant l'offre d'hébergement permanent dans une logique de réduction des inégalités territoriales sur les départements prioritaires dès lors que des besoins objectiveront les manques en termes de places d'hébergement permanent.
- Poursuivant et en confortant le virage domiciliaire.

Evaluer les expérimentations ou dispositifs existants, en :

- Evaluant les Unités d'hébergement renforcé (UHR) sanitaires et médico-sociales existantes.
- Opérant un suivi des prises en charges spécifiques Unités de vie protégées (UVP) et les unités pour personnes handicapées vieillissantes (PHV).

Poursuivre le déploiement des centres de ressources territoriaux – CRT sur l'ensemble des territoires.

Solutionner la sous occupation structurelle des places d'hébergement permanent :

La sous occupation chronique d'un EHPAD présente une opportunité pour repenser l'offre avec pour objectif de garantir le plein usage des capacités installées et financées.

Dans le cas où la sous-occupation des places d'hébergement permanent sur les trois derniers exercices écoulés est structurelle, l'EHPAD devra engager une réflexion avec les autorités de tarification et de contrôle sur l'évolution de tout ou partie des capacités de son établissement (reconversion, transformation de l'offre, rapprochement avec un autre EHPAD).

Optimiser la contractualisation au service de la réponse aux besoins :

Le CPOM constitue un des leviers de mise en œuvre des objectifs fixés dans le schéma régional de santé. Dans le cadre des dialogues de gestion, les autorités de tarification et l'organisme gestionnaire d'un établissement présentant des difficultés d'activité doivent pouvoir aborder l'évolution de l'établissement afin de ne pas obérer durablement les capacités, notamment financières, de l'EHPAD.

4.3.3 Réussir le virage domiciliaire

Objectifs

1. **Accompagner la transformation des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services de soins à domicile (SSIAD) en Service autonomie à domicile (SAD).**
2. **Développer les formes d'accueil alternatives à l'hébergement et soutenir les aidants.**

Rester à domicile est le souhait de la majorité des personnes âgées, en perte d'autonomie ou non. En France, 6,3 % des personnes âgées de plus de 60 ans ou plus vivent à leur domicile tout en étant en situation de perte d'autonomie. La région Auvergne-Rhône-Alpes se situe exactement dans la moyenne nationale (6,3 %), soit 147 000 séniors en perte d'autonomie vivant à leur domicile (Part des seniors domicile, INSEE, 2018).

Selon l'INSEE, cette proportion va augmenter fortement au sein de la région :

- les personnes dépendantes modérées vivant à domicile vont passer de 121 000 personnes environ à 280 000,
- les personnes dépendantes sévères vivant à domicile vont passer de 37 378 en 2015 à 52 245 en 2025 (soit quasiment le même nombre qu'en institution en 2050).

Le développement des structures de soins à domicile est donc essentiel par rapport à la structure de population de la région. Pour mieux prendre en compte les besoins en soins ainsi que le niveau de dépendance des personnes accompagnées et lutter contre les refus de prise en charge ou les ruptures de parcours, il est primordial de faire évoluer les modèles et organisations existantes.

La transformation des services intervenant au domicile pour y dispenser des prestations d'aide, d'accompagnement et de soins a été initiée par le ministère des chargé de la santé dans le cadre de la loi de finances de la sécurité sociale pour l'année 2022. Cette réforme

d'ampleur de ces services, qui accompagnent les personnes en perte d'autonomie dans leur quotidien, va dans le sens d'un accès simplifié et amélioré pour les usagers et leurs aidants. Elle va progressivement se mettre en place jusqu'en 2025, ce qui va nécessiter un accompagnement des conseils départementaux, des agences régionales de santé et des gestionnaires de Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

En parallèle, afin de mieux prendre en compte les besoins des personnes que le service accompagne, la réforme de la tarification des SSIAD est en cours et son application depuis le 1er janvier 2023.

Accompagner la transformation des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services de soins à domicile (SSIAD) en Service autonomie à domicile (SAD)

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'accent a été mis sur la polyvalence des dispositifs, avec le lancement d'un appel à projets qui permet l'expérimentation au sein de la région de 69 Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). L'évaluation est en cours sur les résultats de cette expérimentation qui sera à relier avec les **évolutions en cours sur la réforme des futurs service Autonomie à domicile.**

Un dispositif de renforcement de l'offre de soin et d'accompagnement au sein des SSIAD a été développé via la mesure nouvelle « SSIAD renforcés » qui a pour objectif de soutenir le développement d'une « offre intermédiaire » de prise en charge des soins infirmiers pour les personnes dont la dépendance augmente et dont la prise en charge par le SSIAD classique se révèle insuffisante mais qui ne nécessite pas une intervention en Hospitalisation à domicile (HAD). Quatre SSIAD renforcés ont ainsi pu être mis en œuvre depuis 2021.

Enfin, dans le cadre des objectifs du SRS sur le soutien à domicile, une étude régionale a été réalisée en 2019 afin d'étudier le fonctionnement de l'activité des SSIAD et SPASAD en région Auvergne-Rhône-Alpes et de dresser un panorama de l'offre disponible.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Accompagner le secteur dans la réforme de la tarification des SSIAD et la mise en œuvre des SAD à compter de 2023. Ce nouveau modèle de service autonomie à domicile s'appuie principalement sur l'expérimentation des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) intégrés.
- Structurer, en lien avec les départements, l'offre intégrée et s'assurer d'un bon maillage territorial sur l'ensemble des territoires.

Développer les formes d'accueil alternatives à l'hébergement et soutenir les aidants

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Dans le cadre de la Stratégie « Agir pour les Aidants » portée par la CNSA et au titre de la recomposition de l'offre sur les territoires, l'ARS a mis en place plusieurs actions :

- Développement des Plateformes de répit (PFR) sur les territoires par 7 créations ; au total 23 Plateformes de répit en région.
- Développement de l'offre d'hébergement temporaire en encourageant les EHPAD par la revalorisation du coût moyen régional par place et en créant des places d'hébergement temporaires supplémentaires (+ 152 places créées entre 2018 et 2023).
- Renforcement et création de places d'accueil de jour (+ 100 places entre 2018-2023).
- Inscription dans les CPOM de l'objectif de création d'Accueil de jour (AJ) et d'optimisation du taux d'activité,

Conduite d'actions collectives :

- **2021 :** 28 projets de soutien des aidants (personnes âgée et personnes handicapées) financés dans 10 départements.
- **2022 :**
  - Appel à candidature « actions collectives » en direction des aidants. Projet transversal Personnes âgées et personnes en situation de handicap.
  - Action régionale de formation et de soutien des jeunes aidants.
  - Repérage et cartographie des actions concrètes en matière d'offre de soutien en cours.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

Diversifier et renforcer l'offre de service

Renforcement des capacités en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), en services polyvalents

d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui évolueront en Service d'autonomie à domicile (SAD), avec la mobilisation de mesures nouvelles notifiées et à venir, des redéploiements de ressources issues de fermeture de places d'hébergement permanent. Les priorités territoriales définies dans le SRS seront prises en compte.

Promouvoir la fonction ressource

En accompagnant l'installation effective en 2023 des 5 premiers CRT et en assurant le déploiement de nouveaux CRT sur l'ensemble des territoires.

Développer les formes d'accueil alternatives à l'hébergement & Mettre en cohérence et renforcer l'offre en Accueil de jour

Mise aux normes des places d'Accueil de jour dont la capacité est inférieure au seuil réglementaire de 6 places, consolidation de l'offre d'accueil de jour avec la mise en œuvre des conditions socles (activité soutenue par un volume d'activité minimale, projet de service dédié mettant en avant l'approche préventive et thérapeutique – stimulation cognitive, nutrition, bien-être et estime de soi, activité physique).

La consolidation de l'offre pourra passer par des mesures nouvelles, le regroupement de capacité de services qui n'atteignent pas le seuil minimal réglementaire, la création de places en redéploiement de ressources provenant de crédits d'hébergement permanent.

Conforter et renforcer l'Hébergement temporaire dans ses trois dimensions

Sortie d'hospitalisation, préparation progressive de l'entrée en EHPAD, répit thérapeutique et préventif. Chacune de ces réponses doit faire l'objet d'un projet spécifique. La durée de séjour doit s'adapter à l'objectif poursuivi.

Il convient de :

- Poursuivre le déploiement du dispositif pour une couverture maximale de l'ensemble des départements de la région.
- Mettre en œuvre une politique de communication sur le dispositif auprès de l'ensemble des acteurs du champ de la prise en charge des personnes âgées.
- Favoriser le lien entre les champs sanitaire et médico-social dans une logique commune de communauté de parcours.
- Renforcer le lien avec les acteurs de l'aide à domicile pour préparer le retour à domicile dans de bonnes conditions.

Renforcer le soutien des aidants

Afin de prévenir les situations d'épuisement et prévenir les risques de rupture. Il s'agira de :

- Améliorer le fonctionnement des structures répit existantes, en :
  - mettant en place une démarche d'amélioration du fonctionnement et des pratiques des PFR à partir d'un bilan de l'existant,
  - améliorant auprès du grand public la connaissance des alternatives à l'hébergement permanent (communication),
  - prenant appui sur les PFR pour améliorer le repérage des aidants et l'information.
- Reconnaître le rôle des aidants et accompagner les professionnels en :
  - poursuivant les actions de soutien aux aidants (les jeunes aidants, formations et orientations des aidants, accès à l'information),
  - sensibilisant les organismes de formation et en pilotant des actions de formation pour faire évoluer les pratiques des professionnels,
  - favorisant la pair-aidance et la reconnaissance du rôle des aidants (intégration aux objectifs CPOM).

4.3.4 Réduire les inégalités territoriales

Objectifs

1. **Améliorer le maillage territorial sur l'ensemble des segments de l'offre médico-sociale en direction des personnes âgées.**
2. **Développer les formes d'accueil alternatives à l'hébergement et soutenir les aidants.**

Améliorer le maillage territorial sur l'ensemble des segments de l'offre médico-sociale en direction des personnes âgées

Pour améliorer le maillage territorial de l'offre à destination des personnes âgées, une démarche de priorisation des territoires a été conduite en application de l'article L1434-2 du Code de la santé publique. La méthodologie appliquée a été révisée par rapport à celle de 2018 afin de réaliser une évaluation des besoins des territoires de manière plus fine.

L'enjeu de rééquilibrage territorial de l'offre existante demeure une priorité pour le secteur des personnes

âgées et doit s'appuyer sur la recomposition et la transformation de l'offre, tout en intégrant un axe fort : le virage domiciliaire.

Dans une moindre mesure, la création de places dans le cadre de plans nationaux permettra de contribuer à ce rééquilibrage infrarégional, au bénéfice de territoires prioritaires au regard de la méthodologie décrite ci-dessous.

Nouvelle méthodologie proposée en 2023 : une logique de score composite

Dans le cadre du nouveau schéma, la démarche consiste à classer les territoires en fonction de plusieurs indicateurs complémentaires et prospectifs afin d'évaluer le plus finement possible les besoins des territoires. L'ensemble des indicateurs a été traité à l'échelle du département.

L'agrégation de ces indicateurs dans un score composite permet d'avoir une approche globale et systémique des parcours des personnes, au-delà de l'analyse de l'offre du territoire.

Les principaux indicateurs pris en compte pour prioriser les territoires sont :

- le taux d'équipement en EHPAD dans sa globalité (hébergement permanent, hébergement temporaire et accueil de jour) au 1er janvier 2022 (Tableau de bord de l'offre pour le champ personnes âgées – site internet),
- le taux d'équipement en SSIAD au 1er janvier 2022 pour avoir une approche de l'accompagnement à domicile des personnes âgées par les services médico-sociaux,
- la projection démographique à 2050,
- l'évolution du niveau de santé des populations âgées à 2050, selon l'étude de l'INSEE d'octobre 2019 sur les séniors dépendants,
- le niveau d'accès aux soins des personnes de plus de 75 ans.

Chacun de ces indicateurs pris de façon distincte est nécessaire mais non suffisant pour établir le niveau de priorité des territoires, car :

- si le taux d'équipement permet d'entrevoir les disparités quant à l'offre disponible, il n'en reste pas moins une valeur relative,
- la donnée démographique est donc tout aussi nécessaire. La création nette de places a un effet nécessairement plus faible sur le taux d'équipement pour un département dont l'évolution démographique est supérieure à la moyenne nationale et régionale.

Pour ce faire, les valeurs obtenues pour chaque indicateur ont fait l'objet d'une note.

L'ensemble des notes ont été agrégées avec des coefficients pondérateurs de façon à obtenir un score composite. Le principe retenu est que plus le score est faible, plus la fragilité du territoire est élevée.

Ce classement des territoires issu du score composite n'est pas pris en compte pour :

- le déploiement des équipements/dispositifs nouveaux liées à l'application des politiques publiques nationales (ex : centres ressources territoriaux, Dispositif renforcé de soutien au domicile – DRAD etc.),
- l'octroi de subventions Plan d'aide à l'investissement (PAI), investissement ou quotidien, de crédits non reconductibles pour soutien de trésorerie ou de crédits non reconductibles pour des frais financiers.

En revanche, il constitue une aide à la décision pour le rééquilibrage de l'offre en termes de taux d'équipement notamment pour la programmation et le redéploiement des places en ESMS.

4 niveaux de priorité sont repérés

Le classement des départements, à travers ces 4 niveaux, a un impact en termes de programmation et de redéploiement de l'offre.

Groupe 1 - départements « fragiles » : Métropole de Lyon, Isère, Drôme et Haute-Savoie

Pour ces départements, et afin de faire face aux futurs enjeux en termes de besoins, l'ensemble des leviers pour faire évoluer l'offre doivent être mobilisés :

- la création de places ou de services sur la base de crédits issus de notification nationale ou de marges régionales disponibles ;
- la recomposition de l'offre existante au sein du département pour ajuster l'offre aux nouveaux besoins qu'ils soient géographiques ou liés au développement nécessaire de dispositifs d'accompagnement spécifiques.

Groupe 2 – départements « en vigilance » : Savoie, Ardèche et Ain

Pour ces départements, l'évolution de l'offre peut se faire par création de places d'hébergement ou de services issues de mesures nouvelles et par recomposition de l'offre infra départementale pour ajuster l'offre aux nouveaux besoins qu'ils soient géographiques ou liés au développement nécessaire de dispositifs d'accompagnement spécifiques.

Groupe 3 - départements « intermédiaire » : Puy-de-Dôme, Loire et Allier

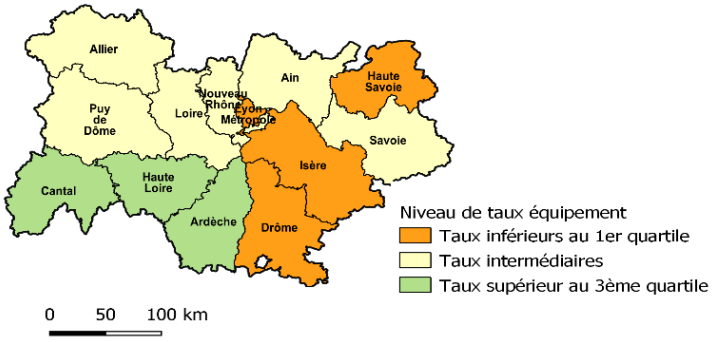
Pour ces départements, l'évolution de l'offre doit uniquement se faire par recomposition infra départementale pour répondre aux besoins géographiques ou de modalités de prises en charge spécifiques (Accueil de jour – AJ, Hébergement temporaire (HT), Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA) sous réserve d'une étude de besoins préalable et dans le respect des orientations régionales en termes de réorganisation de l'offre.

Groupe 4 - départements « favorables » : Cantal, Haute-Loire et Rhône

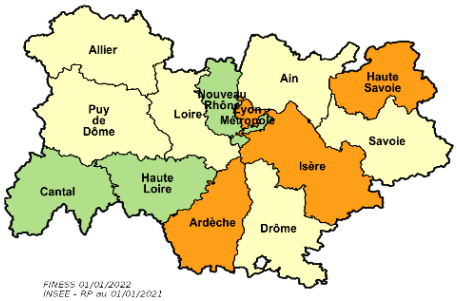
Pour ces départements, la recomposition de l'offre doit uniquement se faire par recomposition infra départementale pour ajuster l'offre aux nouveaux besoins qu'ils soient géographiques ou liés au développement nécessaire de dispositifs d'accompagnement spécifiques.

En l'absence de besoins sur le territoire, un rééquilibrage de l'offre sera opéré au bénéfice des territoires prioritaires en concertation avec les départements concernés.

Niveau du taux équipement en EHPAD



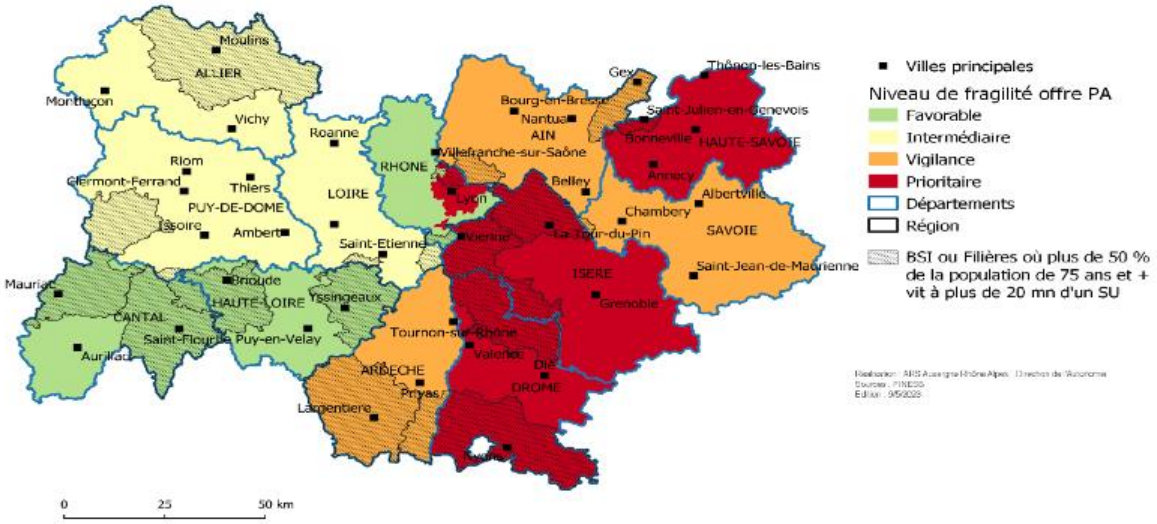
Niveau du taux équipement en SSIAD



Offre pour personnes âges en Auvergne Rhône-Alpes

Priorisation des territoires - SRS 2023-2028

Auvergne Rhône Alpes



4.4 ADAPTER L'OFFRE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La politique en faveur des personnes en situation de handicap poursuit sa mutation. Elle vise à **répondre aux enjeux d'une société inclusive, garante du libre choix des personnes en situation de handicap, et à développer des solutions d'accompagnement de proximité et adaptées aux besoins.**

Il s'agit de promouvoir l'approche par les besoins de la personne en situation de handicap et de garantir des réponses diversifiées et modulaires correspondant aux attentes légitimes et inclusives des usagers et de leurs proches.

Il importe également de réunir les conditions favorables à la consolidation du dispositif « Réponse accompagnée pour tous (RAPT) », récemment amplifié par le nouveau dispositif des Communautés 360 qui doit jouer un rôle essentiel dans la construction des parcours des enfants et adultes en situation de handicap.

Ce qui est visé est d'organiser une réponse adaptée aux besoins et aspirations des personnes en situation de handicap et de leurs proches, pour un parcours sans rupture, garantissant une diversification des réponses et un accès aux soins.

Cet objectif doit prendre appui sur une transformation de l'offre médico-sociale à l'appui d'une meilleure adéquation des réponses aux demandes des personnes concernées.

A cette fin, il est notamment attendu des acteurs œuvrant dans ce domaine qu'ils poursuivent l'évolution de leurs modes d'intervention. L'accompagnement et le soutien de l'évolution des pratiques professionnelles par la formation et avec l'appui, notamment, des ressources régionales organisées en réseaux sont également indispensables.

Le parcours de vie d'une partie des personnes en situation de handicap est marqué par des situations de rupture. De la découverte de la (ou des) déficience(s) à la mise en place de l'accompagnement, en passant par le diagnostic ; la mobilisation des ressources et l'organisation des réponses ne s'effectuent pas toujours au bon moment et par les bons professionnels. Ces défaillances accentuent le handicap, multiplient les situations critiques ou complexes et participent de l'exclusion des personnes et de leurs familles.

C'est pourquoi la politique du handicap repose sur l'ambition de « changer durablement de regard et de méthode pour accompagner l'autonomie des personnes concernées, renforcer leur citoyenneté, par leur liberté et leur émancipation, bénéficier de tous leurs talents en rendant la société plus accueillante et plus inclusive » (Conférence nationale du handicap).

Suite au rapport Zéro sans solution (2014), une profonde mutation de la conception et de la mise en œuvre de la politique publique du handicap s'est engagée. La feuille de route nationale « Une réponse accompagnée pour tous », qui met en œuvre les préconisations du rapport, constitue un changement de paradigme dans l'approche de la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap et de leur mode d'accompagnement, notamment à travers la responsabilisation de l'ensemble des acteurs, permettant à la personne concernée de bénéficier d'une réponse globale, évolutive et accompagnée dans le temps. De surcroît, « la réponse doit s'adresser à la personne là où elle est, c'est-à-dire en priorité dans son environnement de vie ordinaire ».

L'ensemble de ces ambitions s'inscrit dans un travail de co-construction avec l'ensemble des acteurs (Etat, usagers, professionnels, associations et collectivités locales) pour que soit garanti un accompagnement toujours plus individualisé et un parcours de soins adapté.

Ces objectifs ne peuvent être atteints sans une réelle coordination des acteurs et sans réussir la transformation de l'offre en passant d'une logique de places à une logique de réponses dans le cadre de pratiques inclusives.

L'enjeu est bien de parvenir à une meilleure coordination des réponses disponibles sur le territoire et de poursuivre l'évolution de l'offre médico-sociale pour des réponses plus souples et plus inclusives

L'ARS est pleinement engagée dans ces évolutions, sur l'ensemble de son territoire, pour mettre en œuvre des actions concrètes en direction des 130 000 adultes en situations de handicap, bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH) et près de 40 000 enfants bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

En 2021, le taux d'équipement en structures médico-sociales pour le secteur adulte de la région Auvergne-Rhône-Alpes apparait dans la moyenne ou au-dessus de la moyenne nationale à l'exception des places en Maison d'Accueil Spécialisée. Dans le secteur enfant, le taux d'équipement apparait globalement encore en-dessous de la moyenne. De fortes disparités départementales sont cependant observables. Globalement, la part des services dans l'offre totale autorisée des

Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) de la région (hors Etablissement et service d'aide par le travail – ESAT) est passée de 31,2 % au 31 décembre 2018 à 33,4 % au 1er janvier 2022, marquant ainsi une évolution favorable servant l'objectif inclusif.

Quelques chiffres clés en 2023
(source tableau de bord de l'offre au 01/01/2023)

- Une dotation régionale limitative de 1.5 Md€
- 458 Organismes gestionnaires pour près de 1450 ESMS médicalisés
- Près de 45 000 places établissement /services (45% enfants / 55% adultes)
- Dont plus de 8000 places de SESSAD
- 2018-2022 : 1800 places ou dispositifs créés pour un total de 59 M€

4.4.1 Promouvoir l'autodétermination et le pouvoir d'agir

Quels que soient leur handicap, leur âge, leurs spécificités et leur mode de communication, les personnes doivent avoir la possibilité d'exprimer leurs choix, leurs aspirations, leurs projets. Ce pouvoir d'expression et de décision sur le projet de vie peut nécessiter un accompagnement adapté par un professionnel formé.

Objectifs

1. **Déployer les dispositifs d'auto-détermination.**
2. **Déployer les Groupes d'Entraide Mutuelle.**
3. **Soutenir les actions de guidance et l'aide à la parentalité : assurer la montée en charge du Centre Ressources Vie affective, sexuelle et soutien à la parentalité et déployer les dispositifs d'appui à la parentalité.**
4. **Conforter la diffusion des pratiques de réhabilitation psycho-sociale dans le secteur médico-social.**

Déployer les dispositifs d'auto-détermination

ÉTAT DES PRATIQUES &
BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'autodétermination permet aux personnes d'être les actrices principales de leur vie, et d'exercer le droit propre à chaque individu de gouverner sa vie, sans influence externe indue, et à la juste mesure de ses aptitudes.

Les professionnels du secteur médico-social sont invités à se former à l'autodétermination et à faire évoluer leurs pratiques pour améliorer la prise en compte des demandes des personnes concernées.

L'auto-détermination a commencé de se déployer dans la région, par exemple avec les Médiateurs de Parcours Inclusifs dans la Loire. Les Communautés 360 contribuent au développement de l'autodétermination, soit en portant elles–mêmes certains dispositifs, soit en étant un partenaire, un cadre de référence pour la construction des réponses.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES,
IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Développer des dispositifs d'autodétermination sur tous les territoires (faciliteurs de parcours) en articulation avec les Communautés 360.
- Soutenir les démarches de formations à l'auto-détermination et au pouvoir d'agir, pour les personnes concernées et les professionnels.
- Encourager le pouvoir d'agir par les pairs.

Déployer les Groupes d'entraide mutuelle

ÉTAT DES PRATIQUES &
BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Le dispositif des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) a considérablement évolué durant ces dernières années. En 2017, la région Auvergne-Rhône-Alpes comptait 46 GEM. Actuellement, elle dispose de 69 GEM et 1 Club-House, répartis sur tous les départements.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES,
IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Conforter les GEM existants et s'assurer de leur bon fonctionnement.
- Elargir les publics bénéficiaires, en ouvrant à d'autres déficiences.
- Améliorer la couverture territoriale avec le développement, en fonction des moyens disponibles, de nouveaux GEM ou des extensions de GEM existants et avec par exemple des modalités plus souples comme l'itinérance.
- Dans le cadre du plan santé mentale, il s'agira en particulier de développer les GEM sur les troubles psychiques, dans les territoires les moins équipés, dont prioritairement : Isère, Rhône-Métropole Lyonnaise, Ain et Haute-Savoie.
- Des objectifs spécifiques pour le soutien à l'emploi pourront être définis.

Soutenir les actions de guidance et l'aide à la parentalité : assurer la montée en charge du Centre Ressources Vie affective, sexuelle et soutien à la parentalité et déployer les dispositifs d'appui à la parentalité

La convention internationale des droits et des personnes handicapées prévoit que les états membres prennent toutes mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans tout ce qui a trait au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles.

Les travaux des accords de Grenelle sur les violences faites aux femmes (2019) ainsi que ceux du comité interministériel du handicap et de la stratégie nationale de santé sexuelle ont conduit à la création du centre de ressources « vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité » avec une implantation prévue dans chaque région.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Le centre de ressources INTIMAGIR est désormais pleinement opérationnel en Auvergne-Rhône-Alpes.

Il a pour missions de :

- proposer un accueil téléphonique permettant une écoute et une orientation adaptée et efficiente,
- établir une cartographie des professionnels et des lieux ressources,
- créer un fonds documentaire accessible à tous,
- recenser les offres de formation et la mobilisation de pairs experts en éducation et en sexualité,
- contribuer au dispositif régional d'accompagnement à la parentalité.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Déployer les dispositifs d'accompagnement à la périnatalité et à la parentalité, en cohérence avec le chantier en faveur des 1 000 premiers jours de l'enfant.
- De mettre en place le dispositif de Soutien à la parentalité pour les personnes en situation de handicap (SAPPH) en Auvergne-Rhône-Alpes.
- De veiller à l'articulation et à la complémentarité de ces différents dispositifs.

Conforter la diffusion des pratiques de réhabilitation psycho-sociale dans le secteur médico-social

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La réhabilitation psychosociale est une méthode qui contribue à l'autodétermination et au pouvoir d'agir, en s'appuyant sur les compétences des personnes et favorisant le rétablissement.

301 places de Service d'Accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) rétablissement ont été créées dans 11 départements et un projet de déploiement en cours en Haute-Loire. Un des enjeux est encore l'appropriation sur certains territoires de ce nouveau dispositif, et la consolidation de la filière sanitaire dans certaines zones (ex-Auvergne).

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Favoriser le déploiement de ces méthodes auprès d'autres SAMSAH, existants ou à créer.
- Conforter les SAMSAH engagés dans le rétablissement (poursuite d'un appui par les formations et l'étayage de la filière réhabilitation psycho-sociale, échanges de pratiques, etc.).

4.4.2 Favoriser le parcours inclusif

Objectifs

1. **Poursuivre la transformation de l'offre au service de la dynamique inclusive.**
2. **Renforcer l'étayage médico-social en appui des parcours inclusifs de scolarisation.**
3. **Soutenir l'autonomie des adultes.**

En lien avec les orientations nationales dans le champ du handicap, l'ARS poursuit résolument sa contribution au développement d'une société plus inclusive, à la transformation de l'offre médico–sociale par la promotion de l'école inclusive, ainsi qu'à la consolidation du fonctionnement en dispositif, et l'accompagnement à l'autonomie vers l'emploi.

Poursuivre la transformation de l'offre au service de la dynamique inclusive

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La transformation de l'offre médico-sociale vient en réponse à la demande des familles d'être soutenues à domicile, soucieuses de leur autonomie et du respect de leur choix de vie.

Cette finalité inclusive s'appuie sur l'augmentation de la part des services dans l'offre totale. Ainsi, la part des services en milieu ordinaire sur l'offre totale (établissements et services) doit atteindre 50 %.

Les services se sont considérablement développés dans la région, par redéploiement d'offres ou de moyens existants dans les ESMS, et par des mesures nouvelles.

Au 1er janvier 2023, **les services pour enfants et adultes** (SESSAD, SAMSAH, SSIAD, SPASAD) représentent **36 % de l'offre médico-sociale** (10 692 places de services / 18 652 places d'établissements), avec une progression marquée depuis 2018.

71 % des 1 659 places créées entre 2018 et 2022, par mesures nouvelles (enfants et adultes), sont des services (1 179 places). De la même manière, 116 dispositifs (par ex : Pôle de compétences et de prestations externalisées – PCPE, Equipes mobiles d'appui à la scolarisation – EMAS) ont été installés. La création de places de services et de dispositifs a représenté un engagement budgétaire de l'Agence proche de 39 M€ sur cette période.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

La cible de 50 % de l'offre médico-sociale en services/ dispositifs sur l'offre totale est renouvelée pour 2028.

Pour l'atteindre et en lien avec les conseils départementaux, il conviendra notamment de :

Soutenir la diversification de l'offre et l'accès facilité aux différentes modalités d'accueil (internat, accueil de jour, ambulatoire, répit), en :

- poursuivant le déploiement du fonctionnement en dispositif intégré : mise en œuvre des plans d'action territoriaux actualisés des DITEP avec tous les partenaires ; Extension progressive aux IME,
- expérimentant la plate-forme de services intégrés.

Développer les services à domicile et les modalités « d'aller-vers », au travers des :

- SESSAD, SAMSAH, SSIAD PH, PCPE…
- modalités de fonctionnement des établissements hors les murs

Développer les offres de répit, en :

- renforçant les modalités d'accueil d'urgence, séquentiel vacances-week-end, relayage, soutien à domicile.
- améliorant l'efficience des Plateformes de répit.

Renforcer l'étayage médico-social en appui des parcours inclusifs de scolarisation

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'ARS et les 3 Académies de la région se sont engagées en 2016 à améliorer le niveau de qualification des jeunes en situation de handicap, et à favoriser leur scolarisation en milieu ordinaire. La convention 2016-2022 pour l'école inclusive a défini un plan d'actions conjointes, décliné en 11 axes principaux. La coopération renforcée entre les acteurs médico-sociaux et scolaires s'est traduite par des partenariats très opérationnels entre établissements scolaires et médico-sociaux.

La mise en place des Comités départementaux de suivi de l'école inclusive en est une des illustrations les plus marquantes. Les résultats depuis 2016 sont très positifs :

- Le taux de scolarisation en milieu ordinaire a augmenté de plus de 35 %, portant le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire à près de 55 291 en 2022 (40 829 en 2017).
- Les établissements médico-sociaux ont fait évoluer leurs pratiques et ont accompagné la dynamique de « déplacement du centre de gravité » du médico-social vers l'école ordinaire, incarnée par l'externalisation des unités d'enseignement : + de 56 % des ESMS avec au moins un dispositif externalisé en milieu ordinaire.
- Les parcours se sont diversifiés et les familles ont été plus entendues concernant leur choix et leurs besoins.

Cette dynamique a été soutenue par :

- L'externalisation des unités d'enseignement des établissements médico-sociaux (EMS) : la part des EMS avec un dispositif externalisé est passé de 35 % en 2017 à 56 % (soit 254 dispositifs externalisés) à la rentrée scolaire 2021.
- Le développement de l'offre de SESSAD : le taux équipement régional des SESSAD (3,58 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans) est désormais supérieur à la moyenne nationale (3,42). Entre 2017 et 2022, sont dénombrées 1653 nouvelles places de SESSAD.

- La création de PCPE : En 2023, la région compte 62 Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE).
- La création de 38 équipes mobiles d'appui à la scolarisation.
- La généralisation du Dispositif instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques DITEP et expérimentation de DIME.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

La convention 2023-2028 entre l'ARS et l'Education nationale renouvelle l'engagement des pouvoirs publics dans un programme d'actions conjointes, avec une visée résolument inclusive et adaptée à la demande et aux besoins des élèves en situation de handicap. Elle s'appuiera sur une déclinaison locale associant étroitement les collectivités territoriales, partenaires indispensables à l'atteinte des objectifs.

Il conviendra en particulier de :

Consolider l'accompagnement des parcours inclusifs de scolarisation

- Renforcer la prise en compte des demandes de l'élève et sa famille,
- Promouvoir l'accessibilité universelle,
- mieux repérer et évaluer les besoins des élèves,
- sécuriser les parcours des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire par la diversité, la modulation et la fluidité des modalités de scolarisation et en généralisant le fonctionnement en dispositif intégré,
- 80 % des enfants des établissements médico-sociaux devront pouvoir bénéficier de modalités inclusives de scolarité (dispositif externalisé, inclusion individuelle, etc.) à horizon 2028,
- mieux accompagner la suite des parcours des élèves en situation de handicap pour leur insertion professionnelle.

Poursuivre le déploiement d'offres adaptées aux besoins spécifiques, notamment concernant les difficultés à expression comportementale, le polyhandicap, les troubles des fonctions sensorielles, et les troubles du Neuro-Développement (DYS, TSA, DI, TDAH, etc.).

Favoriser une coopération renforcée et élargie au service de l'école inclusive, en :

- poursuivant le développement des compétences notamment par les formations croisées et intersectorielles,
- améliorant la lisibilité de l'offre et des réponses possibles ; participer à l'observatoire de l'école inclusive,
- renforçant les modalités de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la Convention école inclusive.

Soutenir l'autonomie des adultes

Le parcours des personnes en situation de handicap reste empreint de difficultés, notamment lors des périodes de transition ou d'orientation inclusive. Leur accès à une formation qualifiante ou diplômante, à une préprofessionnalisation, à l'emploi ou à un logement se poursuit dans le cadre des politiques de transformation du secteur médicosocial mais également du secteur de l'emploi dans le droit commun. Celles-ci œuvrent pour favoriser les liens entre les secteurs spécialisés et de droit commun afin de soutenir des parcours de vie, de formation et d'emploi, sécurisés et diversifiés. Le développement de l'appui du secteur médico-social auprès du droit commun et notamment des employeurs et organismes de formation est un des leviers forts de cette sécurisation de parcours inclusifs.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'autonomie des adultes est appréhendée selon les 3 axes suivants : logement, emploi et formation. Des progrès sont notables dans la dynamique inclusive, avec une articulation accentuée entre les politiques de la santé et de l'emploi.

Habitat inclusif

55 projets d'habitat inclusif ont ouvert grâce au financement initial de l'ARS, dont 32 pour des personnes en situation de handicap (PSH), et 8 habitats pour des publics mixtes personnes âgées/personnes en situation de handicap. Ces projets sont en cours de reprise par Départements et la Métropole de Lyon, avec le déploiement de l'Aide à la vie partagée (AVP).

Offre en services

Parallèlement, l'ARS et les conseils départements ont créé 301 places de Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) pour les adultes porteurs de troubles psychiques, avec une articulation étroite avec le secteur sanitaire.

Création et déploiement de l'emploi accompagné sur toute la région

Le dispositif d'emploi accompagné s'est fortement développé depuis 2017, en permettant l'accompagnement de plus 800 personnes sont accompagnées dans ce cadre.

L'offre s'est organisée en 12 plateformes départementales au 1er janvier 2023.

Un partenariat étroit s'est structuré entre l'ARS, l'Agefiph, le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPH-FP) et le service public de l'emploi, en liaison avec les missions locales et les Maisons départementales pour les personnes handicapées – MDPH (comités de pilotage régionaux et départementaux).

Plan de transformation des Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)

Différentes mesures d'accompagnement ont permis d'initier le plan de transformation des ESAT :

- le soutien par le Fonds d'accompagnement à la transformation des ESAT (FATESAT),
- une augmentation des places offertes aux personnes en situation de handicap avec troubles psychiques conformément au Schéma régional de santé antérieur,
- l'insertion en milieu professionnel ordinaire a été favorisée via le développement de modalités « hors les murs » et de transition.

Formation des adultes : évolution des Etablissements et service de réadaptation professionnelle

- Un état des lieux et une projection dans la transformation de l'offre des Centres de réadaptation professionnelle (CRP) en Etablissement et service réadaptation professionnelle (ESRP), ont été réalisées en 2021.
- La création d'une plateforme d'accompagnement, d'orientation, de formation et d'inclusion professionnelle en Savoie en 2020 et en Isère en 2023.

10 Pôles de compétence et de prestations externalisées (PCPE) pour les adultes ont été créés également au bénéfice d'adultes en attente de places d'établissements ou pour étayer la vie à domicile.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

Poursuivre le développement de l'emploi accompagné.

Mettre en œuvre le plan de transformation des ESAT en :

- organisant une graduation des parcours des personnes,
- proposant des parcours inclusifs pour ceux qui le souhaitent et le peuvent, en garantissant le droit au retour,
- développant la formation et les dispositifs de reconnaissance des compétences professionnelles,
- travaillant les périodes de transition : en particulier préparer l'entrée et la sortie en ESAT,
- optimisant l'offre et les capacités d'accompagnement,
- adaptant les compétences aux besoins des travailleurs de l'ESAT et identifiant au moins 20 % des places pour le handicap psychique.

Conduire l'évolution des Centres de réadaptation professionnelle (CRP) en ESRP et des Centre de pré-orientation (CPO) en Etablissement et service de pré orientation (ESPO), en :

- élargissant le public accompagné en développant notamment l'accueil des jeunes et des travailleurs d'ESAT,
- assurant des prestations diversifiées et personnalisées avec des modes d'intervention plus flexibles, une ouverture sur l'extérieur et des partenariats de proximité (mode plateforme), des temporalités adaptées (séquentiel, discontinu, temps complet ou partiel…),
- déployant pour tout ou partie des prestations nouvelles (évaluation médico-psycho-sociale et professionnelle, expertise auprès des organismes de formation et d'insertion de droit commun),
- améliorant la couverture territoriale des besoins par une recomposition de l'offre dans le cadre des CPOM et à moyens constants.

Assurer une meilleure couverture des besoins en SAMSAH.

4.4.3 Améliorer l'accès au repérage, diagnostic et accompagnements précoces

L'importance du repérage, l'intérêt d'un diagnostic et d'un accompagnement les plus précoces possibles dès la suspicion ou la révélation du handicap, font consensus afin de prévenir les risques de sur-handicap, et favoriser le développement et la maturation les plus favorables de l'enfant.

L'ARS s'est fixée dans le cadre du Projet régional de santé 2018-2028 d'améliorer les fonctions de repérage, dépistage et diagnostic notamment des troubles de développement et favoriser une plus grande précocité des accompagnements.

Objectifs

1. **Poursuivre le développement des fonctions ressources pour assurer une diffusion plus large de la culture du repérage, faciliter le diagnostic et assurer le respect des bonnes pratiques professionnelles ainsi que des accompagnements de qualité.**
2. **Conforter l'activité de diagnostic des facteurs de risques et des troubles éventuels et la mise en place d'accompagnement précoces et adaptés.**

Poursuivre le développement des fonctions ressources pour assurer une diffusion plus large de la culture du repérage, faciliter le diagnostic et assurer le respect des bonnes pratiques professionnelles ainsi que des accompagnements de qualité

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre invite au déploiement d'une fonction dite ressource, d'appui aux usagers, à leur famille et aux professionnels. Cette fonction doit comprendre des actions de formation et de soutien en termes d'expertise auprès des établissement et services médico-sociaux (ESMS) et des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), en particulier dans le cadre des situations complexes et de la mise en œuvre de Groupes opérationnels de synthèse (GOS).

La fonction ressource répond en premier lieu à cinq objectifs :

- Assurer des accompagnements adaptés de qualité.
- Renforcer l'accompagnement en proximité.
- Assurer une continuité des parcours.
- Diminuer le défaut de réponse, de réponses inadaptées ou les risques de rupture.
- Renforcer l'efficience de l'offre médico-sociale.

Elle contribue également à la sensibilisation des acteurs en matière de repérage, à leur montée en compétence, à leur organisation sur le territoire, ainsi qu'à l'amélioration de l'accès au diagnostic par la diffusion de la connaissance qu'elle insuffle et par le rôle joué par les centres experts dans la pose de diagnostics complexes.

La fonction ressource est déclinée à différents niveaux territoriaux, correspondant à des niveaux d'expertise distincts :

Les centres ressources nationaux en région :

- **Le Centre national de ressources sur les handicaps rares associés à une épilepsie sévère porté,** depuis 2012, par la TEPPE dans la Drôme
- **Le Centre de référence « déficience intellectuelle de causes rares :** dans le cadre du plan « Maladies rares », le centre de référence de Lyon a été labellisé en 2005 pour son expertise dans les déficiences intellectuelles de causes rares, dont le syndrome de l'X fragile et d'autres syndromes liés au chromosome X.
- **Le Centre des maladies génétiques à composante psychiatrique, GénoPsy, porté par le CH Le Vinatier.** Ce centre propose une évaluation pluridisciplinaire et intervient également dans le diagnostic des formes syndromiques des troubles psychiques et des troubles du neurodéveloppement. Son recrutement est national et concerne les enfants, les adolescents et les adultes.
- **Le centre ressource de réhabilitation psychosociale** porté par le CH Le Vinatier, devenu centre ressource national depuis le 1er janvier 2023.

Les pôles ressources régionaux

Ils conjuguent recherche-action, expertise sur situations individuelles complexes, appui aux équipes, diffusion des connaissances, formation dont la formation des aidants. Ils interviennent le plus souvent dans les diagnostics complexes et contribuent également à organiser le maillage régional des ressources dans le secteur. Peuvent ainsi être cités :

- Les 2 Centres de ressources autisme (CRA) en ex-Auvergne et ex-Rhône-Alpes,
- Les centres de référence troubles du langage et des apprentissages,
- Les 4 centres référents sur la réhabilitation psychosociale implantés à Lyon, Grenoble, Saint-Etienne et Clermont-Ferrand,
- L'Equipe relais handicaps rares Auvergne-Rhône-Alpes et les plateformes déployées en Auvergne,
- Les Centres techniques régionaux pour la déficience visuelle à Villeurbanne et Clermont-Ferrand,
- Le Service mobile d'accompagnement d'évaluation et de coordination (SMAEC), centre ressources pour enfants et jeunes adultes âgés de 0 à 25ans cérébrolésés,
- Le Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP), dont le rôle est la surveillance de l'évolution des handicaps sévères de l'enfant et l'évolution de la mortinatalité, l'analyse de l'évolution des étiologies

- L'Institut national des jeunes sourds de Chambéry qui a développé une expertise sur les troubles DYS et a vocation à déployer celle-ci non seulement sur le département de la Savoie mais aussi sur celui de la Haute-Savoie.

Les pôles ressources départementaux

Une offre spécialisée est disponible dans les départements pour certains types de handicap : TSA, DYS, déficients auditifs, visuels. Des ressources spécialisées dans la cérébrolésion sont également disponibles sur le territoire Auvergne-Rhône-Alpes.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

Conforter les offres ressources et les rendre plus visibles, en :

- identifiant mieux les pôles ressources territoriaux et en valorisant leur rôle,
- menant une étude sur la couverture territoriale en SESSAD et leur organisation en 2 niveaux généralistes/spécialisés ; l'objectif est, à horizon 2024, de mieux cerner l'influence territoriale des SESSAD spécialisés et de mesurer l'effectivité de leur apport en matière d'expertise,
- structurant davantage le diagnostic, l'annonce et l'accompagnement notamment du polyhandicap en articulation étroite avec la filière sanitaire.

Conforter l'activité de diagnostic des facteurs de risques et des troubles éventuels et la mise en place d'accompagnement précoces et adaptés

Le Schéma régional de santé 2018-2023 établissait le constat de l'existence d'entraves à une large diffusion de la culture de repérage précoce, notamment d'éventuels troubles du neurodéveloppement (méconnaissance du handicap de la part des acteurs, difficultés de l'annonce, faiblesse des ressources).

Des difficultés d'accès au diagnostic, d'embolisation des structures ressources, de défaut d'accompagnement précoce étaient constatés faute de ressources et de structuration aboutie des différents acteurs.

Trois actions étaient par conséquent ciblées pour corriger ce constat :

- Sensibiliser et outiller les professionnels de santé libéraux et institutionnels (Protection maternelle et infantile – PMI, Aide sociale à l'enfance – ASE, santé scolaire) au repérage et au dépistage des situations de handicap (dont troubles du neurodéveloppement) en s'appuyant sur les centres experts ou de ressources (niveau 3).
- Structurer les 3 niveaux de diagnostics :
  - Niveau 1 > dépistage par tout professionnel médical ou paramédical
  - Niveau 2 > avis spécialisé
  - Niveau 3 > expertise sur des situations complexes avec risque de rupture
- Renforcer la précocité des accompagnements.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Sensibilisation et outillage des professionnels de santé libéraux et institutionnels :

- diffusion importante d'outils de repérage des Troubles du neuro développement (TND) et de sensibilisation des professionnels,
- déploiement d'actions de sensibilisation et de formation aux TND par le Centre ressources autisme (CRA) Auvergne-Rhône-Alpes, l'OPCO santé, l'institut Jean Bergeret ou encore dans le cadre du programme START (Service territorial d'accès aux ressources transdisciplinaires, réseau défi-science).

Accès au diagnostic et à un accompagnement le plus précoce et/ou le plus adapté possible :

- déploiement des Plateformes de coordination et d'orientation (PCO) 0-6 ans,
- mise en œuvre d'un plan d'action de réduction des listes d'attente et d'accès au diagnostic des CRA,
- mise en place et renfort de 3 consultations spécialisées pour le diagnostic et l'accompagnement post-diagnostic des adultes avec Troubles du spectre de l'autisme (TSA) : Le Vinatier - unité TS2A, GCSMS REHACOOR 42, CH Alpes Isère.

Structuration des 3 niveaux de diagnostic :

- élaboration en 2017-2018, de manière concertée avec les acteurs, d'un cahier des charges régional des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ; évaluation en cours de son degré de mise en œuvre et des pratiques,
- sous l'impulsion de la Délégation interministérielle à l'autisme (DIA) au sein des TND, incitation des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et Centre médico-psychologique (CMP) à s'inscrire dans une démarche qualité sur la base du volontariat (17 CAMSP + 1 antenne, 4 CMPP et 1 CMP).

Repérage et changement des pratiques :

- déploiement en région de la mesure 37 de la Stratégie Nationale Autisme – repérage des adultes dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux non spécialisés,
- consolidation de la consultation douleur proposée par le Centre Ressources Autisme Rhône-Alpes.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Poursuivre la formation et la montée en compétence des acteurs de ligne 1 (plan de formation TND).
- Soutenir les offres de ligne 2, notamment les CAMSP.
- Engager plus largement les CAMSP, CMPP et les CMP dans une démarche de qualité : systématisation des diagnostics et pratiques d'accompagnement conformes aux Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP).
- Pour les PCO :
  - Consolider l'activité des PCO 0-6 ans.
  - Créer les offres de PCO pour les 7-12 ans.
  - Garantir leur bonne articulation avec tous les niveaux de l'offre : professionnels, libéraux, Education nationale, offre MS spécialisée, niveaux experts.
  - Asseoir leur rôle de diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP).
  - Renforcer et mobiliser les offres d'aval des PCO afin de fluidifier les parcours.
- Poursuivre l'identification d'unités hospitalières référentes (unités d'évaluation et diagnostics TSA, neuropédiatrie, dimension somatique, génétique, etc.).
- Renforcer l'accompagnement des acteurs par les centres experts (CRA, actions des CRTLA, Réhabilitation psychosociale).
- Reprendre le repérage des adultes souffrant de TSA et TND : mesure 37 de la Stratégie nationale autisme.

4.4.4 Optimiser l'offre médico-sociale pour garantir la continuité des parcours

Objectifs

1. **Améliorer le parcours des jeunes adultes afin de diminuer le nombre de situations en amendement CRETON.**
2. **Développer les solutions pour les personnes handicapées vieillissantes.**
3. **Améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap en « situation complexe ».**
4. **Consolider les actions au titre du polyhandicap, TND, handicap psychique.**
5. **Définir les modalités de quantification de l'activité des établissements et services**

Améliorer le parcours des jeunes adultes afin de diminuer le nombre de situations en amendement CRETON

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Près de 1 000 jeunes adultes sont accompagnés dans des établissements pour enfants, au titre de l'amendement Creton, en 2022 et ce, dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée.

Le nombre de jeunes relevant de l'amendement Creton dans notre région, ne cesse de croître et de s'intensifier dans la durée, quelle que soit la nature de leur orientation alors que ce dispositif ne devrait être que temporaire pour les bénéficiaires.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a déployé sur la période 2018-2022, l'installation de 837 places nouvelles (soit la moitié de l'ensemble des places créées sur le handicap) et 11 dispositifs en faveur des adultes en situation de handicap, pour un engagement budgétaire de près de 25 M€.

Cet effort s'est majoritairement concentré sur les Etablissements d'accueil médicalisés (EAM), avec 250 places, en concertation avec les départements et les Maisons d'accueil spécialisée (MAS) pour 157 places ; les services pour adultes ayant également fait l'objet d'une attention particulière avec la création de 360 places de SAMSAH.

Face à l'expression des besoins, l'ARS poursuit le développement de l'offre à destination des adultes en ciblant pour la période 2023/2025, le financement de

plus de 92 % des places prévues (soit 533) qui ouvriront au sein d'établissements et services pour adultes en situation de handicap et principalement au sein d'EAM et de MAS.

La transformation/développement de l'offre secteur adulte est un engagement fort dans les CPOM afin de répondre aux enjeux de parcours des jeunes adultes handicapés relevant de l'amendement Creton.

Des Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) pour les adultes ont été également impulsés dans certains territoires.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Réaliser le développement de l'offre programmée et s'assurer de la priorisation d'admission des publics jeunes adultes dans cette offre nouvelle.
- Conduire une étude qualitative en vue d'un plan d'action infra-territorial en lien étroit avec les collectivités, sur 4 territoires : Métropole lyonnaise, Loire, Puy-de-Dôme, Savoie.
- Inscrire dans les CPOM et projets d'établissements des ESMS une dynamique de parcours dès le plus jeune âge (projet professionnel, habitat, autonomie, transition vers autre ESMS, transports, etc.).
- Renforcer l'offre avec hébergement pour les adultes sur les territoires prioritaires en complémentarité avec les Conseils Départementaux et la Métropole lyonnaise.

Développer les solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'avancée en âge de la personne en situation de handicap entraine l'apparition et/ou l'aggravation des problèmes de santé, avec une croissance des besoins médicaux, une fatigabilité importante et une perte progressive d'autonomie.

Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, 44 % des personnes accueillies en établissement pour adultes en situation de handicap ont 45 ans et plus. Le département du Cantal est le plus impacté avec 55 % de personnes de 45 ans et plus.

Les établissements de l'Isère et de la Métropole de Lyon présentent une population relativement plus jeune, avec 41 % de résidents de 45 ans et plus.

Les EAM sont les établissements les plus concernés, avec 61 % de résidents ayant 45 ans et plus.

L'offre pour les Personnes handicapées vieillissantes (PHV) a été développée dans les territoires prioritaires : Ain, Isère, Rhône et métropole de Lyon, Savoie, Haute-Savoie, Puy-de-Dôme : 157 places créées, avec une enveloppe de 3,5 M€.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Prévenir l'impact de la perte d'autonomie (vieillissement) sur la déficience et créer une offre de prévention et d'accès aux soins pour les personnes à domicile et en établissement.
- Développer la transversalité avec le secteur PA, pour la création d'unités PHV en EHPAD et en établissements adultes en situation de handicap, et pour la mutualisation des formations sur les PHV, des professionnels sur les deux secteurs.
- Médicaliser des places pour adultes (SAVS en SAMSAH, Foyer de vie, en EAM).
- Conforter l'accompagnement des PHV et de leurs aidants à domicile en développant l'offre d'aide à domicile et de places de répit en structures (accueil temporaire).
- Développer les partenariats avec le secteur sanitaire (gérontologie, Handiconsult, unités d'accueil et de soins pour personnes sourde, etc.).
- Aménager l'activité professionnelle des travailleurs en ESAT et leur cessation progressive d'activité (postes de travail et temps de travail aménagés, développement des temps partiels, offre d'activités adaptées sur les temps libérés, etc.).
  Par ailleurs, la cessation définitive de l'activité professionnelle doit être préparée et le changement de lieu de vie anticipée.

Améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap en « situation complexe »

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La Réponse accompagnée pour tous (RAPT) a été mise en place dans tous les départements, avec des plans d'actions partenariaux ARS, Département, Maison départementale pour les personnes handicapées – MDPH et la mobilisation forte des organismes gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Ce dispositif a été complété depuis 2021, par le déploiement des Communautés 360 missionnées dans la co-construction de solutions. Les principaux leviers de la

RAPT ont été mobilisés : référents RAPT des MDPH, dispositifs d'orientation permanent, Groupes opérationnels de synthèse, Plans d'actions globaux pour les situations les plus compliquées.

Ces actions conjointes et soutenues ont amélioré l'interconnaissance et le rapprochement entre les acteurs du handicap, de l'ASE, de l'école et la co-construction de solutions a été facilitée.

Toutefois, des points d'attention sont à retenir : il est constaté de nombreuses situations complexes avec des réponses insuffisantes, des tensions sur les offres sanitaire et médico-sociale (ex : santé mentale), des coopérations encore insuffisantes, la mobilisation des ESMS parfois insuffisante en GOS.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

Accompagner les ESMS au changement de pratiques, en :

- développant des formations systématiques des professionnels à la gestion des troubles du comportement, et au repérage des troubles somatiques et de la douleur,
- Assurant un recours plus efficient à la fonction ressources
- mobilisant des crédits ponctuels en fonction des besoins et après l'évaluation des actions conduites,
- adaptant des projets d'établissements, en mobilisant de l'offre dans le cadre des Communautés 360, en recherchant une régulation concertée des admissions,
- échangeant les pratiques avec les MDPH sur l'évaluation des besoins, les modalités d'orientation et la contribution à la recherche de solutions, en liaison avec les communautés 360.

Graduer les réponses en fonction des besoins, en :

- faisant évoluer l'offre d'accueil en identifiant des unités dédiées,
- poursuivant la création des unités résidentielles pour les adultes en situations très complexes (TSA) et en situations complexes (toutes déficiences),
- développant la fonction d'appui avec aller vers le domicile et les ESMS.

Favoriser la co-construction des solutions et le renforcement des partenariats, en :

- consolidant la mission des communautés 360 dans la recherche de solutions, en qualité de levier pour la RAPT,
- développant les dispositifs croisés ASE-médico-social,
- favorisant l'articulation DAC-Communautés 360 pour une meilleure orientation et un accompagnement renforcé des personnes en situation de handicap (PSH).

Soutenir les familles et les équipes dans la prévention des ruptures de parcours (répit, autodétermination).

Consolider les actions au titre du polyhandicap, Troubles du neuro développement, handicap psychique

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'objectif du Schéma régional de santé 2018-2023 était de développer et renforcer l'offre médicalisée pour les publics atteints de déficiences les plus sévères, en particulier concernant le handicap psychique, l'autisme et le polyhandicap.

Les offres nouvelles ont été prioritairement identifiées dans le secteur des **adultes,** afin de réduire le nombre important d'adultes maintenus dans les établissements d'enfants au titre de l'amendement Creton. L'action a aussi porté sur la **création d'offres pour accompagner les situations les plus complexes,** présentant notamment des troubles sévères du comportement.

Des financements nouveaux dans le cadre des stratégies handicap psychique, polyhandicap et autisme ont donc été dédiés à cette offre. Des appels à projets ont été lancés pour les départements prioritaires, ainsi que des extensions de leurs capacités. Les projets se concrétisent progressivement, y compris jusqu'en 2024-2025, car des opérations immobilières sont nécessaires.

De nombreuses ouvertures ont été effectuées depuis 2018 et sont programmées jusqu'à 2025, en particulier dans les territoires prioritaires : Haute-Savoie, Métropole lyonnaise, Rhône, Isère et Ain.

Ces ouvertures sont financées au titre des trois stratégies nationales déployées dans la région : TSA-TND, handicap psychique et polyhandicap. L'investissement en création d'établissements et de places mais aussi de renforts financiers est conséquent.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

Poursuivre la mise en œuvre régionale de la stratégie Trouble du spectre autistique (TSA) et Trouble du neurodéveloppement (TND), en :

- graduant les réponses en fonction des besoins,
- faisant évoluer l'offre d'accueil en identifiant des unités dédiées,
- poursuivant la création des unités résidentielles pour les adultes en situations très complexes (TSA) et en situations complexes (toutes déficiences),
- améliorant l'accès au repérage, au diagnostic et aux accompagnements précoces et adaptés,
- poursuivant le déploiement des dispositifs de scolarisation : Unités d'Enseignement Maternelle Autisme (UEMA), Unités d'Enseignement Elémentaire Autisme (UEEA), Dispositifs d'Auto-Régulation,
- soutenant les lignes 2 et en particulier les acteurs du repérage précoce,
- engageant une réflexion sur la création de parcours DYS et TDAH,
- promouvant la diffusion des RBPP et des démarches qualité (plan de formation, plan qualité CAMSP CMPP, etc.),
- facilitant le déploiement de GEM TSA.

Poursuivre les actions concernant l'accompagnement des personnes souffrant de handicap psychique, en :

- envisageant une extension des SAMSAH Rétablissement,
- poursuivant le développement des GEM,
- améliorant les liens entre le sanitaire et le médico-social en s'appuyant sur les ressources du sanitaire (ex : unités de prise en charge précoce des psychoses émergentes).

Proposer des axes régionaux d'amélioration de l'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap et de handicaps rares, en :

- réalisant un état des lieux des ressources et des besoins,
- mettant en place, pour l'accompagnement des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale le parcours coordonné de diagnostic, de rééducation et de réadaptation pris en charge par l'assurance maladie, sur prescription médicale,
- améliorant l'accès aux apprentissages des jeunes par le développement d'unités d'enseignement internes aux établissements médico-sociaux et par l'externalisation des unités d'Enseignement existantes, ou autres dispositifs inclusifs.

Définir les modalités de quantification de l'activité des établissements et services

Définitions

L'activité prévisionnelle est l'activité théorique

Nombre de jours multiplié par la capacité autorisée. L'activité prévisionnelle est le nombre de journées que prévoit de réaliser la structure, dans son budget prévisionnel.

Taux d'occupation

Le taux d'occupation est le rapport entre l'activité réalisée, en journées / actes et l'activité théorique. Il mesure l'activité réalisée au regard de la capacité totale de l'établissement ; le nombre de journées théoriques est le nombre de journées possibles au maximum sur l'année. En cas de changement capacitaire intervenu en cours d'exercice, il convient d'en tenir compte dans le dénominateur.

File active

Cet indicateur est complémentaire au taux d'occupation. Conformément au tableau de bord de la performance, la file active correspond à la somme du nombre de personnes accompagnées dans l'effectif au 31 décembre de l'année N et du nombre de sorties définitives dans l'année.

Dans le cadre de la contractualisation, il est proposé d'apprécier mensuellement les flux des entrées et des sorties de personnes accompagnées.

Le fonctionnement en file active consiste pour un ESMS à accueillir ou accompagner un nombre d'usagers potentiellement supérieur à sa capacité autorisée exprimée en nombre de places (guide de mesure de l'activité CNSA), à partir de la délivrance d'une variété de prestations. La logique de modulation individuelle de l'accompagnement pour chaque bénéficiaire, rendant compte de l'agilité des gestionnaires dans la mobilisation des ressources en fonction des besoins des personnes est la base du fonctionnement en file active.

Afin de s'assurer que chaque personne soit réellement intégrée dans la file active, celle-ci n'est comptabilisée qu'à partir du moment où :

- un document individuel de prise en charge ou contrat de séjour est formalisé et transmis à l'usager,

ou

- lorsque l'équipe de l'ESMS a réalisé une prestation dans le cadre d'une évaluation de situation ou dans une démarche d'élaboration de projet individuel.

Liste attente

Nombre de personnes inscrites sur la liste d'admission d'un ESMS et dont l'actualisation de la demande d'admission est effective

Taux de rotation

A partir du nombre de personnes accueillies ou accompagnées sur une place nécessitant un hébergement sur une période donnée (ex : sur une semaine, trois jeunes peuvent être accueillis dans le cadre d'un internat séquentiel sur une place d'hébergement de semaine en Institut médicoéducatif (IMEà ou ITEP), il est calculé comme suit : nombre d'admissions dans l'année / nombre de places financées (hors accueil temporaire)

Durée d'ouverture

Nombre de jours possibles au minimum sur l'année, pendant lesquels une prise en charge des usagers, une prestation de répit sont réellement effectives.

- Les Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et les Maisons d'accueil spécialisé (MAS) sont ouverts 365 jours/an,
- Les IME, ITEP, Institut d'éducation motrice (IEM), SESSAD sont ouverts 210 jours/an au minimum,
- SAMSAH : cible de 280 jours/an au minimum.

Les cibles d'activité par type d'ESMS

Les établissements fonctionnant 365 jours : Maison d'accueil spécialisée (MAS), Foyer d'accueil médicalisé (FAM).

- Le taux d'occupation contractualisé est de 90 % en défalquant les sorties de moins de 72h (pour ne pas faire obstacle à la pratique des établissements favorisant les séjours au domicile des aidants). Les sorties de moins de 72h ne sont donc pas comptabilisées.
- Le taux de 80 % à 90 % est applicable aux places d'accueil temporaire prévues à l'agrément ou à des places vacantes temporairement suite à l'absence du résident. Il sera tenu compte de deux prérequis : le déploiement du système d'informations Via Trajectoire et l'existence d'un projet spécifique. En effet, l'accès à l'offre et l'identification par les aidants d'un projet de répit sont des facteurs favorables à la mobilisation de l'offre d'accueil temporaire. Les établissements qui offrent ce type de places devront assurer une diversification du public lorsque le plateau technique le permet, étant considéré que l'accueil temporaire a vocation à être organisé en faveur des personnes en situation de handicap mais aussi des malades chroniques.

Les établissements offrant des réponses mixtes : hébergement de 365 jours auquel s'ajoutent de l'accueil de jour et des services :

- le taux d'occupation de l'hébergement obéit aux mêmes règles que celles énoncées ci-dessus,
- pour l'accueil de jour : le taux est également de 80 à 90 % avec une file active a minima de 1,3 personne accueillie dans l'année pour une place,
- pour les services, 3 cas de figure selon que l'établissement relève du secteur enfants ou adultes ou que le service soit un PCPE (voir ci-après).

Les établissements pour enfants fonctionnant 210 jours (au moins) :

- S'agissant de l'internat : le taux contractualisé d'occupation est de 90 %.
- Une file active a minima de 1,1 est contractualisée en soutien d'un accueil plus séquentiel.
- S'agissant du semi-internat ou de l'accueil de jour, le taux contractualisé est de 90 %. La file active est également à minima de 1,3
- Autres principes directeurs :
  - une place de service = 1/3 d'une place d'internat,
  - l'activité liée aux modalités externalisées de scolarisation entre dans l'activité de semi-internat/accueil de jour. La « classe » externalisée doit accueillir au moins 6 jeunes,
  - l'accueil de jour doit permettre des allers et retours entre modalité externalisée et modalité internalisée de l'unité d'enseignement, mais aussi l'accueil d'un jeune d'un autre établissement,
  - le dispositif d'unité d'enseignement comprend les deux modalités externalisée et internalisée, et tous les modes de scolarisation individuelle.

Les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)

Chaque PCPE définit sa file active. Le taux d'activité est de 90 %. Le nombre d'actes minimum est de 2 par semaine. Lorsque le PCPE a été construit à partir d'une reconversion de places, l'hypothèse d'une place pour 3 suivis est réaliste. Depuis 2018, une trame type est proposée aux PCPE pour le suivi de leur activité.

Activité des Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et des Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Le principe conjugue un taux d'occupation contractualisé sur la base de 90 % et une file active variable selon les projets de service.

- **Le taux d'occupation** contractualisé est de 90 % au sens du Tableau de bord de la Performance : activité réalisée sur prévisionnel en fonction de la file active retenue par le SESSAD/SAMSAH.
- **Concernant la file active,** l'Agence a réalisé un état des lieux des activités des services entre 2018 et 2021 afin d'analyser l'atteinte des files actives cibles issues du précédent SRS (comprises entre 1.3 et 1.8 selon l'intensité de l'accompagnement préconisé et la clientèle).

Cet état des lieux a mis en évidence que :

- d'une part, au niveau régional, les objectifs cibles n'ont pas pu être atteints par une majorité de services,
- d'autre part, les résultats témoignent d'une forte hétérogénéité de files actives réalisées entre services accompagnant une clientèle similaire selon les départements d'implantation.

Ces écarts soulignent des réalités de fonctionnement de services extrêmement différentes et par conséquence, la nécessité d'intégrer d'autres critères pour déterminer les files actives cibles.

Dans le présent Schéma régional de santé, les principes posés sont les suivants :

- les files actives seront arrêtées pour chaque service lors des négociations CPOM ou à défaut lors des dialogues de gestion,
- les files actives cibles seront déterminées pour chaque service en conjuguant la prise en compte de valeurs plancher repères et des critères complémentaires contextuels,
- elles seront établies à partir des moyennes mensuelles conformément aux définitions intégrées dans l'annexe 3 du processus régional CPOM.

Les valeurs plancher repères sont issues de l'état des lieux de l'activité des services 2018/2021 par grande famille de clientèle (en application du Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif *à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques).*

Il est attendu que chaque service atteigne à minima ce niveau de file active.

Tout comme en 2018, la typologie de clientèle constitue un paramètre essentiel pour la détermination de l'activité cible. Elle permet de distinguer les services qui sont généralistes et sont considéré comme relevant d'un niveau 1 de proximité et ceux qui sont spécialisés et qui renvoient à un niveau 2.

Pour les SESSAD, les valeurs plancher repères par clientèle sont les suivantes :

Population	File active plancher
Déf. Intellectuelle	1,4
Déficience auditive grave	1,4
Déficience motrice	1,3
Déficience visuelle grave	1,6
Diff. Psy. Trouble Compt	1,4
Hand. cognitif spécif	1,3
Polyhandicap	1,2
Toutes Déf P.H. SAI	1,4
Trbl. Spectre autisme	1,4
Auvergne-Rhône-Alpes	1,4

Pour les SAMSAH, les valeurs plancher repères par clientèle seraient les suivantes :

Population	File active plancher
Cérébrolésion	1,5
Déficience Motrice	1,6
Handicap psychique	1,4
Toutes Déf P.H. SAI	1,5
Trbl. Spectre autisme	1,7
Auvergne-Rhône-Alpes	1,5

Le niveau minimal de file active pourra évoluer à la hausse en fonction de l'application de plusieurs critères complémentaires et cumulatifs :

- Les personnes en liste d'attente :

La démarche de fiabilisation des données de Viatrajectoire PH conduite par l'ARS et le Groupement de Coopération sanitaire système d'information santé en Auvergne-Rhône-Alpes (GCS SARA), en 2023, doit permettre de disposer de données précises sur le nombre de personnes en attente d'accompagnement.

- Le nombre de jours d'ouverture annuels des services :

Ce nombre de jours a un impact direct sur l'activité de la structure. Dans un souci de continuité d'accompagnement des bénéficiaires, les services doivent assurer à minima 210 jours d'ouverture (SESSAD) et 280 jours (SAMSAH).

- Le territoire d'intervention :

La démarche de fiabilisation des données de Viatra-jectoire / personnes âgées doit permettre de disposer de données précises sur la provenance géographique des bénéficiaires des services.

- Le nombre d'ETP accompagnement mobilisable (professionnels socio-éducatifs, paramédicaux et médicaux) [et non pas le taux d'encadrement global comme en 2018] :

L'effectif de professionnels d'accompagnement mobilisables est un déterminant essentiel à la production d'activité.

- Le nombre d'heures d'accompagnement / semaine / bénéficiaire :

Conformément à la logique affichée en 2018, les professionnels d'accompagnement, sus mentionnés, doivent consacrer à minima 70 % de leur temps de travail à des prestations **liées directement à la mise en œuvre du projet personnalisé des personnes accompagnées.** En application de la nomenclature des prestations SERAFIN-PH et du guide de mesure de l'activité de la CNSA, ces prestations directes sont des services réalisés au profit des personnes, dans un cadre individuel ou collectif, sous la forme d'une intervention directe ou indirecte. Dans ces prestations directes, sont donc également intégrées les temps d'accompagnement exercés auprès de l'entourage, les familles et les fratries mais également les temps de coordination des partenaires dédiés spécifiquement à la mise en œuvre du projet de la personne (Prestation SERAFIN-PH 2.4 et 2.4.1 Prestation de coordination renforcée pour la cohérence du parcours).

A contrario, un maximum de 30 % du temps de travail des professionnels d'accompagnement peut être consacré aux activités connexes de l'accompagnement des personnes (réunions, déplacements, projets transverses, etc.). Ce volume horaires correspond au temps consacré à la réalisation de prestations indirectes au sens de la nomenclature SERAFIN-PH.

Dans les activités connexes de l'accompagnement, sont intégrées :

- les actions réalisées dans le cadre du service de suite,
- les actions relevant de la fonction ressource du service.

Concernant le public enfant, dans le cadre d'un fonctionnement en dispositif, l'activité contractualisée de chacune des modalités est calculée sur les mêmes bases que celles précisées pour les services, l'accueil de jour, l'externalisation des Unités d'enseignement (UE) et l'hébergement.

Le cumul de modalités pour un enfant ne vaut pas comptabilisation de l'enfant pour chacune des modalités.

Il s'agit de distinguer le nombre de jeunes accompagnées par modalité en file active et la fluidité des accompagnements.

La non-atteinte des objectifs contractualisés fait l'objet d'une analyse annuelle. Il conviendra de distinguer les causes conjoncturelles des causes structurelles, en tenant également compte des éléments comparatifs d'évaluation.

Les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Des cibles d'activité sont précisées ci-dessous et seront intégrées aux CPOM :

- Concernant la durée de prise en charge, l'objectif est d'augmenter le taux de rotation de la file active de manière à diminuer les listes d'attentes et éviter le risque de chronicisation :
  Cible : la durée d'accompagnement cible devra être inférieure ou égale à 2 années pour 70 % des enfants accueillis.
- Concernant l'activité d'accompagnement hors diagnostic (nombre de prestations directes) :
  Cible : au moins un acte facturable par semaine et par enfant est requis lorsque ce dernier est en traitement.
- Concernant le partenariat et la coopération avec les acteurs du territoire :
  Cible : Tendre vers 50 % des heures de réunions de suivi d'enfants qui incluront des partenaires extérieurs.

Le fonctionnement en dispositifs

Le dispositif intégré est défini en nombre de modalités. Chaque modalité est décrite dans le CPOM. L'activité contractualisée de chacune des modalités se réfère aux règles définies précédemment .

La mise en œuvre de l'inclusion scolaire et le déve-loppement des Unités d'enseignement externalisées (UEE) ont pour conséquence le développement de ce fonctionnement au-delà des structures dédiées au public des DITEP.

Outre l'inclusion en milieu ordinaire scolaire comme axe prioritaire du fonctionnement en dispositif, une prestation préventive sur les listes d'attente est à considérer comme une modalité en tant que telle.

Ces deux activités soutiennent le rôle du DITEP en direction des environnements de droit commun.

File active en Etablissement de service d'aide par le travail (ESAT)

Conformément à l'annexe 2 de la circulaire du 2 mai 2017 et au plan de transformation des ESAT introduit en 2022, ces derniers doivent s'organiser pour une gestion plus souple des places autorisées, en présentant un rapport d'activité en ETP et non en nombre de travailleurs handicapés.

L'objectif est d'atteindre une occupation à 100 % des places autorisées, en acceptant les temps partiels et en

annualisant le décompte de l'activité (possibilité de dépasser ponctuellement les places autorisées, par un lissage sur l'année) .

Si les sorties en milieu ordinaire de travail sont toujours à soutenir pour les travailleurs qui le souhaitent-peuvent, **des objectifs seront fixés dans les CPOM en matière de soutien à l'employabilité et à** la formation.

Les cibles qualité et efficience

Parmi les leviers majeurs à mobiliser pour l'évolution de l'offre de l'accompagnement médico-social dans les 5 ans figurent :

- la généralisation des CPOM alliant recomposition, performance et qualité des accompagnements (respect des RBPP / analyse des pratiques / indicateurs qualités),
- la qualité des interventions (plan d'amélioration continue de la qualité et conformité aux RBPP),
- l'accompagnement de l'évolution des pratiques professionnelles et le renforcement qualitatif de l'offre existante,
- la conformité aux indicateurs du référentiel d'évaluation de la qualité publié par la Haute autorité de santé dans le cadre de l'évaluations quinquennale des ESMS.

4.4.5 Favoriser l'accès à la prévention et aux soins

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes poursuit la mise en place de mesures visant à éviter ou, à minima, à réduire les conséquences invalidantes du handicap ou de la maladie chronique. Il s'agit d'éviter les sur-handicaps, ou les handicaps et pathologies associés.

Objectifs

1. **Promouvoir l'accès à des actions de prévention et de promotion de la santé.**
2. **Promouvoir l'accès aux soins et fluidifier le parcours de santé.**
3. **Améliorer le recours à l'offre de santé mentale.**

Promouvoir l'accès à des actions de prévention et de promotion de la santé

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Une action de prévention des cancers (sein, colorectal et utérin) sur l'ensemble de la région a permis de sensibiliser les établissements et services médico-sociaux ainsi que les professionnels du secteur à la prévention. La production d'outils de communication adaptés a soutenu cette démarche.

La contractualisation CPOM, avec sa composante « éducation à la santé », est un levier à disposition des ESMS pour impulser une sensibilisation à la promotion de la santé (éducation à la santé, prévention, conduites addictives, prévention dénutrition).

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Promouvoir l'activité physique et la santé orale.
- Améliorer et faciliter l'accès à l'information et à des outils de communication adaptés, favoriser l'essaimage de ces outils.
- Fluidifier le parcours de santé des PH tout au long de la vie (dépistage organisé des cancers, Handigynéco, HANDIconsult, service d'accompagnement à la parentalité, etc.).
- Elargir le déploiement des équipes mobiles d'hygiène aux ESMS médicalisés du secteur du handicap (EAM, MAS, IEM, EEAP) dans le cadre de la prévention du risque infectieux.
- Prévenir l'iatrogénie médicamenteuse dans les EAM et les MAS (guide circuit du médicament, audits).

S'agissant de la sécurité des soins, la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse est réaffirmée dans le secteur du handicap, via la stratégie de gestion du risque médicamenteux et le référentiel qualité d'évaluation de la HAS.

Promouvoir l'accès aux soins et fluidifier le parcours de santé

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap nécessitent une réponse adaptée et la mobilisation de tous les acteurs de la santé. Il s'agit de faciliter l'accès aux soins courants, d'améliorer le recours aux urgences, de garantir l'accès aux soins ambulatoires.

La santé buccodentaire est une thématique régulièrement abordée tout au long du parcours de la personne en situation de handicap, avec des niveaux d'approche différents selon les types de handicap.

L'objectif de fluidification des parcours de santé et d'intégration des questions de santé dans le parcours de vie des personnes en situation de handicap s'est traduit par :

- la création de nouveaux dispositifs Handiconsult,
- le soutien des professionnels dans le soin et la prise en charge des personnes à besoins spécifiques,
- la promotion de bilans somatiques a visé le renfort de l'offre de soins,
- le déploiement d'actions menées par Santé Buccodentaire handicap sur l'ex-Rhône-Alpes (réponse technique apportée tant sur le plan du dépistage que sur le soin),
- la création d'unités d'accueil et de soins des personnes sourdes,
- l'accompagnement de la plateforme d'e-learning Handiconnect destinée aux professionnels de santé sur les thématiques du handicap et des soins.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Consolider les dispositifs Handiconsult et poursuivre le maillage territorial en favorisant l'essaimage de bonnes pratiques et les coopérations.
- Favoriser l'accès aux bilans somatiques pour les personnes en situation de handicap avec TND sur de nouveaux territoires.
- Favoriser l'accès à l'Hospitalisation à domicile (HAD).
- Soutenir les professionnels via des formations pour améliorer la qualité des prises en charge (douleur, nutrition, santé orale), le renfort des compétences des acteurs sur le repérage, la prévention et l'accès aux soins.

Améliorer le recours à l'offre de santé mentale

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

- Création de 301 places de SAMSAH Rétablissement, en association étroite avec les départements et les acteurs de la santé mentale (hospitaliers et libéraux) et avec un objectif de soutien à l'autonomie des adultes par des actions favorisant l'accès au logement.
- Début 2023, 40 GEM handicap psychique existants dont 3 ouvertures en 2023.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Faciliter le repérage, l'accès aux diagnostics et aux soins de santé mentale via les PTSM.
- Fluidifier les accompagnements et les prises en charge pour éviter les ruptures de soins (continuité des soins).
- Améliorer la coordination des soins entre le secteur ambulatoire et sanitaire, ainsi que la concertation entre les acteurs, via les conseils locaux de santé mentale (CLSM).
- Poursuivre le déploiement de GEM pour les personnes en situation de handicap psychique, dans le cadre de la feuille de route santé mentale.

4.4.6 Réduire les inégalités territoriales

Objectifs

1. **Améliorer le maillage territorial sur l'ensemble des segments de l'offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap.**
2. **Mieux repérer les besoins au sein des territoires par une intensification et une amélioration de l'utilisation de VIATRAJECTOIRE PH.**

Améliorer le maillage territorial sur l'ensemble des segments de l'offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap

Tout comme en 2018, pour améliorer le maillage territorial de l'offre, une démarche de priorisation des territoires a été conduite en application de l'article L1434-2 du Code de la Santé Publique. La méthodologie appliquée a été révisée afin de réaliser une évaluation des situations des territoires de manière plus fine.

Cette démarche de priorisation consiste à classer les territoires, en fonction de l'application de plusieurs indicateurs complémentaires et prospectifs, pour la mise en œuvre de la politique régionale menée par l'ARS en faveur des personnes en situation de handicap.

L'agrégation de ces indicateurs dans un score composite permet d'avoir une approche globale et systémique des parcours des personnes, au-delà de l'analyse de l'offre du territoire.

L'enjeu de rééquilibrage territorial de l'offre existante demeure une priorité pour le secteur du handicap et

doit s'appuyer sur la recomposition et la transformation de l'offre, tout en intégrant un axe fort sur l'inclusion et le développement des services.

La création de places dans le cadre de plans nationaux peut également contribuer à ce rééquilibrage infrarégional, au bénéfice de territoires prioritaires au regard de la méthodologie décrite ci-dessous.

Méthodologie pour le SRS 2023

En 2018, le schéma régional de santé mettait déjà en place une méthodologie de score composite intégrant les indicateurs suivants :

- taux d'équipement,
- projection démographique,
- coût euro par habitant,
- prestations sociales.

Dans le cadre de la révision du SRS, si les indicateurs précédents sont conservés, plusieurs ajustements sont opérés afin d'obtenir une évaluation plus fine de la situation des territoires :

- l'analyse de la fragilité des territoires est établie distinctement pour le secteur enfant et le secteur adulte, et en scindant le Rhône et la Métropole de Lyon,
- la pondération de certains indicateurs est révisée concernant la projection démographie et les prestations sociales.

Priorisation des territoires selon la méthodologie proposée à compter de 2023

Les indicateurs retenus pour le classement des territoires sont les suivants, chacun d'entre eux s'est vu attribué un score en fonction des valeurs obtenues :

- Les prestations sociales versées pour les personnes en situation de handicap (Allocation adulte handicapé – AAH, Allocation d'éducation pour enfant handicapé – AEEH, Prestation de compensation du handicap – PCH, Allocation compensatrice tierce personne – ACTP) – Données de la CAF au 31/12/2020,
- Le niveau de l'offre basé sur les taux d'équipement :
  - En Etablissement et service médico-social (ESMS) enfant au 1er janvier 2022 (catégorie ESMS retenue : IME / IEM / EEAP; ITEP (dont DITEP) ; ESMS pour déficients sensoriels; SES-SAD)
  - En ESMS adulte au 1er janvier 2022 (catégorie ESMS retenue : MAS/EAM/SSIAD SPASAD-PH / ESAT/ SAMSAH).

  Pour chaque département et chaque secteur, un score global correspond à la moyenne des scores issus des taux d'équipement de chaque catégorie de structures.
- le « Coût euros par habitant » pour le secteur enfant et pour le secteur adulte fondé sur les financements de la tarification au 31 déc. 2021,
- la projection démographique (INSEE, OMPHALE) :
  - **Pour le secteur Enfant :** Prise en compte de la contribution du solde naturel au taux de croissance annuel moyen entre 2013 et 2050.
  - **Pour le secteur Adulte :** Exploitation du taux de croissance annuel moyen entre 2013 et 2050 (intégrant à la fois le solde naturel et le solde migratoire).

Chacun de ces indicateurs pris de façon distincte est nécessaire mais non suffisant pour établir le niveau de priorité des territoires, car :

- si le taux d'équipement permet d'entrevoir les disparités quant à l'offre disponible, il n'en reste pas moins une valeur relative ;
- la donnée démographique est tout aussi nécessaire. Une population plus importante crée un risque plus grand d'avoir des situations complexes, voire critiques. La création nette de places a un effet nécessairement plus faible sur le taux d'équipement pour un département dont l'évolution démographique est supérieure à la moyenne nationale et régionale ;
- de même, l'euro par habitant permet de façon objective de pouvoir analyser les dépenses de l'assurance maladie pour un département donné, mais s'exonère du nombre de places ouvertes.
  Cet indicateur est inscrit dans le CPOM État/ARS et bien qu'objectif, doit être corrélé aux autres.

Le classement global tient donc compte de ces différentes contraintes. Pour obtenir le score composite, une cotation est affectée à chaque indicateur (méthode de scoring), et pondérée par l'application d'un coefficient multiplicateur, minorant notamment l'évolution démographique (coefficient 0,5) et l'euro par habitant (coefficient 0,5). Les autres critères se voient attribuer un coefficient égal à 1.

La minoration de l'indicateur relatif à la projection démographique se justifie par le fait que le poids démographique est déjà pris en compte dans le calcul des taux d'équipement et dans le calcul du coût euro par habitant. Celle concernant l'indicateur sur les prestations sociales s'explique notamment par le fait que l'Allocation Adulte Handicapé est lié aux conditions de ressources des ménages.

Le principe retenu est que plus le score global est faible, plus la fragilité du territoire est élevée.

Ce classement des territoires issu du score composite n'est pas pris en compte pour :

- le déploiement des équipements/dispositifs nouveaux liées à l'application des politiques publiques nationales,
- l'octroi de subventions Plan d'aide à l'investissement (PAI) et la stratégie régionale d'allocation des crédits non reconductibles.

En revanche, ce classement constitue une aide à la décision pour le **rattrapage** de l'offre en termes de taux d'équipement notamment pour sa programmation et son redéploiement. Dans ce cadre, les données renseignées dans Viatrajectoire PH qui permettent une meilleure appréhension des besoins des territoires, seront également à prendre en compte de façon spécifique.

4 niveaux de priorité sont identifiés globalement (enfants et adultes).

Le classement des départements, à travers ces 4 niveaux, a un impact en termes de programmation et de redéploiement de l'offre.

Il sera tenu compte également des spécificités infra-territoriales :

- les agglomérations et territoires plus ruraux forment un ensemble non homogène, où les besoins diffèrent ;
- si l'inclusion est à encourager en proximité d'agglomération, c'est l'offre généraliste qui sera à développer en zone plus rurale.

Groupe 1 - Départements « fragiles » : Métropole de Lyon et Isère

Pour ces départements, l'évolution de l'offre peut se faire par :

- création de places (hébergement ou de services) issues de mesures nouvelles et ce, de façon prioritaire,
- transfert de crédits d'un autre département,
- recomposition de l'offre infra départementale (redéploiement).

Groupe 2 - Départements « en vigilance » : Rhône, Haute-Savoie, Ardèche et Ain

Pour ces départements, l'évolution de l'offre peut se faire par :

- création de places (hébergement ou de services) issues de mesures nouvelles,
- transfert de crédits d'un autre département,
- recomposition de l'offre infra départementale (redéploiement)

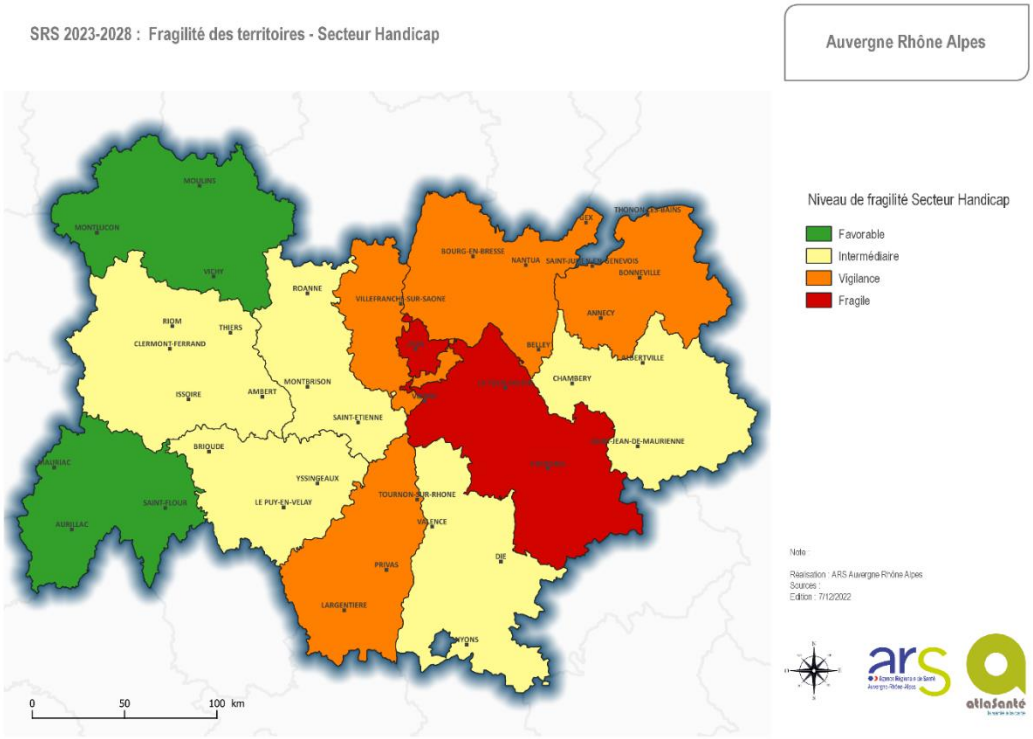
Groupe 3 - Départements « intermédiaires » : Puy-de-Dôme, Loire, Savoie, Haute-Loire, Drôme

Pour ces départements, la recomposition de l'offre doit uniquement se faire par recomposition infra départementale (redéploiement).

Groupe 4 - Départements « favorables » : Cantal et Allier

Pour ces départements, la recomposition de l'offre doit uniquement se faire par recomposition infra départementale tout en étudiant les opportunités de transferts de crédits vers des territoires du groupe 1 et 2.

L'analyse de la fragilité des territoires est établie distinctement pour le secteur enfant et le secteur adulte :



		Secteur EH		
		Fragile	Intermédiaire	Favorable
Secteur AH	Fragile	Lyon Métropole Isère	Nouveau-Rhône Ain	
	Intermédiaire	Haute-Savoie	Puy-de-Dôme Loire Savoie	Drôme Haute-Loire
	Favorable	Ardèche		Allier Cantal

Les codes couleurs dans le tableau permettent de déterminer à quel groupe le département appartient

- **En rouge,** sont indiqués les départements « fragiles ». Cela signifie que la fragilité des départements a été établie à la fois pour le secteur enfant et le secteur adulte selon la méthodologie du scoring composite.
- **En orange,** sont indiqués les départements « en vigilance ». Ce niveau « vigilance » est attribué aux départements pour lesquels un des secteurs (enfant ou adulte) est reconnu comme fragile.
- **En jaune,** sont indiqués les départements « intermédiaires ». Il s'agit des départements qui soit, relèvent d'un score composite de niveau intermédiaire pour les 2 secteurs (enfant ou adulte), soit, présentent un score composite d'un niveau intermédiaire pour un secteur et d'un score mettant en évidence une offre favorable pour l'autre secteur.
- **En vert,** sont indiqués les départements « favorables ». Ce niveau est retenu uniquement pour les départements qui témoignent d'un score composite favorable pour les 2 secteurs.

Mieux repérer les besoins au sein des territoires par une intensification et une amélioration de l'utilisation de ViaTrajectoire – Personnes handicapées (PH)

La CNSA pilote le développement et le déploiement de Viatrajectoire-PH. L'ARS et le Groupement régional d'appui au développement de la e-Santé (GRADeS) GCS SARA, identifiés en tant que Relais Régionaux ViaTrajectoire Handicap, déclinent sur la région, la stratégie nationale impulsée par la CNSA (Instruction du 19/10/2021 relative à l'appui au développement des usages et la fiabilisation des données du Système d'informations de suivi des orientations - SI SDO).

Depuis le début de l'année 2021, l'ensemble des MDPH de la région utilise le portail Via Trajectoire PH pour la gestion des orientations. Celui-ci permet donc aux MDPH de suivre les envois des notifications vers les Etablissements sociaux et médico-Sociaux (ESMS) et aux ESMS de recevoir et de répondre aux demandes d'accompagnement. Chaque ESMS bénéficie ainsi d'un tableau de bord qui lui permet de gérer en temps réel les notifications de la Commission départementale de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qu'il reçoit. ViaTrajectoire PH devient le mode d'adressage unique des notifications auprès des ESMS dans notre région. Les données renseignées dans l'outil sont essentielles pour améliorer la connaissance tant sur les publics que l'offre. Elles doivent également permettre de mettre en place des indicateurs de pilotage pour assurer un meilleur suivi des parcours.

Or, un certain nombre d'anomalies observées ont révélé une appropriation et une utilisation de l'outil encore trop inégales, ce qui nuit à la fiabilité des indicateurs de pilotage (par exemple le délai d'admission ou le volume des listes d'attente en ESMS). Aussi, des séances de formations ont donc été proposées afin de faciliter l'utilisation de l'outil et permettre la mise à niveau avec les nouvelles fonctionnalités. Des MDPH ont aussi proposé des séances d'informations sur les bonnes pratiques d'enregistrement.

A compter de 2022, la CNSA a mis à disposition des MDPH, ARS et Conseils Départementaux le SI décisionnel de suivi des orientations (SID SDO), un outil de pilotage alimenté exclusivement par les données de ViaTrajectoire PH. Cette plateforme permet d'accéder à des indicateurs de pilotage de manière graphique. Les organismes gestionnaires, ayant accès à ce dernier depuis février 2023, disposent ainsi de données consolidées qui les aideront dans leur gouvernance en leur permettant de se comparer aux autres structures de même catégorie, sur un même territoire. Ces informations pourront également être utilisées dans le cadre des négociations CPOM ou d'appels à projet.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

Fiabiliser les données de Viatrajectoire Personnes handicapées (PH)

L'enjeu actuel porte sur la fiabilité des données renseignées dans Viatrajectoire PH afin de permettre une exploitation des données pour une meilleure appréhension des besoins des territoires et ainsi éviter aux organismes gestionnaires de renseigner des enquêtes ad hoc. Pour ce faire, une démarche de mise en qualité des données est initiée auprès des ESMS et MDPH, dans chaque département, au cours de l'année de 2023, par l'ARS et le GCS SARA.

Mettre en place le Dossier unique d'admission et l'ouverture du module usagers

ViaTrajectoire PH intègre depuis fin janvier 2023 le Dossier unique d'admission en ESMS : un usager pourra compléter son dossier de demande d'admission en ligne, et l'adresser aux ESMS de son choix, dans le respect de la décision d'orientation dont il dispose. L'ouverture régionale est envisagée dès 2024.

4.5 SOUTENIR LES AIDANTS, DÉVELOPPER ET RENDRE ACCESSIBLE L'OFFRE DE RÉPIT

Le précédent SRS faisait le constat que pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, peu de données concernant les aidants étaient disponibles. A partir de différentes sources de donnés, le CREAI avait estimé à 160 000, le nombre de personnes en situation d'aidant en ex-Rhône-Alpes. L'enquête nationale handicap santé indiquait que 66 % des aidants avaient moins de 60 ans ; le profil des aidants variant selon le type de handicap, la pathologie et l'âge de la personne aidée.

L'analyse des données actuelles et des prospectives portant sur l'évolution démographique de la population soulève les problématiques du vieillissement des aidants et des risques accrus d'altération de leur santé et d'épuisement.

Ces constats questionnent plusieurs aspects :

- le repérage et l'accompagnement des couples aidants-aidés le plus tôt possible,
- l'estimation des besoins des couples aidants-aidés au sein des territoires en fonction de leurs problématiques personnelles et collectives,
- les soutiens et l'orientation vers les dispositifs existants,
- l'accès aux ressources, aux dispositifs du droit commun et le maintien du pouvoir d'agir avec une posture d'auto-détermination renforcée,
- l'articulation des services ou des réseaux existants (ESMS, communautés 360, filières gérontologiques, DAC, etc.) autour du parcours du couple aidant-aidé,
- l'appui des ressources associatives favorisant la mise en œuvre de la pair-aidance.

La déclinaison régionale de la stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022 transversale aux secteurs Personnes âgées (PA) et Personnes en situation de handicap (PSH), a permis de soutenir et de structurer une dynamique de développement de l'offre de répit et de soutien aux aidants.

Le rôle majeur des aidants dans la mise en œuvre des politiques publiques médico-sociales

Parce que les aidants ont un rôle majeur dans l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans leur environnement, leur regard doit être pris en compte dans l'élaboration et l'évaluation des actions menées pour aboutir à une société plus inclusive et respecter le choix d'un accompagnement à domicile. Ceci implique de faire évoluer les pratiques, d'encourager le développement des prestations « d'aller-vers » et de maintenir et/ou renforcer le pouvoir d'agir du couple aidant-aidé.

Les politiques en direction des aidants visent la reconnaissance de leur rôle et la diversification de l'éventail de solutions de soutien, passant par un accès à une palette de réponses souples et modulables, adaptées aux besoins des aidants et de l'aidé.

Méthodologie retenue pour la mise en œuvre de la stratégie régionale en Auvergne-Rhône-Alpes

Les actions mises en œuvre se sont inscrites dans la continuité et ont visé notamment le développement et le renforcement de l'offre de répit, souple et modulaire au sein des territoires :

- dans le secteur des personnes âgées : plateformes d'accompagnement et de répit (PFR), Hébergement temporaire (HT), Accueil de jour (AJ).
- dans le secteur des personnes handicapées : PFR, séjours de vacances, interventions itinérantes.

Selon une enquête menée par le CREDOC, il est apparu que l'offre en direction des aidants était conséquente en Auvergne-Rhône-Alpes, mais des manques en termes de coordination, de continuité des accompagnements et de visibilité des dispositifs par les aidants étaient constatés.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Une avancée majeure dans le développement du répit via les Plateformes d'accompagnement et de répit (PFR)

Les PFR ont été confortées dans leur rôle de piliers de l'offre de répit.
Les actions soutenues par les conférences des financeurs et de prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) ont permis de renforcer les coopérations et la transversalité entre les acteurs des territoires autour du parcours des couples aidants-aidés. Certains dispositifs innovants ont été développés comme par exemple la Métropole Aidante sur le territoire de la Métropole de Lyon.

L'efficience du fonctionnement des PFR et leur ancrage au sein du territoire demeure un domaine à observer et à interroger.

Une amorce dans le déploiement de solutions diversifiées, souples et modulaires

Une impulsion forte a permis de soutenir et de développer des dispositifs de soutien à domicile pour répondre à la demande accrue des aidants de diversifier l'éventails des ressources dans leur environnement naturel. Des démarches innovantes souples et modulaires sont en cours de développement par les ESMS, en réponse aux besoins personnalisés pour permettre de libérer du temps à l'aidant, à la fratrie et/ou apporter un soutien au sein de la famille.

La poursuite des actions pour le soutien des couples aidants-aidés

De 2018 à 2022, dans le cadre du Plan maladies neurodégénératives, des appels à candidatures ont été lancés, portant sur la mise en œuvre d'actions collectives d'accompagnement en direction des couples aidants/aidés, dans les secteurs PA et PH.

Le soutien des aidants, dans une logique de réponse de proximité, est à développer en tant qu'activité spécifique au sein des ESMS, avec des pratiques inclusives et des interventions « hors les murs » assurées par les équipes de terrain.

L'accompagnement des pratiques des professionnels et des Etablissements et services sociaux et médico-Sociaux (ESMS)

Des formations professionnelles ont été dispensées dans le cadre des plans de développement de compétences des ESMS. Toutefois l'évolution des pratiques professionnelles en direction des aidants doit passer par une acculturation à la logique d'auto-détermination.

DANS LES PROCHAINES ANNÉES, IL SERA DONC NÉCESSAIRE DE :

- Réaliser le bilan du fonctionnement des PFR, et déployer les mesures nécessaires à une amélioration des prestations assurées.
- Mettre en place une animation régionale pour permettre les échanges de pratiques, avec l'appui d'un COPIL régional et d'experts.

Développer, structurer et rendre accessible l'offre de répit, en :

- poursuivant le renforcement de l'efficience du fonctionnement des structures de répit : HT, AJ, séjours vacances, utilisation des places vacantes,
- renforçant le rôle pivot des PFR, d'information et de coordination autour du parcours des aidants et en lien avec les structures de répit et les réseaux existants (communautés 360, Filières gérontologiques, etc.),

Diversifier l'offre de répit et apporter de la flexibilité, en :

- encourageant les ESMS à innover et développer des prestations personnalisées pour favoriser la diversification et l'inclusion, l'accompagnement à domicile,
- poursuivant la participation à la mise en œuvre du relayage (suite à l'expérimentation ESSOC).

Prévenir les risques de rupture et favoriser l'exercice de la citoyenneté, en :

- renforçant le soutien, l'auto-détermination et le pouvoir d'agir des couples aidants-aidés,
- intégrant systématiquement le soutien du couple aidant-aidé dans toutes les formations,
- prenant appui sur les compétences des aidants (pair-aidant) pour favoriser le pouvoir d'agir :
  - Poursuivre le développement des actions collectives pour le soutien des aidants en partenariat avec les conférences des financeurs et les gestionnaires au sein des territoires,
  - Inciter les ESMS à reconnaitre le rôle des aidants et à les associer dans l'accompagnement du parcours des personnes en perte d'autonomie.

Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles, en :

- mobilisant et sensibilisant les acteurs de la formation pour le développement de formations traitant du sujet des aidants,
- formant spécifiquement à la logique d'auto-détermination, à l'éducation à la santé pour la préservation de l'autonomie des couples aidants-aidés : impliquer les acteurs de la formation et les cadres dans l'accompagnement des pratiques professionnelles.

Favoriser l'appui des pair-aidants et reconnaitre leurs compétences, en :

- incitant les ESMS à prendre appui sur les pair aidants,
- associant les pair aidants à la mise en place d'une démarche de sensibilisation des aidants :
  - Impliquer les associations dans le soutien des aidants, le plus en amont possible,
  - Identifier des Pair-aidants compétents pour venir en appui des ESMS et des aidants.
- Poursuivre la mise en œuvre d'actions collectives pour le soutien des aidants et capitaliser sur les réalisations remarquables.
- Sensibiliser les ESMS et les professionnels au repérage et au soutien des aidants : développement de formations (avec l'appui des opérateurs de compétences, des organismes de formation).
- Poursuivre et élargir les actions de soutien en direction des jeunes aidants départements.
- Intégrer les thématiques des aidants et de la pair-aidance systématiquement dans les objectifs CPOM.

  Impliquer les pair-aidants dans les actions ciblées (formations) et prendre appui sur leur expérience et leurs compétences.

Glossaire

AAH	Allocation adulte handicapé
AAP	Appel à projets
ACT	Appartements de coordination thérapeutique
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AJ	Accueil de Jour
AJA	Adolescent – jeunes adultes
ALD	Affectation longue durée
AM	Assurance maladie
AMAVI	Afflux massif de victimes
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANS	Agence du numérique en santé
ANSSI	Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information
APA	Activité physique adaptée
APA	Allocation personnalisée autonomie
ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
ARACT	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASV	Ateliers santé ville
AVP	Aide à la vie partagée
BSI	Bassin de santé intermédiaire
BUA	Bon usage des antibiotiques
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins
CARRUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé Au travail
CASSIS	Comité d'animation stratégique des systèmes d'information de santé
CATPP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDS	Centre de santé
CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CEI	Conseiller en environnement Intérieur
CEJ	Contrat d'engagement jeune
CESE	Conseil économique social et environnemental
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDB	Centre d'Information et de documentation du bruit
CIO	Centre intégré obésité
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CLAV	Comité local d'aide aux victimes
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseils locaux de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique (sanitaire)
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique (médico-social)
CNAMTS	Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNG	Centre national de gestion
CNR	Conseil national de la refondation
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSNP	Centre de soins non programmés (sans rendez-vous)
CSS	Complémentaire santé solidaire

COSCOM	Contrat de stabilisation et de coordination médecin
COS	Cadre d'orientation stratégique
COSSIS	Comité d'orientation stratégique des systèmes d'information de santé
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
CPIAS	Centre d'appui à la prévention des infections associées aux soins
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS	Compétences psychosociales
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRA	Centre ressources autisme Auvergne et Rhône-Alpes
CRAtb	Centre régional en antibiothérapie
Creton	Amendement Creton
CRCDC	Centre régional de coordination du dépistage des cancers
CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CRPA	Conseil régional des personnes accueillies
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRT	Centre de ressources territorial
CRV	Comité régional de vaccination
CSMS	Commission spécialisée pour les prises en charges et accompagnements médico-sociaux
CSSM	Commission spécialisée en santé mentale
CSO	Centre spécialisé obésité
CSP	Code de santé Publique
CTS	Conseil territorial de santé (un par département en Auvergne-Rhône-Alpes
CTSM	Contrat territorial de santé mentale
CV	Centre de vaccination
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DAPAP	Dispositif d'appui à la prescription d'activité physique adaptée
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIA	Délégation interministérielle à l'autisme
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DITEP	Dispositif institut thérapeutique éducatif et pédagogique
DMP	Dossier médical partagé
DNA	Dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile
DRAC	Direction régionale des affaires culturelles
DRAD	Dispositif renforcé de soutien à domicile
DRDFE	Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREETS	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DSR	Dispositif spécifique régional ; ex-réseaux
DSRC	Dispositif spécifique régional cancer
DST	Dialogue stratégique territorial
DYS	Dyslexie, dysorthographie, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie
EAM	Etablissement d'accueil médicalisé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Evénement indésirable grave
EIGS	Evènement indésirable grave associé aux soins
EMA	Equipe multidisciplinaire en antibiothérapie
EMAS	Equipes mobiles d'appui à la scolarisation
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
EMSP	Equipe mobile santé précarité
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
ESA	Equipes spécialisés Alzheimer (à domicile)
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail

ESMP	Equipes mobiles santé précarité
ESMS	Etablissement ou service social ou médico-social
ESP	Equipe de soins primaires
ESR	Etablissement de santé de référence
ESRP	Etablissement et service de réadaptation professionnelle
ESS	Equipe de suivi de scolarisation
ESSI	Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité
ETP	Education thérapeutique du patient
ETP	Equivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FIR	Fond d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCS SARA	Groupement de coopération sanitaire système d'information santé en Auvergne-Rhône-Alpes
GEM	Groupement d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GPEC	Gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences
GRADeS	Groupement régional d'appui au développement de la e-Santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCL	Hospices civils de Lyon
HLM	Hors les murs
HP	Hébergement permanent
HPST	Hôpital, patients, santé et territoire (loi de 2009)
HPV	Papillomavirus humain
HT	Hébergement temporaire
HTSH	Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
IAE	Insertion par l'activité économoque
ICAPS	Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité
IDE	Infirmier diplômé d'etat
IEM	Institut d'éducation motrice
IFAS	Instituts de formation d'aide-soignants
IFSI	Instituts de formation en soins infirmiers
IFTS	Institus de formation des travailleurs sociaux
IGAS	Inspection générale des affaires sociale
IHAB	Initiative hôpital ami des bébés
IMC	Indice de masse corporelle
IME	Institut médico-éducatif
INS	Identité nationale de santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études Economiques
IST	Infections sexuellement transmissibles
IPA	Infirmier en pratique avancée
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion santé
IRM	Imagerie par résonnance magnétique
ISEMA	Internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LHSS	Lits halte soins santé
MAIA	Maison pour l'Apprentissage et l'Intégration des enfants porteurs d'Autisme
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCS	Médecin correspondant du SAMU
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes hdandicapées
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MMG	Maisons médicales de garde
MND	Maladies neuro-dégénératives

MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSS	Messageries de santé sécurisées
MSS	Maisons sports santé
NRC	Nucléaire-radiologique-chimique
NRI	Neuroradiologie Interventionnelle
Odenore	Observatoire des non-recours aux droits et services
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONAPS	Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité
ONDAM	Objectif national de dépense d'Assurance maladie
ONP	Objectif national de professionnels à former
ONPES	Obsevatoire nationale de la précarité et de l'exclusion sociale
OPCO	Opérateur de compétences
ORS	Observatoire régional de la santé
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
PACAP	Petite enfance alimentation corpulence et activité physique
PADHUE	Praticiens à diplôme hors Union européenne
PAG	Plan d'accompagnement global
PAI	Plan d'aide à l'investissement
PAPS	Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
PCPE	Pôles de compétences et de prestations externalisées
PDM	Plans départementaux de mobilisation
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PDSES	Permanence des soins en établissement de santé
PFR	Plateforme de répit
PH/PSG	Personne handicapée / Personne en situation de handicap
PMI	Protection mternelle et infantile (service du Département)
PMP	Projet médical partagé
PNNS	Plan national nutrition santé
PPAC	Programme personnalisé après cancer
PPS	Projet/Programme personnalisé de doins
PPS	Plan personnalisé de santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (des plus démunis)
PRS	Projet régional de santé
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRSE	Plan régional santé environnement
PTSM	Projet territorial de santé mentale
PUI	Pharmacie à usage intérieur
QPV	Quartiers prioritaire de la politique de la ville
QVT	Qualité de vie au travail
RAPT	Réponse accompagnée pour tous
RBPP	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
RHEOP	Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal
RéPPOP	Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique
RREVA	Réseau régional de vigilances et d'appui
RSA	Revenu de solidarité active
SAAD	Service d'aide à domicile
SAD	Service autonomie à domicile
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
SAS	Service d'accès aux soins
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SMAEC	Service mobile d'accompagnement d'évaluation et de coordination

SMPR	Services médico-psychologiques régionaux
SMR	Soins médicaux et de eéadaptation
SOS	Soins oncologiques de support
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SRS	Schéma régional de santé
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et réadaptation
TIIH	Transport infirmier interhospitalier
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TND	Troubles du neuro-développement
TSA	Troubles du spectre de l'autisme
UCOG	Unités de coordination en onco-gériatrie
UCSD	Un chez soi d'abord
UEE	Unités d'enseignement externalisées
UEEA	Unités d'enseignement élémentaire autisme
UEMA	Unités d'enseignement maternelle autisme
UHR	Unités d'hébergement renforcé
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
URPS	Union régionale des professionnels de santé
UMD	Unité de malades difficiles
USLD	Unité de soins de longue durée
USMP	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire
USPC	Unités de soins prolongés complexes
UTEP	Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient
UVP	Unité de vie protégée
VAE	Validation d'acquis d'expérience
ZSP	Zone de soins de proximité