



**RÉGION
AUVERGNE- RHÔNE-
ALPES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N° 84-2023-287

PUBLIÉ LE 30 OCTOBRE 2023

Sommaire

84_ARS_Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes /

84-2023-10-27-00003 - Arrêté n° 2023-08-0033 du 27 octobre 2023 portant fermeture d'une pharmacie d'officine dans le département de la Haute-Loire (2 pages)

Page 5

84_ARS_Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes / Direction de l'autonomie planification

84-2023-10-10-00016 - Arrêté n°2023-14-0288 portant modification de l autorisation de fonctionnement du service d éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) VICTOR DURUY situé sur la commune de CLERMONT FERRAND (63000) :??- Extension de capacité. (4 pages)

Page 7

84-2023-09-21-00014 - Arrêté n°2023-14-0299 portant modification de l autorisation de fonctionnement de l institut médico-éducatif (IME) L AMITIÉ situé sur la commune de LALEVADE D ARDECHE (07380) :??- Nouvelle répartition de la capacité selon les publics accueillis. (4 pages)

Page 11

84-2023-09-21-00015 - Arrêté n°2023-14-0300 portant modification de l autorisation de fonctionnement - institut médico-éducatif (IME) L ENVOL situé sur la commune d ANNONAY (07100) :??- Nouvelle répartition de la capacité selon les publics accueillis. (4 pages)

Page 15

84_ARS_Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes / Direction de l'offre de soins régulation

84-2023-10-25-00015 - Arrêté n° 2023-17-0481 portant désignation de monsieur Vincent THOMAS, directeur d hôpital placé en position de recherche d'affectation, pour assurer l intérim des fonctions de direction du centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d Or (69) (3 pages)

Page 19

84-2023-10-30-00001 - Arrêté n° 2023-17-0493 portant désignation de madame Géraldine BARRY, directrice d établissement sanitaire, social et médico-social, directrice adjointe du centre hospitalier d Yssingaux et de l EHPAD de Saint Maurice de Lignon (43) pour assurer l intérim des fonctions de direction du centre hospitalier d Yssingaux et de l EHPAD de Saint Maurice de Lignon (43) (3 pages)

Page 22

84_ARS_Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes / Direction de la stratégie et des parcours

84-2023-10-30-00003 - 2023-22-0068 Portant sur l'adoption du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2023-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 (54 pages)

Page 25

84-2023-10-30-00002 - 2023-22-0069 SRS- Portant sur l'adoption du schéma régional de santé 2023-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 (318 pages)

Page 79

84_MNC_Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (antenne interrégionale de Lyon) /

84-2023-09-29-00035 - Arrêté n° 200-2023 du 29 septembre 2023 portant modification de la composition du conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme. (1 page)	Page 397
84-2023-09-29-00036 - Arrêté n° 201-2023 du 29 septembre 2023 portant modification du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Isère (2 pages)	Page 398
84-2023-10-05-00018 - Arrêté n° 202-2023 du 5 octobre 2023 portant modification de la composition du conseil de l'Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM) Rhône-Alpes (2 pages)	Page 400
84-2023-10-19-00011 - Arrêté n° 203-2023 du 19 octobre 2023 portant modification de la composition du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Ain (2 pages)	Page 402
84-2023-10-19-00012 - Arrêté n° 204-2023 du 19 octobre 2023 portant modification de la composition du conseil d'administration de l'Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales Rhône-Alpes (2 pages)	Page 404
84-2023-10-19-00013 - Arrêté n° 205-2023 du 19 octobre 2023 portant modification de la composition du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales de la Loire (2 pages)	Page 406
84-2023-10-27-00005 - Arrêté n° 206-2023 du 27 octobre 2023 portant modification de la composition du conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Loire (2 pages)	Page 408
84-2023-10-27-00004 - Arrêté n° 207-2023 du 27 octobre 2023 portant modification de la composition du conseil du Centre de Traitement Informatique (CTI) de Saint-Etienne (2 pages)	Page 410
84-2023-10-27-00006 - Arrêté n° 208-2023 du 27 octobre 2023 portant modification de la composition du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Isère (2 pages)	Page 412

84_Präfecture d'Auvergne-Rhône-Alpes /

84-2023-10-18-00007 - Arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_18_33 du 18 octobre 2023 relatif à la composition du jury du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la direction départementale de la sécurité publique de la Savoie (DDSP 73). (3 pages)	Page 414
84-2023-10-17-00068 - Arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_17_30 du 17 octobre 2023 relatif à la liste des candidats admissibles au recrutement sans concours d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 pour le secrétariat général pour l'administration du ministère de l'Intérieur du sud-est (SGAMI sud-est). (4 pages)	Page 417

84-2023-10-18-00004 - Arrêté préfectoral
n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_18_36 du 18 octobre 2023 relatif à la composition du jury du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la direction départementale de la sécurité publique de l'Ardèche (DDSP 07). (3 pages) Page 421

84-2023-10-18-00006 - Arrêté préfectoral
n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_18_34 du 18 octobre 2023 relatif à la composition du jury du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la direction départementale de la sécurité publique du Rhône (DDSP 69). (3 pages) Page 424

84-2023-10-18-00005 - Arrêté préfectoral
n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_18_35 du 18 octobre 2023 relatif à la composition du jury du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la direction départementale de la sécurité publique de la Drôme (DDSP 26). (3 pages) Page 427



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Arrêté n° 2023-08-0033

Portant fermeture d'une pharmacie d'officine dans le département de la Haute-Loire

La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Vu le Code de la santé publique, et notamment l'article L. 5125-22 ;

Vu l'arrêté préfectoral du 1^{er} octobre 1953 accordant la licence numéro 73 pour la création de l'officine de pharmacie, sise 4 square Colcombet à LA SEAUVE-SUR-SEMENE (43140) ;

Considérant le courrier du 11 septembre 2023 de la SELARL ROLLUX ET DAUPHIN, agissant pour le compte de Mme Laurence DUCROT-REBATTU, pharmacienne titulaire de la PHARMACIE DUCROT-REBATTU, informant du souhait de cette dernière de fermer son officine, sise 4 square Colcombet à LA SEAUVE-SUR-SEMENE (43140) ;

Considérant le courrier du 28 septembre 2023 de Mme Laurence DUCROT-REBATTU, reçu le 3 octobre 2023 par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, confirmant la fermeture définitive de son officine, sise 4 square Colcombet à LA SEAUVE-SUR-SEMENE (43140), à compter du 14 octobre 2023, et par lequel elle restitue sa licence ;

Considérant que la fermeture définitive entraîne la caducité de la licence ;

ARRETE

Article 1^{er} : L'arrêté préfectoral du 1^{er} octobre 1953 portant licence de création de la pharmacie d'officine DUCROT-REBATTU, sise 4 square Colcombet à LA SEAUVE-SUR-SEMENE (43140), sous le numéro 73 est abrogé.

Article 2 : Dans les deux mois suivant sa notification ou sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès de Mme la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes;
- d'un recours hiérarchique auprès de M. le Ministre de la santé et de la prévention,
- d'un recours contentieux devant le Tribunal administratif territorialement compétent. Le Tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr.

Ces recours administratifs (gracieux et hiérarchique) ne constituent pas un préalable obligatoire au recours contentieux.

Article 3 : La Directrice de l'offre de soins de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'intéressé, et publié au Recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Auvergne-Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 27 octobre 2023

La Directrice générale de
l'Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

Cécile COURREGES

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Arrêté n°2023-14-0288

Portant modification de l'autorisation de fonctionnement du service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) VICTOR DURUY situé sur la commune de CLERMONT FERRAND (63000) :

- **Extension de capacité.**

Gestionnaire : Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public du Puy-de-Dôme (ADPEP 63 - Association L.1901 R.U.P.)

Vu le code de l'action sociale et des familles, livre troisième, titre premier (établissements et services soumis à autorisation), sections première et troisième du chapitre II, et section première du chapitre III, notamment les articles L.312-1, L.312-8, L.313-1 ;

Vu les arrêtés n° 2018-1921, 2018-1922, 2018-1923 et 2018-1924 du 28 mai 2018 publiés le 14 juin 2018, constituant le socle du Projet régional de santé (PRS) 2ème génération de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ;

Vu le programme interdépartemental et régional d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) en vigueur ;

Vu l'arrêté de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes n°2016-7101 du 26 décembre 2016 portant renouvellement pour une durée de 15 ans de l'autorisation de fonctionnement du SESSAD Victor Duruy (capacité totale : 45 places) géré par l'Association ADPEP 63 à compter du 3 janvier 2017 ;

Vu l'arrêté de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes n°2021-14-0291 du 13 avril 2022 portant modification de l'autorisation de fonctionnement du SESSAD Victor Duruy par réduction de capacité de 10 places ((capacité totale : 35 places) et mise en œuvre de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques ;

Considérant les besoins d'accompagnement envers les publics du SESSAD Victor Duruy et la nécessité d'augmenter la capacité du service de 2 places (capacité totale : 37 places) ;

Considérant que le présent arrêté est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma régional de santé, qu'il satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le code de l'action sociale et des familles, qu'il répond aux exigences de qualité de prise en charges des bénéficiaires et qu'il est compatible avec le programme interdépartemental et régional mentionné à l'article L.312-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

ARRÊTE

Article 1 : L'autorisation visée à l'article L 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles délivrée à l'ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DES PUPILLES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC DU PUY-DE-DÔME (ADPEP 63) pour le fonctionnement du SESSAD Victor Duruy sis 20 rue de Strasbourg à CLERMONT FERRAND (63000) est accordée pour une extension de capacité de 2 places à compter du 01/11/2023.

La capacité globale de la structure passe ainsi de 35 à 37 places de prestation en milieu ordinaire à compter du 01/11/25023.

Article 2 : La présente autorisation sera réputée caduque en l'absence d'ouverture au public dans un délai de six mois suivant sa notification, conformément aux dispositions des articles L.313-1 et D.313-7-2 du code de l'action sociale et des familles.

Article 3 : La présente autorisation ne donnant pas lieu à visite de conformité conformément aux dispositions de l'article L.313-6 du code de l'action sociale et des familles, aux termes de l'article D.313-12-1 du même code le titulaire de l'autorisation transmet à l'autorité compétente, avant la date d'entrée en service de la nouvelle capacité autorisée, une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité du service aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L.312-1 du CASF.

Article 4 : La présente autorisation est rattachée à la date de renouvellement de la structure pour une durée de 15 ans à compter du 3 janvier 2017, soit le 3 janvier 2032. Le renouvellement de l'autorisation, à l'issue des 15 ans, sera subordonné aux résultats de l'évaluation ou des évaluations mentionnée à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles, dans les conditions prévues à l'article L.313 5 du même code.

Article 5 : La présente autorisation sera enregistrée au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS, cf. annexe).

Article 6 : Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente, conformément aux dispositions de l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles. L'autorisation ne peut être cédée sans son accord.

Article 7 : Dans les deux mois suivant sa notification ou sa publication, la présente décision peut faire l'objet, soit d'un recours gracieux auprès de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, soit d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent. En application du décret n° 2018-251 du 6 avril 2018, les particuliers et les personnes morales de droit privé non représentées par un avocat peuvent communiquer avec un Tribunal administratif par la voie de l'application informatique « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr.

Article 8 : Le Directeur départemental du Puy-de-Dôme de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 10/10/2023

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
Auvergne-Rhône-Alpes,
Par délégation
Le Directeur de l'Autonomie
Raphaël GLABI

Annexe Finess

Mouvement(s)
1 Extension de capacité (+2 places).

Entité juridique
Raison sociale : ADPEP 63
Adresse : CENTRE GEORGES COUTHON 31 R PELISSIER 63050 CLERMONT FERRAND CEDEX 2
Numéro : 63 078 628 3
Statut : 61 - Ass.L.1901 R.U.P.

Entité géographique	EG PRINCIPALE														
Raison sociale : SESSAD VICTOR DURUY															
Adresse : 20 R DE STRASBOURG 63000 CLERMONT FERRAND															
Numéro : 63 078 672 1															
Catégorie : 182 - S.E.S.S.A.D.															
Équipements : >> Autorisation actuelle (arrêté 2021-14-0291 du 13/04/2022)															
nb places = 35	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 12.5%;">Discipline</th> <th style="width: 12.5%;">Fonctionnement</th> <th style="width: 12.5%;">Clientèle</th> <th style="width: 12.5%;">Capacité</th> <th style="width: 12.5%;">Âges</th> <th style="width: 12.5%;">Premier arrêté</th> <th style="width: 12.5%;">Dernier arrêté</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>841</td> <td>16</td> <td>207</td> <td>35</td> <td>6-12</td> <td>03/01/2017</td> <td>13/04/2022</td> </tr> </tbody> </table>	Discipline	Fonctionnement	Clientèle	Capacité	Âges	Premier arrêté	Dernier arrêté	841	16	207	35	6-12	03/01/2017	13/04/2022
Discipline	Fonctionnement	Clientèle	Capacité	Âges	Premier arrêté	Dernier arrêté									
841	16	207	35	6-12	03/01/2017	13/04/2022									
>> Autorisation nouvelle															
nb places = 37	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 12.5%;">Discipline</th> <th style="width: 12.5%;">Fonctionnement</th> <th style="width: 12.5%;">Clientèle</th> <th style="width: 12.5%;">Capacité</th> <th style="width: 12.5%;">Âges</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>841</td> <td>16</td> <td>207</td> <td>37</td> <td>6-12</td> </tr> </tbody> </table>	Discipline	Fonctionnement	Clientèle	Capacité	Âges	841	16	207	37	6-12				
Discipline	Fonctionnement	Clientèle	Capacité	Âges											
841	16	207	37	6-12											
Conventions :															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">N°</th> <th style="width: 45%;">Objet</th> <th style="width: 40%;">Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ASE</td> <td>18/06/1984</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>CPM</td> <td>01/01/2009</td> </tr> </tbody> </table>		N°	Objet	Date	1	ASE	18/06/1984	2	CPM	01/01/2009					
N°	Objet	Date													
1	ASE	18/06/1984													
2	CPM	01/01/2009													

Codes et libellés		
discipline	841	Accompagnement dans l'acquisition de l'autonomie et la scolarisation (hors les trois disciplines : 840, 842, 843)
fonctionnement	16	Milieu ordinaire
clientèle	207	Handicap cognitif spécifique
convention	ASE	Aide sociale État
convention	CPM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Arrêté n°2023-14-0299

Portant modification de l'autorisation de fonctionnement de l'institut médico-éducatif (IME) L'AMITIÉ situé sur la commune de LALEVADE D'ARDECHE (07380) :

- **Nouvelle répartition de la capacité selon les publics accueillis.**

Gestionnaire : ADAPEI DE L'ARDECHE (ASSOCIATION L.1901 R.U.P.)

Vu le code de l'action sociale et des familles, livre troisième, titre premier (établissements et services soumis à autorisation), sections première et troisième du chapitre II, et section première du chapitre III, notamment les articles L.312-1, L.312-8, L.313-1 ;

Vu les arrêtés n° 2018-1921, 2018-1922, 2018-1923 et 2018-1924 du 28 mai 2018 publiés le 14 juin 2018, constituant le socle du Projet régional de santé (PRS) 2^{ème} génération de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ;

Vu le programme interdépartemental et régional d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) en vigueur ;

Vu l'arrêté de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes n°2016-7409 portant renouvellement pour une durée de 15 ans à compter du 03/01/2017 de l'autorisation de fonctionnement de l'IME L'AMITIÉ (capacité : 38 places) géré par l'ASSOCIATION ADAPEI DE L'ARDECHE ;

Vu l'arrêté de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes n°2022-14-0081 du 28/09/2022 portant modification de l'autorisation de fonctionnement l'IME L'AMITIÉ (capacité : 39 places) :

- Élargissement de l'activité « plateforme de répit » aux déficiences de tous types et aux publics de tous âges (adultes et enfants) ;
- Mise en œuvre dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux de la nouvelle l'instruction relative à la révision du cahier des charges des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) ;

Considérant la fiche action n°2 du CPOM 2023-2027 de l'ASSOCIATION ADAPEI DE L'ARDECHE qui prévoit une évolution de la répartition de la capacité de l'IME par réduction de 10 places pour publics avec déficience intellectuelle et augmentation de 10 places pour public avec troubles du spectre autistique ;

Considérant la demande de modification de l'autorisation de l'IME, présentée par le Directeur du secteur enfance de l'ASSOCIATION ADAPEI DE L'ARDECHE par courrier en date du 17/05/2023, en application de la fiche action n°2 du CPOM avec ajustement des évolutions capacitaires initialement prévues, soit -7 places « déficience intellectuelle » (au lieu de -10) et +7 places « troubles du spectre autistique » (au lieu de +10) afin de tenir compte de la réalité des publics accueillis depuis la projection réalisée en 2022 lors de la signature du CPOM ;

Considérant que le présent arrêté est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma régional de santé, qu'il satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le code de l'action sociale et des familles, qu'il répond aux exigences de qualité de prise en charges des bénéficiaires et qu'il est compatible avec le programme interdépartemental et régional mentionné à l'article L.312-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

ARRÊTE

Article 1 : L'autorisation accordée à l'ASSOCIATION ADAPEI DE L'ARDECHE, en application de l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles, pour le fonctionnement l'IME L'AMITIÉ situé à LALEVADE D'ARDECHE (07380) est modifiée comme suit à compter de l'année 2023 :

- Nouvelle répartition de la capacité selon les publics accueillis :
 - o Réduction de 7 places pour l'accueil des publics avec déficience intellectuelle ;
 - o Extension de 7 places pour l'accueil des publics avec troubles du spectre de l'autisme.

Article 2 : La présente autorisation ne donnant pas lieu à visite de conformité conformément aux dispositions de l'article L.313-6 du code de l'action sociale et des familles, aux termes de l'article D.313-12-1 du même code le titulaire de l'autorisation transmet à l'autorité compétente, avant la date d'entrée en service de la nouvelle capacité autorisée, une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité du service aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L.312-1 du CASF.

Article 3 : La présente autorisation est rattachée à la date de renouvellement de l'établissement intervenu le 03/01/2017 pour une durée de 15 ans, soit jusqu'au 03/01/2032. Le renouvellement à l'issue des 15 ans sera subordonné aux résultats de l'évaluation ou des évaluations mentionnées à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles, dans les conditions prévues à l'article L.313-5 du même code.

Article 4 : La présente autorisation sera enregistrée au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS, cf. annexe).

Article 5 : Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation devra être porté à la connaissance des autorités compétentes, conformément aux dispositions de l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles. L'autorisation ne peut être cédée sans leur accord.

Article 6 : Dans les deux mois suivant sa notification ou sa publication, la présente décision peut faire l'objet soit d'un recours gracieux auprès de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, soit d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent. En application du décret n° 2018-251 du 6 avril 2018, les particuliers et les personnes morales de droit privé non représentées par un avocat peuvent communiquer avec un Tribunal administratif par la voie de l'application informatique « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr.

Article 7 : La Directrice départementale de l'Ardèche de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 21/09/2023

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
Auvergne-Rhône-Alpes,
Par délégation
Le Directeur de l'Autonomie
Raphaël GLABI

Annexe Finess

Mouvement(s)	
1	-7 places sur triplet 844-21-117
2	+7 places sur triplet 844-21-437

Entité juridique	
Raison sociale :	ADAPEI DE L'ARDECHE
Adresse :	SIÈGE SOCIAL 863 ROUTE DE LA CHOMOTTE BP 186 07100 ROIFFIEUX
Numéro :	07 078 537 3
Statut :	61 - Ass.L.1901 R.U.P.

Entité géographique		EG PRINCIPALE
Raison sociale :	IME L'AMITIÉ	
Adresse :	745 RTE DU BLANCHON QUARTIER DES MINES 07380 LALEVADE D ARDECHE	
Numéro :	07 078 071 3	
Catégorie :	183 - I.M.E.	

Équipements : >> Autorisation actuelle (arrêté 2022-14-0081 du 28/09/2022)

nb places = 39	Discipline	Fonctionnement	Clientèle	Capacité	Âges	Type places	Premier arrêté	Dernier arrêté
	844	21 ⁽¹⁾	010	1	0-20		03/01/2017	02/11/2021
	844	21 ⁽¹⁾	117	20	0-20		03/01/2017	02/11/2021
	844	21 ⁽²⁾	437	12	0-20		02/03/2017	28/09/2022
	844	21 ⁽¹⁾	500	6	0-20		03/01/2017	02/11/2021
	963	21 ⁽³⁾	042	0	- ⁽⁴⁾	PFR	03/01/2017	28/09/2022

>> Autorisation nouvelle

nb places = 39	Discipline	Fonctionnement	Clientèle	Capacité	Âges	Type places
	844	21 ⁽¹⁾	010	1	0-20	
	844	21 ⁽¹⁾	117	13	0-20	
	844	21 ⁽²⁾	437	19	0-20	
	844	21 ⁽¹⁾	500	6	0-20	
	963	21 ⁽³⁾	042	0	- ⁽⁴⁾	PFR

⁽¹⁾ 21 = semi-internat ; ⁽²⁾ 21 = accueil de jour ⁽³⁾ : 21 = missions socle + interventions en milieu ordinaire
⁽⁴⁾ âges non définis = publics de tous âges (adultes et enfants)

Conventions :	N°	Objet	Date
	1	CPM	30/03/2016
	2	PCP	01/01/2019

Codes et libellés		
discipline	844	Tous projets éducatifs thérapeutiques et pédagogiques
discipline	963	Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants (PFR)
fonctionnement	21	Accueil de jour (sans distinction entre semi-internat et externat)
clientèle	010	Tous types de déficiences personnes handicapées (sans autre indication)
clientèle	042	Aidants / aidés tous types de handicap
clientèle	117	Déficience intellectuelle
clientèle	437	Troubles du spectre de l'autisme
clientèle	500	Polyhandicap
convention	CPM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
convention	PCP	Pôle de compétences et de prestations externalisées

Commentaires	
L'IME intervient prioritairement sur les établissements du nord Ardèche.	

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Arrêté n°2023-14-0300

Portant modification de l'autorisation de fonctionnement - institut médico-éducatif (IME) L'ENVOL situé sur la commune d'ANNONAY (07100) :

- **Nouvelle répartition de la capacité selon les publics accueillis.**

Gestionnaire : ADAPEI DE L'ARDECHE (ASSOCIATION L.1901 R.U.P.)

Vu le code de l'action sociale et des familles, livre troisième, titre premier (établissements et services soumis à autorisation), sections première et troisième du chapitre II, et section première du chapitre III, notamment les articles L.312-1, L.312-8, L.313-1 ;

Vu les arrêtés n° 2018-1921, 2018-1922, 2018-1923 et 2018-1924 du 28 mai 2018 publiés le 14 juin 2018, constituant le socle du Projet régional de santé (PRS) 2^{ème} génération de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ;

Vu le programme interdépartemental et régional d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) en vigueur ;

Vu l'arrêté de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes n°2016-7410 portant renouvellement pour une durée de 15 ans à compter du 03/01/2017 de l'autorisation de fonctionnement de l'IME L'ENVOL (capacité : 44 places) géré par l'ASSOCIATION ADAPEI DE L'ARDECHE ;

Vu l'arrêté de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes n°2021-14-0283 du 02/11/2021 portant modification de l'autorisation de fonctionnement de l'IME L'ENVOL (capacité : 45 places) :

- Extension de capacité (1 place) ;
- Mise en œuvre dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux de la nouvelle nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques ;

Considérant la fiche action n°2 du CPOM 2023-2027 de l'ASSOCIATION ADAPEI DE L'ARDECHE qui prévoit une évolution de la répartition de la capacité de l'IME par réduction de 14 places pour publics avec déficience intellectuelle et augmentation de 14 places pour public avec troubles du spectre autistique ;

Considérant la demande de modification de l'autorisation de l'IME, présentée par le Directeur du secteur enfance de l'ASSOCIATION ADAPEI DE L'ARDECHE par courrier en date du 17/05/2023, en application de la fiche action n°2 du CPOM avec ajustement des évolutions capacitaires initialement prévues, soit -10 places « déficience intellectuelle » (au lieu de -14) et +10 places « troubles du spectre autistique » (au lieu de +14) afin de tenir compte de la réalité des publics accueillis depuis la projection réalisée en 2022 lors de la signature du CPOM ;

Considérant que le présent arrêté est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma régional de santé, qu'il satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le code de l'action sociale et des familles, qu'il répond aux exigences de qualité de prise en charges des bénéficiaires et qu'il est compatible avec le programme interdépartemental et régional mentionné à l'article L.312-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

ARRÊTE

Article 1 : L'autorisation accordée à l'ASSOCIATION ADAPEI DE L'ARDECHE, en application de l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles, pour le fonctionnement l'IME L'ENVOL situé à ANNONAY (07100) est modifiée comme suit à compter de l'année 2023:

- Nouvelle répartition de la capacité selon les publics accueillis :
 - o Réduction de 10 places pour l'accueil des publics avec déficience intellectuelle ;
 - o Extension de 10 places pour l'accueil des publics avec troubles du spectre de l'autisme.

Article 2 : La présente autorisation ne donnant pas lieu à visite de conformité conformément aux dispositions de l'article L.313-6 du code de l'action sociale et des familles, aux termes de l'article D.313-12-1 du même code le titulaire de l'autorisation transmet à l'autorité compétente, avant la date d'entrée en service de la nouvelle capacité autorisée, une déclaration sur l'honneur attestant de la conformité du service aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L.312-1 du CASF.

Article 3 : La présente autorisation est rattachée à la date de renouvellement de l'établissement intervenu le 03/01/2017 pour une durée de 15 ans, soit jusqu'au 03/01/2032. Le renouvellement à l'issue des 15 ans sera subordonné aux résultats de l'évaluation ou des évaluations mentionnées à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles, dans les conditions prévues à l'article L.313-5 du même code.

Article 4 : La présente autorisation sera enregistrée au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS, cf. annexe).

Article 5 : Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation devra être porté à la connaissance des autorités compétentes, conformément aux dispositions de l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles. L'autorisation ne peut être cédée sans leur accord.

Article 6 : Dans les deux mois suivant sa notification ou sa publication, la présente décision peut faire l'objet soit d'un recours gracieux auprès de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, soit d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent. En application du décret n° 2018-251 du 6 avril 2018, les particuliers et les personnes morales de droit privé non représentées par un avocat peuvent communiquer avec un Tribunal administratif par la voie de l'application informatique « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr.

Article 7 : La Directrice départementale de l'Ardèche de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 21/09/2023

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
Auvergne-Rhône-Alpes,
Par délégation
Le Directeur de l'Autonomie
Raphaël GLABI

Annexe Finess

Mouvement(s)	
1	-10 places sur triplet 844-21-117
2	+10 places sur triplet 844-21-437

Entité juridique	
Raison sociale :	ADAPEI DE L'ARDECHE
Adresse :	SIÈGE SOCIAL 863 ROUTE DE LA CHOMOTTE BP 186 07100 ROIFFIEUX
Numéro :	07 078 537 3
Statut :	61 - Ass.L.1901 R.U.P.

Entité géographique		EG PRINCIPALE																																				
Raison sociale :	IME L'ENVOL																																					
Adresse :	ZAC DE CHARNAS 79 AV RHIN ET DANUBE 07100 ANNONAY																																					
Numéro :	07 078 045 7																																					
Catégorie :	183 - I.M.E.																																					
Équipements : >> Autorisation actuelle (arrêté 2021-14-0283 du 02/11/2021)																																						
nb places = 45	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Discipline</th> <th>Fonctionnement</th> <th>Clientèle</th> <th>Capacité</th> <th>Âges</th> <th>Premier arrêté</th> <th>Dernier arrêté</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>844</td> <td>21 ⁽¹⁾</td> <td>010</td> <td>1</td> <td>0-20</td> <td>02/11/2021</td> <td>02/11/2021</td> </tr> <tr> <td>844</td> <td>21 ⁽¹⁾</td> <td>117</td> <td>27</td> <td>0-20</td> <td>03/01/2017</td> <td>02/11/2021</td> </tr> <tr> <td>844</td> <td>21 ⁽¹⁾</td> <td>437</td> <td>11</td> <td>0-20</td> <td>03/01/2017</td> <td>02/11/2021</td> </tr> <tr> <td>844</td> <td>21 ⁽¹⁾</td> <td>500</td> <td>6</td> <td>0-20</td> <td>03/01/2017</td> <td>02/11/2021</td> </tr> </tbody> </table>	Discipline	Fonctionnement	Clientèle	Capacité	Âges	Premier arrêté	Dernier arrêté	844	21 ⁽¹⁾	010	1	0-20	02/11/2021	02/11/2021	844	21 ⁽¹⁾	117	27	0-20	03/01/2017	02/11/2021	844	21 ⁽¹⁾	437	11	0-20	03/01/2017	02/11/2021	844	21 ⁽¹⁾	500	6	0-20	03/01/2017	02/11/2021		
	Discipline	Fonctionnement	Clientèle	Capacité	Âges	Premier arrêté	Dernier arrêté																															
	844	21 ⁽¹⁾	010	1	0-20	02/11/2021	02/11/2021																															
	844	21 ⁽¹⁾	117	27	0-20	03/01/2017	02/11/2021																															
	844	21 ⁽¹⁾	437	11	0-20	03/01/2017	02/11/2021																															
844	21 ⁽¹⁾	500	6	0-20	03/01/2017	02/11/2021																																
>> Autorisation nouvelle																																						
nb places = 45	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Discipline</th> <th>Fonctionnement</th> <th>Clientèle</th> <th>Capacité</th> <th>Âges</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>844</td> <td>21 ⁽¹⁾</td> <td>010</td> <td>1</td> <td>0-20</td> </tr> <tr> <td>844</td> <td>21 ⁽¹⁾</td> <td>117</td> <td>17</td> <td>0-20</td> </tr> <tr> <td>844</td> <td>21 ⁽¹⁾</td> <td>437</td> <td>21</td> <td>0-20</td> </tr> <tr> <td>844</td> <td>21 ⁽¹⁾</td> <td>500</td> <td>6</td> <td>0-20</td> </tr> </tbody> </table>	Discipline	Fonctionnement	Clientèle	Capacité	Âges	844	21 ⁽¹⁾	010	1	0-20	844	21 ⁽¹⁾	117	17	0-20	844	21 ⁽¹⁾	437	21	0-20	844	21 ⁽¹⁾	500	6	0-20												
	Discipline	Fonctionnement	Clientèle	Capacité	Âges																																	
	844	21 ⁽¹⁾	010	1	0-20																																	
	844	21 ⁽¹⁾	117	17	0-20																																	
844	21 ⁽¹⁾	437	21	0-20																																		
844	21 ⁽¹⁾	500	6	0-20																																		
⁽¹⁾ 21 = semi-internat																																						
Conventions :																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>Objet</th> <th>Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>CPM</td> <td>30/03/2016</td> </tr> </tbody> </table>	N°	Objet	Date	1	CPM	30/03/2016																															
N°	Objet	Date																																				
1	CPM	30/03/2016																																				

Codes et libellés		
discipline	844	Tous projets éducatifs thérapeutiques et pédagogiques
fonctionnement	21	Accueil de jour (sans distinction entre semi-internat et externat)
clientèle	010	Tous types de déficiences personnes handicapées (sans autre indication)
clientèle	117	Déficience intellectuelle
clientèle	437	Troubles du spectre de l'autisme
clientèle	500	Polyhandicap
convention	CPM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Commentaires	
L'IME intervient prioritairement sur les établissements du nord Ardèche.	

Arrêté n° 2023-17-0481

Portant désignation de monsieur Vincent THOMAS, directeur d'hôpital placé en position de recherche d'affectation, pour assurer l'intérim des fonctions de direction du centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or (69)

La directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code général de la fonction publique ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 susvisée ;

Vu le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 modifié relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2018-255 du 9 avril 2018 relatif aux modalités d'indemnisation des périodes d'intérim et à l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n°2020-959 du 31 juillet 2020 relatif aux emplois supérieurs de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret ministériel du 19 avril 2023 portant nomination de madame Cécile COURREGES en qualité de directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ;

Vu l'arrêté du 9 avril 2018 fixant les montants de l'indemnisation des périodes d'intérim et de l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté n° 2023-17-0257 du 3 mai 2023 portant prorogation de l'administration provisoire du Centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or (69) jusqu'au 14 novembre 2023 ;

Vu l'instruction n° DGOS/RH4/DGCS/SD4-B/2019/124 du 24 mai 2019 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière ;

Vu la décision n°2023-16-0100 du 4 octobre 2023 de la directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes portant nomination avec délégation de signature à l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ;

Considérant l'accord du 18 octobre 2023 du Centre national de gestion autorisant la désignation de monsieur Vincent THOMAS en qualité de directeur par intérim du centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or (69) ;

Considérant la nécessité d'assurer la continuité de l'encadrement et de la gestion administrative du Centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or (69) ;

ARRETE

Article 1 : Monsieur Vincent THOMAS, directeur d'hôpital placé en position de recherche d'affectation, est désigné pour assurer l'intérim des fonctions de direction du Centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or (69), à compter du 15 novembre 2023 et jusqu'à la nomination d'un nouveau directeur.

Article 2 : La rémunération de monsieur Vincent THOMAS sera assurée, pendant la période durant laquelle sera maintenu cet intérim, par le Centre national de gestion, conformément aux dispositions de l'article 25-2 du décret n°2005-921 du 2 août 2005 portant statut particuliers des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonctions publique hospitalière.

Article 3 : Dans le cadre de cette mission d'intérim, monsieur Vincent THOMAS percevra une majoration temporaire de sa part fonction perçue au titre de sa prime de fonctions et de résultats, dont le coefficient est fixé à 1,2 conformément aux dispositions du décret n°2018-255 et de l'arrêté du 9 avril 2018 susvisés.

Article 4 : Cette indemnisation sera versée mensuellement à terme échu par l'établissement dont la vacance de poste du directeur est constatée.

Article 5 : Cet arrêté peut faire l'objet dans un délai de deux mois à compter de sa notification d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent. Le tribunal administratif (ou la juridiction administrative compétente) peut être également saisi(e) par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr.

Article 6 : Le présent arrêté sera notifié au directeur concerné et à l'établissement d'affectation et d'exercice de l'intérim.

Article 7 : Le directeur susnommé et le directeur de la délégation départementale du Rhône et de la métropole de Lyon sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Lyon, le 25 octobre 2023

La Directrice générale de l'Agence Régionales
de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Signé : Cécile COURREGES

Arrêté n° 2023-17-0493

Portant désignation de madame Géraldine BARRY, directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, directrice adjointe du centre hospitalier d'Yssingeaux et de l'EHPAD de Saint Maurice de Lignon (43) pour assurer l'intérim des fonctions de direction du centre hospitalier d'Yssingeaux et de l'EHPAD de Saint Maurice de Lignon (43)

La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code général de la fonction publique ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 susvisée ;

Vu le décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 modifié relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2018-255 du 9 avril 2018 relatif aux modalités d'indemnisation des périodes d'intérim et à l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret ministériel du 19 avril 2023 portant nomination de madame Cécile COURREGES en qualité de directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ;

Vu l'arrêté du 9 avril 2018 fixant les montants de l'indemnisation des périodes d'intérim et de l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'instruction n° DGOS/RH4/DGCS/SD4-B/2019/124 du 24 mai 2019 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière ;

Vu la décision n°2023-16-0100 du 4 octobre 2023 de la directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes portant nomination avec délégation de signature à l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ;

Considérant l'absence de Madame Marion ODADJIAN pour raisons de santé à compter du 24 octobre 2023 ;

Considérant la nécessité d'assurer la continuité de l'encadrement et de la gestion administrative du centre hospitalier d'Yssingeaux et de l'EHPAD de Saint Maurice de Lignon (43).

ARRETE

Article 1 : Madame Géraldine BARRY, directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, directrice adjointe du centre hospitalier d'Yssingeaux et de l'EHPAD de Saint Maurice de Lignon (43) est désignée pour assurer l'intérim des fonctions de direction du centre hospitalier d'Yssingeaux et de l'EHPAD de Saint Maurice de Lignon (43) à compter du 24 octobre 2023 et jusqu'au retour de la directrice.

Article 2 : Dans le cadre de cette mission d'intérim, madame Géraldine BARRY percevra une majoration temporaire de sa part fonction perçue au titre de sa prime de fonctions et de résultats, dont le coefficient est fixé à 0.5 conformément aux dispositions du décret n°2018-255 et de l'arrêté du 9 avril 2018 susvisés.

Article 3 : Cette indemnisation sera versée mensuellement à terme échu par l'établissement dont la vacance de poste du directeur est constatée.

Article 4 : Cet arrêté peut faire l'objet dans un délai de deux mois à compter de sa notification d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent. Le tribunal administratif (ou la juridiction administrative compétente) peut être également saisi(e) par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr.

Article 5 : Le présent arrêté sera notifié au directeur concerné et à l'établissement d'affectation et d'exercice de l'intérim.

Article 6 : Le directeur susnommé et le directeur de la délégation départementale de la Haute Loire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Clermont-Ferrand, le 30 octobre 2023

Pour la Directrice générale
et par délégation,

La responsable du pôle coopérations et
gouvernance des établissements

Signé : Emilie BOYER

Arrêté 2023-22-0068

Portant sur l'adoption du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2023-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028

La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L.1434-3 ; L. 1434-6 ; L. 1434-9 à L. 1434-11 ; R. 1434-1 à R. 1434-9 et R. 1434-11 ;

Vu l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le décret du 19 avril 2023 portant nomination de Mme Cécile COURREGES en tant que directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ;

Vu l'arrêté n° 2023-17-0364 en date du 17 juillet 2023 de la directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes relatif à la délimitation des zones du schéma régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2023-2028 donnant lieu à la répartition des activités de soins et équipements matériels lourds ;

Vu l'arrêté n° 2023-17-0365 en date du 13 juillet 2023 de la directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes relatif à la définition des zones du schéma régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2023-2028 relatives aux laboratoires de biologie médicale ;

Vu l'arrêté n° 2023-22-0027 portant sur l'avis de consultation du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 27 juin 2023 ;

Vu l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie Auvergne-Rhône-Alpes en date du 14 septembre 2023 ;

Vu l'avis de la préfète de la région Auvergne-Rhône-Alpes en date du 27 septembre 2023 ;

Vu l'avis du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes en date du 26 septembre 2023 ;

Vu l'avis rendu par la Région Auvergne-Rhône-Alpes en date du 29 septembre 2023 ;

Vu l'avis des conseils départementaux de l'Ain en date du 05 octobre 2023, de l'Allier en date du 03 octobre 2023, de l'Ardèche en date du 15 septembre 2023, du Cantal en date du 29 septembre 2023, de la Drôme en date du 11 septembre 2023, de l'Isère en date du 29 septembre 2023, de la Loire en date du 18 septembre 2023, de la Haute-Loire en date du 16 octobre 2023, du Puy-de-Dôme en date du 25 septembre 2023, du Rhône en date du 13 octobre 2023, de la Savoie en date du 22 septembre 2023, de la Haute-Savoie en date du 02 octobre 2023 ;

Vu l'avis de la Métropole de Lyon en date du 25 septembre 2023 ;

Vu l'avis des communes de la région Auvergne-Rhône-Alpes dont les conseils municipaux ont pris valablement une délibération ;

Vu l'avis des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de l'Ain en date du 08 septembre 2023, de l'Allier en date du 15 septembre 2023, de l'Ardèche en date du 27 septembre 2023, du Cantal en date du 12 septembre 2023, de la Drôme en date du 26 septembre 2023, de l'Isère en date du 21 septembre 2023, de la Loire en date du 26 septembre 2023, de la Savoie en date du 27 septembre 2023, de la Haute-Savoie en date du 19 septembre 2023 ;

Vu l'avis du conseil départemental-métropolitain de la citoyenneté et de l'autonomie du Rhône et de la Métropole de Lyon en date du 26 septembre 2023 ;

Vu l'avis de l'agence de la biomédecine en date du 06 octobre 2023 ;

ARRETE

Article 1 :

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2023-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de 5 ans.

Article 2 :

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2023-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 peut être consulté sur le site Internet de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes à l'adresse suivante :

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- a) A la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes, 106 rue Pierre Corneille 69003 Lyon.
- b) Au siège de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, 241 rue Garibaldi, 69003.

c) Ainsi que dans ses délégations départementales :

- délégation départementale de l'Ain, 9 rue de la Grenouillère, 01000 Bourg-en-Bresse,
- délégation départementale de l'Allier, 20 rue Aristide Briand, 03400 Yzeure,
- délégation départementale de l'Ardèche, avenue Moulin de Madame, 07000 Privas,
- délégation départementale du Cantal, 13 place de la Paix, 15000 Aurillac,
- délégation départementale de la Drôme, 13 avenue Maurice Faure, 26000 Valence,
- délégation départementale de l'Isère, 17-19 rue Commandant l'Herminier, 38000 Grenoble,
- délégation départementale de la Loire, 4 rue des Trois Meules, 42000 Saint-Etienne,
- délégation départementale de la Haute-Loire, 8 rue de Vienne, 43000 Le Puy-en-Velay,
- délégation départementale du Puy-de-Dôme, 60 avenue de l'Union Soviétique, 63000 Clermont-Ferrand,
- délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon, 241 rue Garibaldi, 69003 Lyon,
- délégation départementale de la Savoie, 94 boulevard de Bellevue, 73000 Chambéry,
- délégation départementale de la Haute-Savoie, Cité administrative, 7 rue Dupanloup, 74000 Annecy.

Article 3 :

Dans les deux mois suivant sa notification ou sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr

Article 4 :

Le directeur de la stratégie et des parcours de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 30 octobre 2023

La Directrice générale
de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Cécile COURREGES

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ | 2018-2028

Programme d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis Auvergne-Rhône-Alpes

2023-2028



Document relayé par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
Edité le 31 octobre 2023

TABLE DES MATIÈRES

QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	7
DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES	7
LES INÉGALITÉS DE SANTÉ	12
LA PRÉCARITÉ EST UN PHÉNOMÈNE MULTIDIMENSIONNEL	15
CONTEXTE COVID	17
CHAPITRE 1	19
1.1 AMÉLIORER L'ACCÈS AU « DROIT COMMUN » DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES	20
1.2 PROMOUVOIR LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ ADAPTÉS AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	24
1.3 FACILITER LA PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	25
1.4 LUTTER CONTRE LE NON RECOURS AUX SOINS, LE REFUS DE SOINS ET LES DISCRIMINATIONS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	27
CHAPITRE 2	29
2.1 AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SOUFFRANT D'ADDICTION ET/OU DE TROUBLES PSYCHIQUES	30
2.2 AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE INDIVIDUEL, VIA UNE REPONSE COORDONNÉE ET PLURIDISCIPLINAIRE DANS UNE LOGIQUE DE LOGEMENT D'ABORD	31
2.3 RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE LE SECTEUR DU MÉDICO-SOCIAL ET CELUI DE LA PRÉCARITÉ POUR AMÉLIORER LE PARCOURS DES PERSONNES VIEILLISSANTES EN SITUATION DE PRECARITE	32
2.4 ADAPTER LES PARCOURS DE SOINS AUX PARTICULARITÉS DES PERSONNES VULNERABLES LES PLUS EN DIFFICULTÉ	33
2.5 VEILLER A LA PRISE EN COMPTE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS)	35
CHAPITRE 3	37
3.1 FAVORISER LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES DANS LES POLITIQUES LOCALES ET RÉGIONALES DE SANTÉ	38
3.2 FAVORISER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE PAR LES PROFESSIONNELS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	39
3.3 DÉPLOYER DES OUTILS / DISPOSITIFS FACILITANT LA COMPRÉHENSION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS	40
3.4 RENFORCER ET COORDONNER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES	42
MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI	45
GLOSSAIRE	47

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 Projet régional de santé de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes actuellement mis en œuvre est composé de 3 documents complémentaires : le [Cadre d'orientation stratégique](#), 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 **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)**, établi pour 5 ans, est une déclinaison spécifique du schéma régional de santé visant à faciliter l'accès au système de santé dans toutes ses composantes et notamment le parcours de soins des personnes **les plus démunies et les plus éloignées de la santé**.



Dans le cadre du PRS 2018-2028, les documents SRS et PRAPS couvrant la période de 2018 à 2023 arrivent à échéance. Il convient de les réviser, afin de fixer les objectifs stratégiques en matière de santé pour les 5 prochaines années.

Ces documents réglementaires font l'objet d'une publication officielle sous forme d'arrêté du Directeur général de l'ARS, au plus tard le 1^{er} 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 PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES 2023-2028

L'élaboration du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2023-2028 Auvergne-Rhône-Alpes tient compte des événements récents qui ont touché l'ensemble du système de santé (pandémie, événements 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'efficacité 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.**

L'ensemble de ces objectifs concerne bien évidemment les personnes les plus démunies et trouveront une déclinaison opérationnelle dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Pour autant, et dans la perspective de réduction des inégalités territoriales de santé, des thématiques abordées dans le Schéma régional de santé peuvent aborder une déclinaison visant les populations les plus fragiles (ex Cancer).

Élaboration du PRAPS 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 rencontrés par l'utilisateur 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.

Concernant le PRAPS, le bilan s'inscrit dans la 1^{ère} question évaluative : « **Le PRS ou PRAPS a-t-il permis d'améliorer l'accès aux soins, y compris aux soins non programmés, en tout point du territoire et pour toute la population** » dont les personnes en situation de précarité.

[L'Atlas régional de santé](#) dresse un portrait de santé de la région au travers d'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, expert 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 CRSA et les partenaires institutionnels de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes 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 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 et la mobilisation des délégations départementales de l'ARS.

Le présent PRAPS va s'employer à proposer une démarche d'amélioration du parcours de santé des publics en situation de précarité au travers des 3 chapitres ci-après :

- **Chapitre 1** - Favoriser l'accès à la santé des populations en situation de précarité et lutter contre le non-recours
- **Chapitre 2** - Favoriser le travail en réseau des professionnels des champs sanitaires, médico sociaux et sociaux pour l'accompagnement et la prise en charge des personnes les plus démunies
- **Chapitre 3** - Améliorer la capacité du système de santé à mieux prendre en charge les personnes les plus démunies.

QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

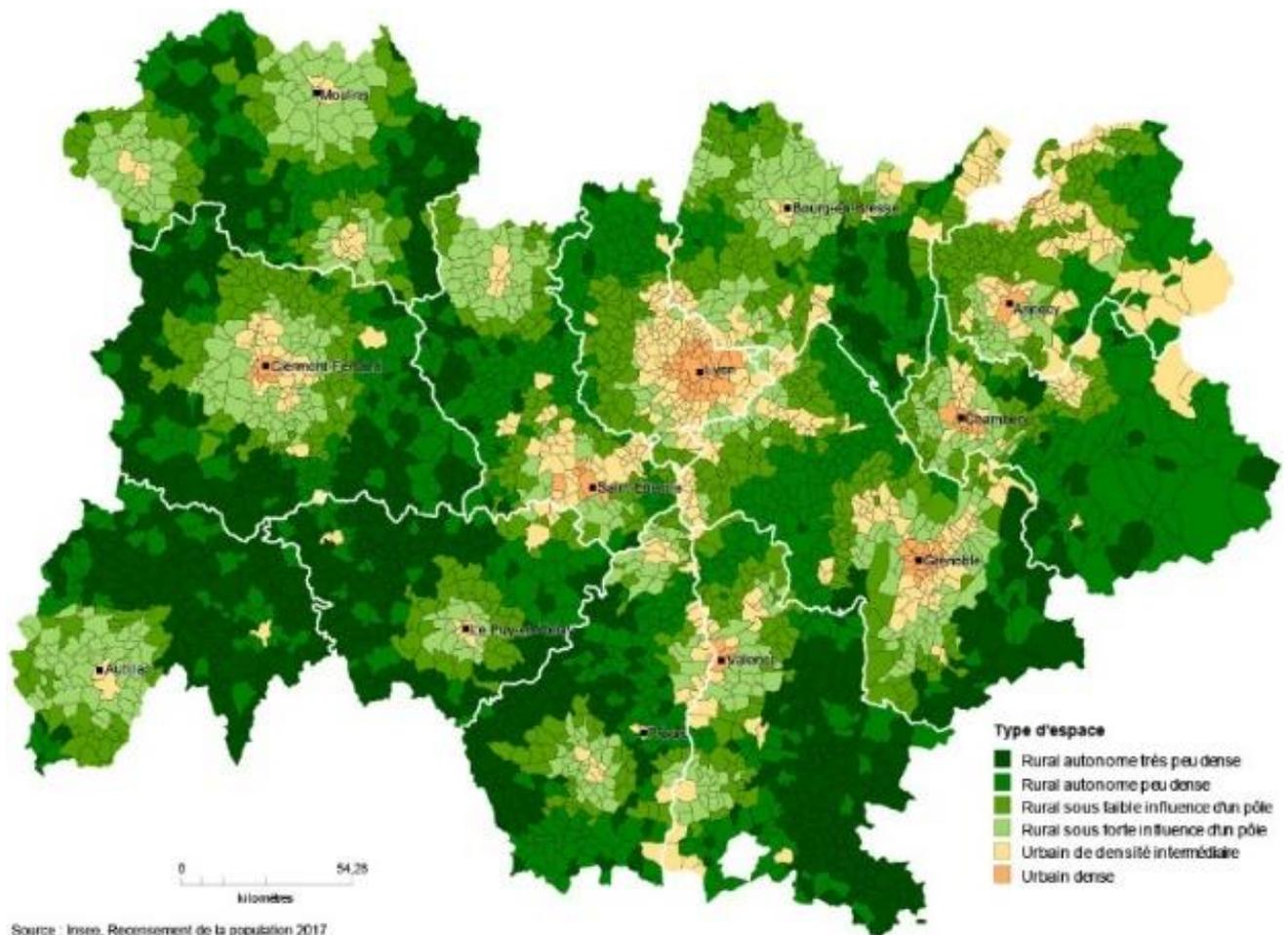
DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES

Des disparités infra départementales en termes de densité de population

Le département le moins peuplé est celui du Cantal qui compte 144 700 habitants en 2018 et le plus peuplé, le Rhône, en compte 1 859 500 habitants. La Métropole de Lyon constitue une collectivité locale au statut unique intégrant les compétences d'un département.

En 2018, près de 2,8 millions d'habitants vivent dans une commune rurale, soit 35 % des habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes et 30,4 %, soit 2,4 millions d'habitants, vivent dans un centre urbain dense (Lyon, Grenoble, Clermont-Ferrand, Valence, Chambéry, Annecy, Saint-Étienne) dont 1,2 million (15,8 %) autour de la ville de Lyon.

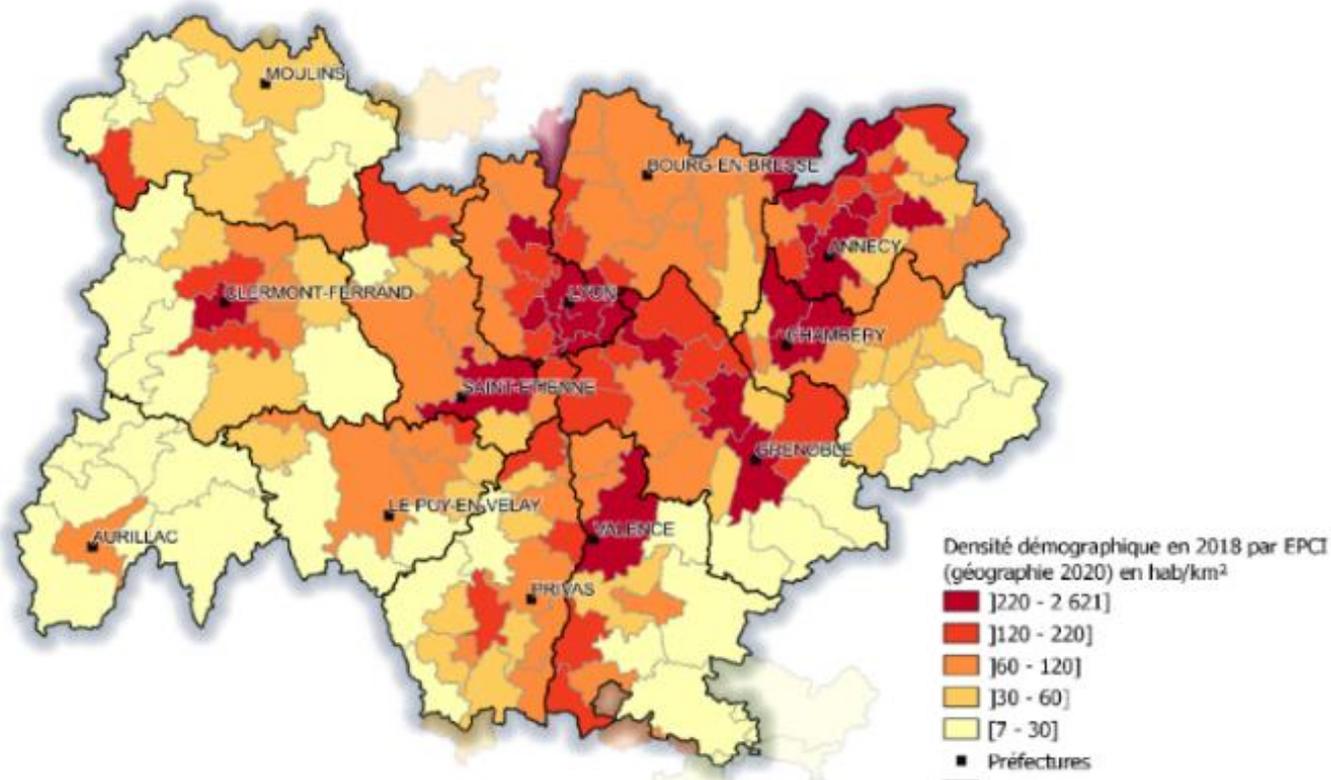
Carte 1 – Typologie communale



La densité moyenne de population en Auvergne-Rhône-Alpes est de 115 habitants par km². La région est marquée par de fortes disparités¹. Elle conjugue des

espaces urbains à la densité élevée avec des zones rurales et montagneuses peu, voire très peu denses.

Carte 2 - Densité géographique en 2018, par EPCI Auvergne-Rhône-Alpes



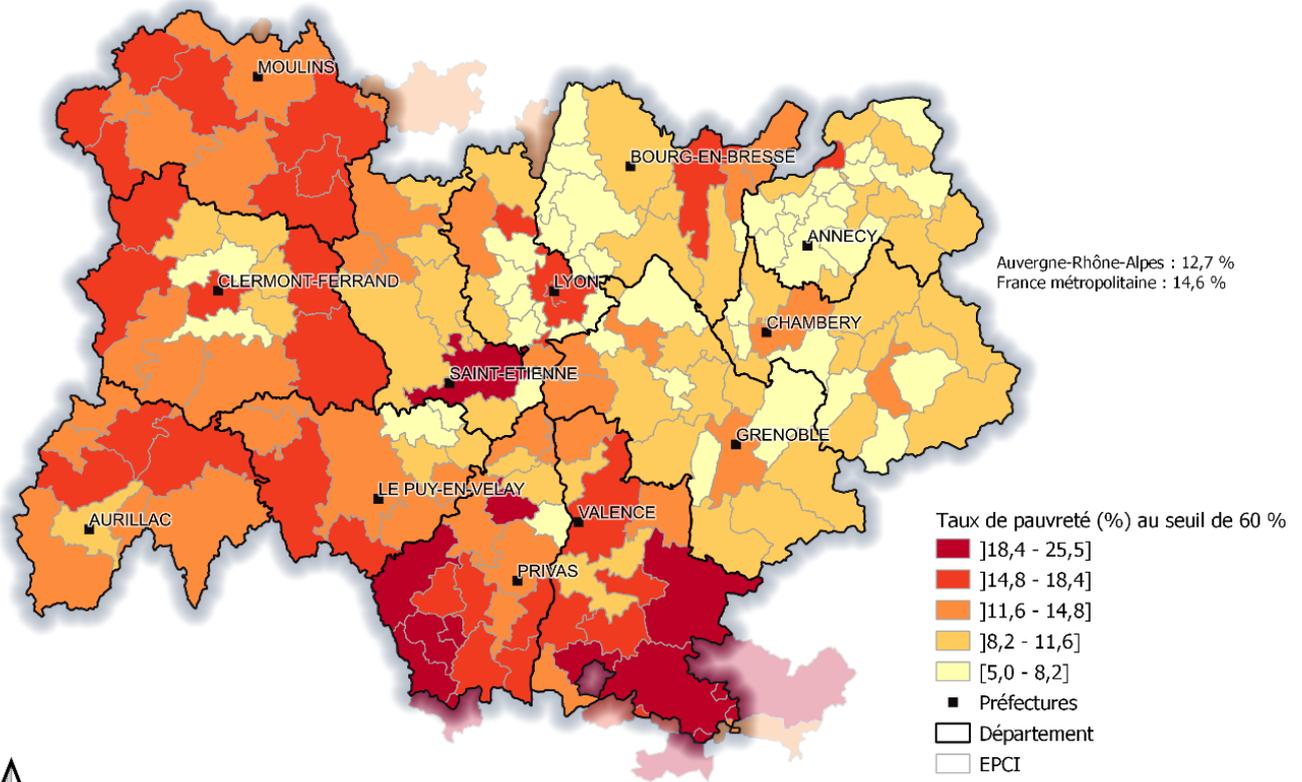
Un taux de pauvreté nettement inférieur au niveau national mais marqué par des disparités

Le taux de pauvreté en Auvergne-Rhône-Alpes est de 12,7 % en 2018 contre 14,6 % en France métropolitaine. En 2018, près de 1 million de personnes vivent en dessous du

seuil de pauvreté monétaire fixé à 60 % du revenu médian, soit 1063 € par mois. Les taux varient de 15,5 % dans les départements de l'Allier à 8,9 % dans le département de Haute-Savoie.

¹ 7,7 millions d'habitants en Auvergne Rhône-Alpes, Insee Flash Auvergne n°12, octobre 2015,2p.

Carte 3 - Taux de pauvreté en 2018 par EPCI, Auvergne-Rhône-Alpes



Principaux constats

- Les habitants des Quartiers Politiques de la Ville sont particulièrement touchés par la pauvreté qui a augmenté entre 2013 et 2018 notamment à Saint-Étienne, Clermont-Ferrand, Lyon et Grenoble. Le taux de pauvreté de l'Allier a également augmenté de 0,5 point, se situant parmi les taux les plus élevés de la région.
- Les autres départements voient leur taux de pauvreté diminuer dans des proportions plus ou moins importantes (-1,8 point dans le Cantal, -0,2 point en Savoie).
- Les familles monoparentales et les familles nombreuses sont particulièrement touchées, 17,5 % des familles dans la région sont allocataires à bas revenus.
- Moins de personnes sans diplôme que la moyenne nationale : 13,6 % de personnes âgées entre 15 et 49 ans sont sans diplôme, contre 14,7 % en France métropolitaine. Les parts les plus élevées s'observent dans les départements de l'Allier (16,3 %), de la Drôme (15,7 %) et de la Loire (15,6 %). Les parts les plus basses s'observent dans le Cantal (11,3 %), la Haute-Loire (11,9 %) et la Savoie (12,3 %).
- Un taux de chômage parmi les plus bas de France : le taux de chômage en 2020 est de 7,0 % en Auvergne-Rhône-Alpes contre 8,0 % en France entière. Les départements de l'Ardèche (8,7 %), de la Drôme (8,6 %) et de l'Allier (8,6 %) ont les taux de chômage les plus élevés de la région. Le Cantal a le taux de chômage le plus bas de la région (4,7 %).
- Les zones d'emploi ont des situations contrastées face au chômage. En 2020, les taux les plus élevés sont observés dans les zones d'emploi d'Aubenas (10,6 %), de Bollène et Pierrelatte (9,9 %), Montélimar (9,5 %) et Montluçon (9,3 %). Les zones d'emploi du Cantal ont des taux de chômage inférieurs à 5 %, Saint-Flour (4,3 %) ayant le taux de chômage le plus bas de France.

Tableau 1 - Caractéristiques économiques de la région par département

	Taux de chômage (%) 2020	Médiane du revenu disponible par unité de consommation (€) 2018	Part des ménages fiscaux imposés (%) 2018	Rapport interdécile des revenus* 2018
Ain	6,0	23 420	53,6	3,4
Allier	8,6	20 360	44,0	3,0
Ardèche	8,7	20 780	45,0	3,0
Cantal	4,7	20 510	42,9	2,8
Drôme	8,6	21 100	47,4	3,2
Isère	6,6	22 950	54,9	3,1
Loire	7,9	20 770	45,3	3,0
Haute-Loire	6,3	20 800	42,8	2,7
Puy-de-Dôme	6,9	21 890	50,8	3,1
Rhône	7,3	22 990	57,3	3,7
Savoie	6,4	23 160	56,9	3,0
Haute-Savoie	6,4	26 600	57,1	4,1
Auvergne-Rhône-Alpes	7,0	22 480	52,4	3,4
France métrop.	8,0	21 730	51,7	3,4

Source : Insee, Statistiques locales, 2018

***Définition :** Le rapport interdécile est le rapport entre le neuvième décile (niveau de vie qui sépare les 90 % qui touchent le moins des 10 % qui touchent le plus) et le premier décile (niveau de vie qui sépare les 10 % les plus pauvres des 90 % restants). Le rapport inter-décile des revenus est utilisé pour mettre en évidence les disparités (ou écarts) entre les plus riches et les plus pauvres.

Lecture : En 2018, dans l’Allier, la moitié des personnes ont un niveau de vie inférieur à 20 360 euros annuels, soit 1 697 euros par mois. Le rapport interdécile indique que les 10 % de personnes les plus aisées ont un niveau de vie 3 fois supérieur aux 10 % de personnes les plus pauvres. Cet écart est le plus élevé en Haute-Savoie. Plus le rapport interdécile est élevé, plus les écarts entre les 10 % les plus pauvres et les 10 % les plus riches est important.

Un indice de défavorisation sociale plus marqué à l’ouest de la région

En complément du taux de pauvreté monétaire, la précarité peut se traduire par l’indice de défavori-

sation sociale appelé « FDep », un indicateur composite qui rend compte de la précarité (défaveur sociale) à l’échelle communale. Il a été développé dans le contexte français par l’Inserm (REY et al, 2009).

L’indice est construit à partir des données de recensement de la population et des revenus fiscaux des ménages.

Quatre variables sont utilisées :

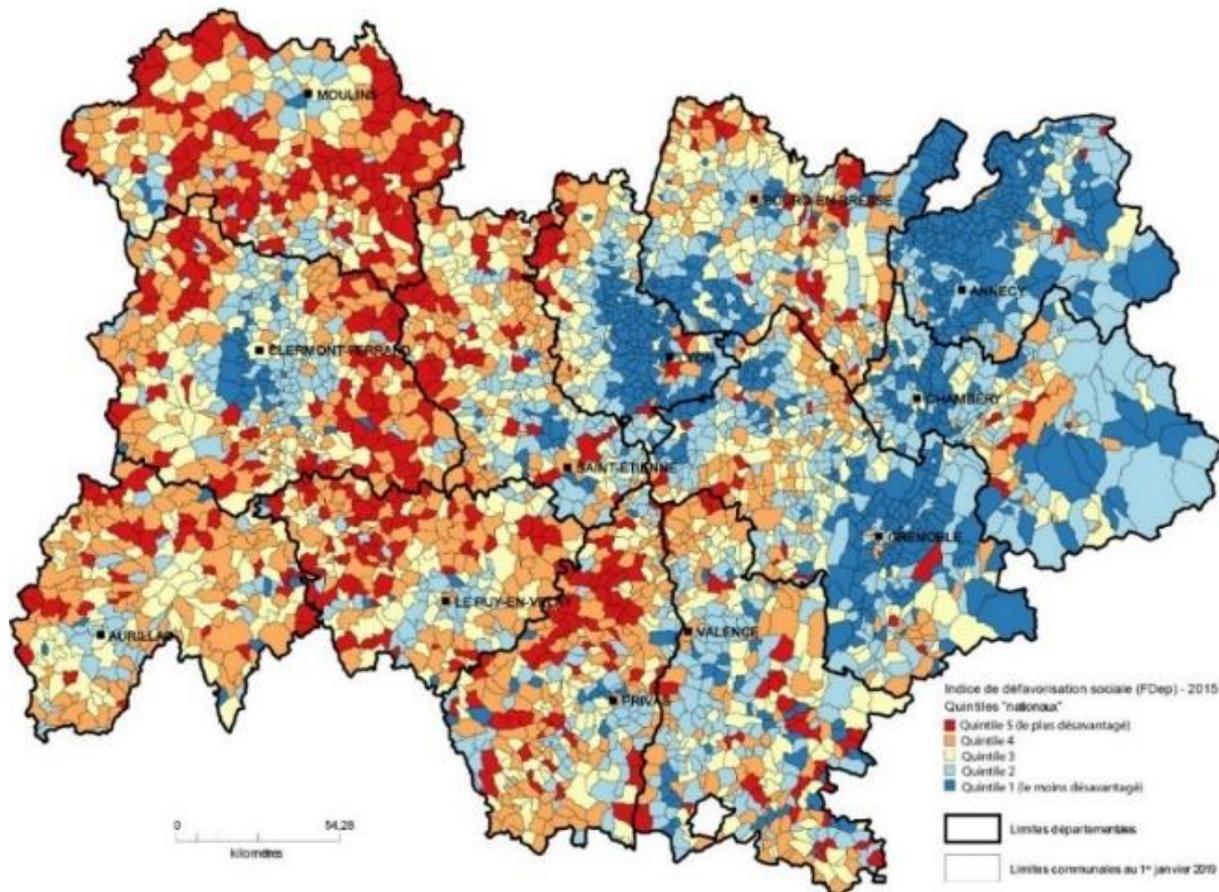
- le pourcentage d’ouvriers dans la population active,
- le pourcentage de bacheliers chez les 15 ans et plus,
- le pourcentage de chômeurs dans la population active,
- le revenu médian par foyer.

La valeur de l’indice est obtenue à l’aide d’une analyse en composantes principales (ACP) conduite sur les quatre variables. Cet indice est actuellement utilisé par la Caisse nationale d’assurance maladie pour les travailleurs salariés (CNAM-TS).

La carte de l'indice de défavorisation sociale rend compte d'une situation globalement moins favorable sur le plan social pour les communes de l'ouest de la région par rapport à celle de l'est. À

l'ouest de la région les communes urbaines sont dans des situations plus favorables. Toutefois, des inégalités infra-communales subsistent.

Carte 4 - Indice de défavorisation sociale (FDEP 15)
Distribution par quintile (Référence population communes de France).



Source : Insee (recensement de la population 2015), Insee CépIdc, 2019 - Cartographie ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Cette approche multi factorielle permet de guider la politique régionale, en particulier les dispositifs de lutte contre la précarité en santé dont le déploie-

ment sera accentué sur les territoires les plus défavorisés : quintiles 5 et 4.

LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Les inégalités de santé sont définies comme étant « **des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé** » observées entre **des groupes sociaux**. Il est avancé que les différences territoriales de mortalité dépendent largement des caractéristiques socio-économiques de leur population.

De nombreux travaux de recherche ont étudié les facteurs d'inégalité. Parmi les pistes évoquées, se trouvent : les conditions de vie, les conditions de travail, les comportements à risque et les modes de vie (activité physique, alimentation, consommation de substances psychoactives...), la qualité de l'environnement et de l'offre de services (notamment de santé) à proximité des lieux de vie. S'ajoutent probablement des inégalités d'accès aux services, à l'emploi... L'influence de ces différents facteurs a été observée dès la grossesse et leurs effets peuvent se cumuler tout au long de la vie. Ces facteurs sont également liés aux pratiques sociales et culturelles qui peuvent expliquer certaines différences entre les hommes et les femmes.

Les populations les moins favorisées (faibles revenus ou peu diplômés) cumulent généralement les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé : environnement professionnel, environnement familial, comportements défavorables (nutrition, activité physique...). L'analyse des indicateurs de mortalité, mortalité prématurée, espérance de vie, etc., fait apparaître un gradient selon la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau d'étude, connu sous le terme « gradient social de santé ».

Ainsi, en France, à 35 ans, un homme, cadre supérieur, a une espérance de vie de 49 ans, un ouvrier, de 43 ans, soit six ans d'écart.

Comparativement à la France métropolitaine, l'état de santé en Auvergne-Rhône-Alpes apparaît globalement bon au regard d'indicateurs tels que la mortalité (taux standardisés) ou l'espérance de vie. La région bénéficie d'une sous-mortalité marquée, aussi bien pour les cancers que pour les maladies de l'appareil circulatoire. Les taux standardisés de mortalité toutes causes sont parmi les plus bas de France.

Toutefois, des disparités perdurent aussi bien entre les hommes et les femmes qu'entre les **Zones de soins de proximité (ZSP)**², faisant apparaître des inégalités de santé adossées au gradient régional est-ouest.

Des disparités de mortalité entre les différents territoires

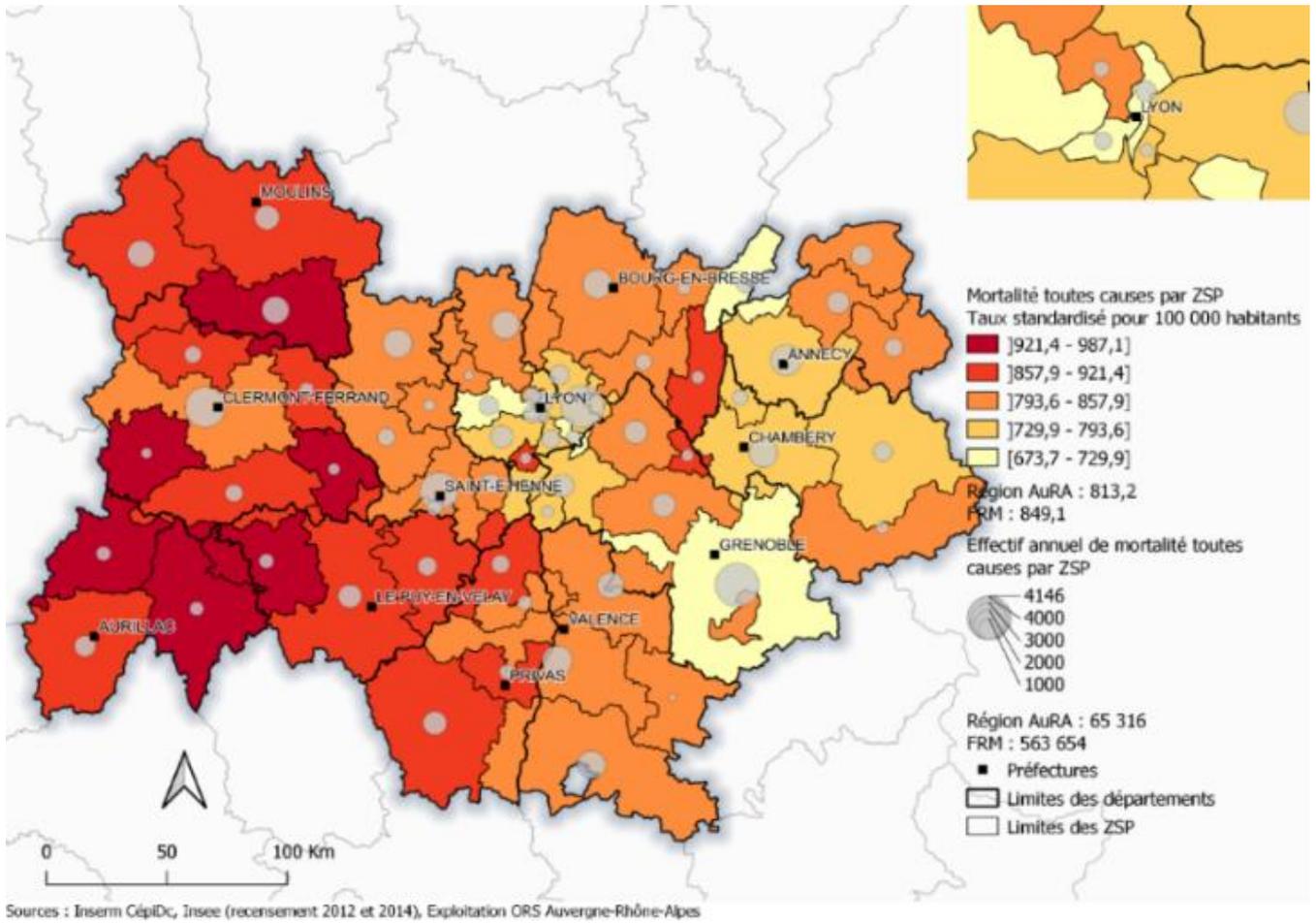
L'Allier, le Cantal, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et l'Ardèche sont les départements où les taux de mortalité sont les plus élevés, supérieurs aux moyennes régionales et nationales. Le Rhône et l'Isère bénéficient des taux les plus bas de la région. Les différences observées entre département se retrouvent au sein des ZSP. Ainsi, un clivage est-ouest est observé avec une mortalité plus prononcée à l'ouest et au sud de la région.

Ces disparités sont relevées quel que soit le sexe, même si les écarts entre ZSP sont un peu moins marqués chez les femmes que chez les hommes. Les taux de mortalité féminins sont également très inférieurs aux taux masculins sur tous les territoires.

² Les ZSP sont construites comme les territoires sur lesquels les patients ont les mêmes habitudes de recours aux soins hospitaliers. Ces territoires correspondent aux zones d'attraction des principaux établissements de la région.

La région est couverte par 62 zones de soins de proximité

Carte 5 - Taux standardisés de mortalité par ZSP, Auvergne Rhône-Alpes, Période 2012-2016



Principales causes de décès : les cancers et les maladies cardiovasculaires

Les quatre principales causes de mortalité observées sont, par ordre décroissant, les tumeurs, les maladies cardiovasculaires, les maladies du système nerveux ainsi que les causes externes (causes externes responsables de lésions traumatiques, d'intoxications et d'autres effets indésirables : accidents, lésions auto infligées, agressions...).

L'ensemble des indicateurs de mortalité, de mortalité prématurée et de mortalité évitable montrent un gradient social fort qui traduisent un accès à la prévention et aux soins moindre pour les personnes socialement défavorisées.

Le positionnement de chaque ZSP selon ses écarts à la valeur régionale concernant quatre indicateurs-

(taux standardisé de mortalité toutes causes, taux standardisé de mortalité prématurée, taux standardisé de mortalité par cancers, taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires) permet de visualiser l'arc de défaveur. Ce tableau détaillé est disponible dans [l'Atlas régional de la santé en Auvergne-Rhône-Alpes](#).

À l'image de la France, en Auvergne-Rhône-Alpes, les personnes vivant dans les zones les plus défavorisées ont un moins bon état de santé. Les données socio démographiques indiquent des disparités sociales entre départements et en infra départemental, notamment au sein des quartiers prioritaire de la politique de la ville ([QPV](#)).

De nombreuses études, recensées par Santé publique France, mettent en avant l'influence des déterminants sociaux sur la santé, comme par exemple :

- une moins bonne chance de survie après un cancer pour les personnes vivant dans des zones les plus défavorisées (Tron, 2021),

- une augmentation des hospitalisations et de la mortalité pour certaines maladies cardio-neuro-vasculaires (Accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque et embolie pulmonaire) lorsque le niveau socio-économique des patients diminue (Lecoffre, 2016),
- une plus grande difficulté à arrêter de fumer pour les personnes socialement défavorisées, plus grosses consommatrices de tabac, bien qu'étant autant désireuses que le reste de la population (Guignard, 2016). Ces inégalités de santé pourraient être évitées par des mesures favorisant l'égalité des chances pour l'ensemble de la population et pour les populations les plus vulnérables.

Ainsi, une analyse réalisée à une maille plus fine laisserait apparaître que certains Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ou quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) bien que situés dans des départements plutôt favorisés présentent des caractéristiques identiques à cet arc de défaveur. De nombreuses études tendent à montrer que les différences territoriales de mortalité dépendent largement des caractéristiques socio-économiques de leur population. Les facteurs d'inégalité se trouvent parmi : les conditions de vie, les conditions de travail, les comportements à risque et les modes de vie (activité physique, alimentation, consommation de substances psychoactives...), la qualité de l'environnement et de l'offre de services (notamment de santé) à proximité des lieux de vie. S'ajoutent probablement des inégalités d'accès aux services, à l'emploi, etc.

L'analyse géographique des disparités spatiales de mortalité régionale peut ainsi être faite au regard notamment de l'indice de défavorisation sociale, présenté ci-dessus.

La mesure de ces inégalités de santé ne doit pas se limiter aux seuls indicateurs de mortalité et nécessiterait de croiser ces derniers avec des indicateurs de recours aux soins (hospitalisations, remboursement d'actes ou de médicaments) ou encore de reconnaissance en Affection de longue durée (ALD) ou d'offre de soins. Par ailleurs, il s'agit d'une analyse

macroscopique qui ne résume pas l'intégralité des inégalités territoriales de santé.

Face aux multiples difficultés que doivent affronter, au quotidien, les personnes les plus démunies pour répondre aux besoins élémentaires que sont l'hébergement, l'accès à l'alimentation, la santé n'est pas une priorité et passe souvent au second plan de leurs préoccupations faute de moyens. Lorsque les personnes sont amenées à consulter, le problème de santé est souvent aggravé faute d'avoir été évité ou pris en charge à un stade précoce.

Il convient, dès lors, de se donner les moyens d'une politique de prévention et de prise en charge en santé adaptés aux plus fragiles de nos concitoyens au regard de l'objectif du cadre d'orientation stratégique (COS) : « Veiller à l'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité ».

L'accès à la santé pour les personnes les plus démunies ne peut être résolu, de manière structurelle, que, par une prise en compte de ces populations dans les démarches de prévention, y compris dans une approche dite participative, c'est-à-dire en mettant en œuvre des démarches qui s'appuient sur les ressources propres aux personnes. Cela réclame des modalités de mise en œuvre spécifique et des messages ad hoc.

En parallèle, et pour réduire les inégalités de santé qui touchent de façon aigüe et structurelle les personnes en situation de précarité, il convient de veiller tout particulièrement à faciliter l'accès aux dispositifs d'offre de soins et d'accompagnement social et médico-social, en axant notre action sur les Zones de soins de proximité (ZSP) où les indicateurs sont les plus défavorables.

Au-delà de ces indicateurs, il conviendra d'observer et de mettre en place tout moyen de lutter contre le non recours aux soins ou le « refus de soins » de certains professionnels en prenant en compte les spécificités des populations pour leur permettre d'accès aux droits commun en santé, en favorisant la transversalité entre partenaires du sanitaire, du social et du médico-social.

LA PRÉCARITÉ EST UN PHÉNOMÈNE MULTIDIMENSIONNEL

Si la pauvreté sur la région Auvergne-Rhône-Alpes – ou précarité financière – touche 12,3 % de la population, elle recouvre de fortes disparités à la fois territoriales : taux de pauvreté allant de 9,5 % de la population en Savoie à 15 % dans le Cantal et dans la typologie des personnes concernées.

Les différentes études conduites par l'Observatoire nationale de la précarité et de l'exclusion sociale ([ONPES](#)) et par les acteurs de la solidarité : Médecins du monde ou le Secours catholique mettent en évidence une augmentation évidente depuis 2008 de la précarité avec un élargissement des populations touchées.

Dans son avis sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Conseil économique social et environnemental ([CESE](#)) définit ainsi la précarité :

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

Cette approche souligne que la précarité est un état potentiellement transitoire, qui touche particulièrement des personnes vulnérables par différents aspects, et qui peuvent basculer dans la précarité au moindre « accident de parcours ».

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 (1173 € en 2019) par mois et par unité de consommation. Un peu plus de 12 % de la population régionale vit sous ce seuil de pauvreté. Il s'agit de personnes sans ressources ou avec minima sociaux. Parallèlement, la précarité touche désormais des nouvelles catégories de personnes salariées mais à faibles revenus, dits travailleurs pauvres, notamment à temps partiel ou saisonniers, aggravée par des situations familiales de type « mono parentales ».

Cette diversité des publics en situation de précarité conduit à s'interroger sur les points communs générant pour ces personnes un parcours de santé « chaotique ».

Au-delà des motifs « économiques » (précarité financière), des obstacles liés aux conditions de vie des personnes, et aux événements de leur vie, les conduisent à être en rupture avec le système de santé, ce qui les fragilise encore plus et avec pour conséquences des prises en charge tardives dans des états de santé dégradés nécessitant une plus grande mobilisation de ressources.

Cette situation de précarité est souvent aggravée par un fort isolement social qui contribue au renoncement aux soins (rapport du CESE 2017).

Si l'accès aux soins et à la prévention est particulièrement difficile pour certaines populations vulnérables : personnes vivant dans la rue, migrants, gens du voyage, personnes détenues, il peut être tout aussi complexe pour des personnes fragiles « éloignées » socialement ou géographiquement des dispositifs de droit commun que ce soit dans des territoires dits « en politique de la ville » ou dans des zones rurales éloignées des ressources en soins de santé.

Pour ces personnes, les indicateurs en santé sont nettement défavorables : la mortalité et morbidité sont augmentées, le taux de recours à la vaccination infantile et au dépistage organisé des cancers est moindre, une prévalence de surpoids plus élevée générant davantage de diabète et maladies métaboliques (risque multiplié par 2,9), de maladies cardio-vasculaires (risque multiplié par 1,4) et davantage de dépressions : risque multiplié par 2,4 (rapport de l'académie nationale de médecine 2017).

Les personnes en situation de précarité ont une durée de vie plus courte car de santé fragile, ce qui est susceptible d'ailleurs d'accroître leur précarité ; il s'agit donc d'un cercle vicieux dont il est cependant possible de sortir par des moyens adaptés.

L'objectif d'améliorer le parcours de santé des populations en situation de précarité s'appuie sur l'analyse des « points de rupture » communs à des catégories de personnes vulnérables différentes mais ayant vécu ou exprimé les mêmes difficultés dans la prise en charge de leur santé ; cette approche s'inscrit dans une démarche systémique, globale et non stigmatisante envers des typologies populationnelles.

Les études (dont DGOS 2016) sur les parcours de soins des personnes en situation de précarité, montrent qu'il n'y a pas de facteurs spécifiques pour les publics en situation de précarité mais plutôt une complémentarité de facteurs identiques pour tous qui vont conditionner la fluidité du parcours de soins.

La réussite d'un parcours de soins repose sur un **équilibre à 2 dimensions**.

La première dimension vise à « sécuriser » les personnes dans leur parcours, en lien avec leurs conditions de vie ce qui inclut dans cette composante à la fois une indispensable protection sociale, un lien de confiance avec un « acteur clé » du système de santé et des « aidants naturels » (familiaux ou autres) qui pourront notamment neutraliser l'éloignement géographique des lieux de soins, y compris en ville pour des personnes n'ayant pas de moyens de locomotion pour mener leurs démarches.

La seconde dimension de cet équilibre vise l'organisation du système de soins tant dans la question de l'accessibilité fonctionnelle de l'offre : absence de mé-

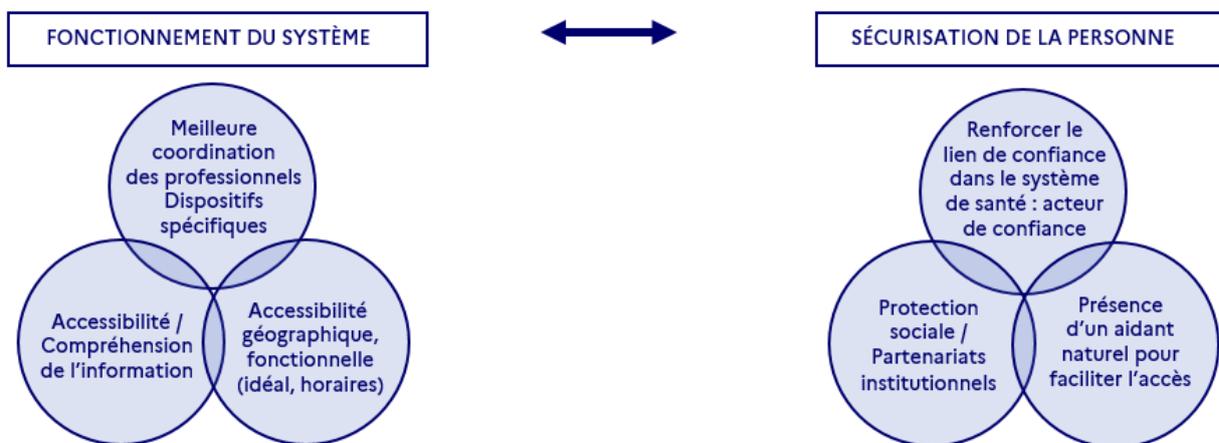
decins en proximité, horaires d'ouverture inadaptés, délais d'attente pour des rendez-vous chez un soignant trop longs que dans celles des pratiques professionnelles, qui sont parfois de nature à exclure ou éloigner des soins les populations les plus en difficulté :

- l'absence ou le refus de tiers payant,
- les dépassements d'honoraires,
- les refus de soins parfois « cachés » derrière la fixation de délais de rendez-vous très longs ou la présentation de devis exorbitants (pour des soins dentaires par exemple).

Par ailleurs, l'absence de coordination des professionnels de santé ou sociaux intervenant auprès de la même personne se révèle préjudiciable à la prise en compte globale de la situation de la personne et à la continuité des soins.

Cette composante joue un rôle d'autant plus important que la « sécurisation » des personnes n'est pas complète.

La prise en compte de ces 2 dimensions peut être ainsi représentée :



Les priorités portées dans le présent PRAPS, et en continuité du précédent, visent à prendre en compte ces deux dimensions en s'appuyant sur la capacité d'agir des personnes pour que tout un chacun devienne le plus possible acteur de son parcours de santé. Ce postulat inclut la participation des personnes activement dans les dispositifs mis en place pouvant se traduire par « faire pour et avec les personnes » afin d'en faciliter l'autonomie ; concept développé en région Auvergne-Rhône-Alpes depuis plusieurs années et à développer dans le nouveau PRAPS, comme nous le verrons plus loin.

Pour autant, s'il convient de conforter le pouvoir d'agir des personnes, il ne faut pas perdre de vue que les inégalités sociales de santé se construisent très tôt dans la vie et la majorité des déterminants de santé, d'origine sociale, se situent en dehors du système de soin. S'il convient à la fois d'agir sur les causes fondamentales (pauvreté financière, éducation, risques liés au travail, éducation...) et de porter la santé dans toutes les politiques pour agir plus efficacement sur les déterminants de santé, les professionnels de santé ont, eux aussi, un rôle très important à assumer pour réduire les inégalités de santé.

La dégradation de l'état de santé représente le dernier maillon de la chaîne de causalité des inégalités sociales. Au quotidien, de nombreux professionnels de santé se trouvent confrontés dans leurs pratiques à des situations de vulnérabilité sociale associées très souvent à des situations complexes : handicap, poly pathologies, recours tardif aux soins, difficultés d'observance, poly médication autonome, etc.

Dès lors, il devient primordial, certes de renforcer les dispositifs dédiés à mieux accompagner les personnes en situation de précarité vers le soin, mais également

de conforter les pratiques médicales par une meilleure connaissance et repérage des situations sociales des patients. Chacun est unique dans son parcours de santé mais des facteurs socio-économiques générateurs d'entraves doivent être pris en compte dans la politique régionale de santé.

L'ambition du PRAPS est de proposer des actions probantes au niveau territorial le plus adapté à une prise en compte des habitants les plus fragiles de notre région, dans l'objectif global de réduction des inégalités de santé

CONTEXTE COVID

Les enquêtes réalisées en 2021 et 2022 révèlent l'existence d'inégalités sociales face à l'épidémie du Covid-19. Le virus a circulé davantage dans les zones défavorisées qui ont connu une surmortalité par rapport à la moyenne nationale. Dès le début de la pandémie, les hypothèses d'un impact plus important chez les personnes en situation de précarité, se sont vues confirmées du fait notamment :

- risque d'infection plus important lié à des emplois « non télétravaillables » se traduisant par l'utilisation des transports en commun, des conditions de vie favorisant la promiscuité ;
- risque de faire des formes graves de la maladie plus important du fait d'une plus forte prévalence des facteurs de risques : surpoids, hypertension, BPCO ;
- recours aux soins moins fréquent liés à des obstacles financiers, géographiques ;
- durant le couvre-feu, un impact psychologique sanitaire et socio-économique plus important pour les personnes vivant dans des conditions de logements moins favorables.

Ces hypothèses ont été largement soulignées dans le rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – [DREES](#) juil. 2020.

En parallèle, la période du 1^{er} confinement a contribué à mettre à l'abri l'ensemble des personnes vivant à la rue et à héberger dans des centres dédiés les person-

nes malades Covid – sans forme grave – mais dont les conditions de vie ne permettaient pas d'être isolés à leur domicile. Dès lors, l'ARS a mis en place des équipes sanitaires mobiles déployées sur chaque département pour assurer le suivi des personnes malades dans les lieux d'hébergement.

Cette approche a été précurseur de dispositifs nationaux déployés par la suite permettant « d'aller vers » les personnes les plus éloignées du soin (mesures issues du [Ségur de la santé](#)), comme nous le verrons par la suite.

L'impact de la pandémie sur la santé des populations est difficilement mesurable dans l'immédiat car la précarisation a des effets retardés sur l'état général et l'accès aux soins.

Néanmoins, entre 2020 et 2021, la crise sanitaire du Covid19 a significativement aggravé des situations de pauvreté préexistantes, tout en poussant des individus vers la précarité.

Dans son rapport de mai 2021³, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ([CNLE](#)) identifie particulièrement plusieurs points de fracture sur lesquels peuvent se cristalliser les difficultés dont les inégalités sociales de santé en particulier dans l'accès aux soins et l'équipement des territoires.

³ La pauvreté démultipliée, Dimensions, processus et réponses, printemps 2020 [printemps 2021 Rapport du CNLE, Mai 2021



CHAPITRE 1

FAVORISER L'ACCÈS À LA SANTÉ DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET LUTTER CONTRE LE NON-RECOURS

1.1 - AMÉLIORER L'ACCÈS AU « DROIT COMMUN » DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES	20
1.2 - PROMOUVOIR LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ ADAPTÉS AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	24
1.3 - FACILITER LA PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	25
1.4 - LUTTER CONTRE LE NON RECOURS AUX SOINS, LE REFUS DE SOINS ET LES DISCRIMINATIONS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	27

Les motifs de renoncement aux soins sont souvent d'ordre financier (pour l'optique, le dentaire notamment) alors même que des dispositifs d'aide à la prise en charge financière existent mais insuffisamment mobilisés.

Le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide pour une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire ([CSS](#)).

Fin mars 2021, 7.31 millions de personnes bénéficient de la complémentaire santé solidaire soit une hausse de 5.7 points par rapport à mars 2020 (source Assurance maladie).

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

Mais ils trouvent aussi leur source dans la complexité des dispositifs et des démarches administratives créant une distance, parfois réelle dans les territoires

ruraux, entre les personnes et l'offre de soins semblant parfois infranchissables.

Il convient dès lors de faciliter l'accès au « droit commun » notamment de l'assurance maladie par le soutien aux démarches inclusives en vue de permettre aux personnes les plus fragiles de (re)devenir actrices de leur santé.

Cet enjeu de réduction des inégalités d'accès aux soins se décline autour de 4 objectifs :

- Améliorer l'accès aux droits de santé des personnes les plus démunies.
- Promouvoir les dispositifs de prévention et de promotion de la santé adaptés aux personnes en situation de précarité.
- Faciliter la prise en charge en santé mentale des publics en situation de précarité.
- Lutter contre le non recours aux soins, le refus de soins et les discriminations des personnes en situation de précarité.

1.1 AMÉLIORER L'ACCÈS AU « DROIT COMMUN » DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

D'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie ([SRCV](#)) de l'Insee de 2017, une fois tenu compte des caractéristiques des personnes interrogées (âge, sexe, diplôme, situation sur le marché du travail...), les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. En outre, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur **risque est plus de huit fois supérieur** à celui du restant de la population.

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

Certes, la part de la population qui renonce à se soigner faute d'argent a fortement diminué et n'a rien à voir à ce que notre pays a pu connaître il y a quelques décennies.

Pour autant, le problème de l'accès aux soins reste prégnant pour une partie importante de la population et outre les aspects financiers de certains soins (secteur 2 majoritaire pour les spécialistes), d'autres

facteurs aggravent les difficultés d'accès au parcours de soins des plus fragiles : l'éloignement géographique, l'isolement social, mauvais état de santé, le handicap, l'offre locale.

Parmi ces facteurs, l'absence de couverture complète en santé reste importante. Certes les mesures dites « reste à charge zéro », prises en vue de l'amélioration des remboursements pour le dentaire et l'optique, vont réduire encore l'effet du niveau de vie dans le renoncement aux soins.

D'autres motifs de renoncement aux soins trouvent leur source dans la complexité des dispositifs et des démarches administratives créant une distance, parfois réelle dans les territoires ruraux, entre les personnes et l'offre de soins semblant parfois infranchissables. De plus, avec la généralisation d'accès aux services en santé – que ce soit pour l'assurance maladie ou les professionnels de santé – par les services numériques, les personnes éloignées socialement de ces outils voient leurs difficultés s'accroître.

Il convient dès lors de faciliter l'accès au « droit commun » notamment de l'assurance maladie par le soutien aux démarches inclusives en vue de permettre aux personnes les plus fragiles de (re)devenir acteur de leur santé. De façon complémentaire et en partenariat avec les caisses d'assurance maladie, il convient de soutenir et renforcer les dispositifs que sont :

- les permanences d'accès aux soins de santé ([PASS](#)) en articulation avec l'assurance maladie,
- la médiation en santé.

1.1.1 Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Créées en 1998, les Permanences d'accès aux soins de santé ([PASS](#)) jouent un rôle fondamental au sein des établissements de santé, dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : elles offrent un accompagnement médical et social aux personnes ayant besoin de soins ambulatoires et qui ne peuvent y accéder faute de couverture sociale totale ou partielle. La situation des publics des PASS est souvent liée à une forte désocialisation ou à des difficultés à s'orienter dans le système de santé comme les personnes allophones, les personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques ou marginalisées.

Les PASS sont identifiées et reconnues sur leur territoire comme des acteurs pivots, garants de l'accès aux soins de ce public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. Elles sont à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médico-sociaux et doivent permettre un accompagnement des patients, dans la perspective d'un retour aux soins vers un dispositif de droit commun, en médecine de ville.

Elles peuvent être somatiques ou avec des activités complémentaires, type dentaires ou périnatalité.

Les PASS ont vu leur fréquentation, en terme de file active, exploser ces dernières années, d'une part du fait de l'augmentation des publics sans droit sécurité sociale et des publics avec des droits potentiels dont les délais d'ouverture se sont allongés au fil du temps, et d'autre part des difficultés accrues d'accès à la médecine libérale, y compris pour les personnes ayant des droits complets.

Les PASS de la région sont animées par une coordination régionale assurée par deux personnes dont le rôle est de soutenir les professionnels des permanences (appui à la mise en place d'un comité de pilotage, au développement de partenariats, mise à

disposition d'outils ou aide à la définition de procédures, réalisation d'actions de formation ou de sensibilisation, retour d'expériences, partage de pratiques, soutien technique aux professionnels...) et d'être un relai pour l'ARS qui pilote les orientations régionales définies pour les PASS.

Cette organisation a ainsi facilité la prise en charge des publics en situation de précarité pendant la crise du Covid19 avec la mise en place d'équipes mobiles lors du confinement ou en soutien aux professionnels des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale ([CHRS](#)).

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Entre 2018 et 2022, l'ARS a conforté le fonctionnement de ce dispositif en renforçant la coordination régionale via le recrutement d'une deuxième coordinatrice régionale. Les coordinatrices travaillent au plus près des équipes par un soutien actif, une veille réglementaire et des échanges très réguliers avec chacune des structures. Elles facilitent également le partenariat local afin que les PASS puissent réellement s'articuler avec les ressources d'un territoire que ce soit avec l'assurance maladie ou les associations soutenant le public accueilli en PASS.

Un renfort financier a également été réalisé : le financement des PASS Auvergne-Rhône-Alpes par l'ARS est passé de 6,1 M€ à 10,5 M€ fin 2022 soit une hausse de 72 % sur 5 ans. Ce soutien a permis la mise en place de consultations spécialisées adossées aux PASS généralistes dans plusieurs établissements ainsi qu'un renfort en PASS mobiles favorisant l'accès aux soins au plus grand nombre au travers de ce dispositif d'« aller vers ».

Au sein des 47 PASS généralistes de la région, on compte désormais :

- 9 PASS avec consultations dentaires : Oyonnax (01), Moulins (03), Valence (26), Grenoble (38) articulé avec le centre dentaire Solident, Le Puy en Velay (43), Tarare (69), Lyon (69) Chambéry (73), Annecy (74) ;
- 3 PASS avec activité pédiatrique : Grenoble (38), Lyon (69), Villefranche sur Saône (69) ;
- 2 PASS avec activité périnatalité dédiées : Lyon (69), Romans sur Isère (26) et un projet de PASS « mère enfant » au CHU de Clermont Ferrand (63) ;
- 2 activités d'optométrie : Hôpitaux Nord Ouest site de Villefranche (69) et en 2023 sur le CH Saint Joseph Saint Luc à Lyon (69).

En parallèle, un rapport d'activité national s'est mis en place permettant d'affiner la connaissance et les pratiques professionnelles des PASS.

ENJEUX ET OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

L'enjeu réside dans la poursuite du renfort des PASS dont l'activité ne cesse de s'accroître.

Objectifs

1. **Elaborer une nouvelle modélisation financière régionale basée notamment sur des critères populationnels (taux de précarité des territoires) et permettant de prioriser et planifier les équipes à renforcer.**
2. **Poursuivre le renfort des PASS somatiques existantes sur le territoire en lien étroit avec les besoins identifiés notamment par l'outil PIRAMIG (rapport d'activité en ligne), la coordination régionale des PASS et les délégations départementales ARS : en termes de temps infirmiers, médicaux, secrétariat, accueil, dans le cadre d'activités spécifiques comme les consultations dentaires, les missions pédiatriques, périnatales, d'optométrie, etc.**
3. **Développer, en fonction du contexte territorial et en articulation avec les autres dispositifs d'aller-vers existants, des PASS mobiles ou délocalisés.**
4. **Développer, en fonction des besoins et des territoires, des PASS de ville ou ambulatoires (une modélisation est en cours au niveau national).**
5. **Conforter l'articulation des PASS avec l'ensemble des acteurs sur les territoires (médico-social, 1^{er} recours, associations, Communautés professionnelles territoriales de santé – [CPTS](#), Contrats locaux de santé – [CLS](#), Dispositifs d'appui à la coordinations – [DAC](#), etc.).**

1.1.2 La méditation en santé

Définition : La médiation en santé est définie dans le Code santé publique comme « La fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus présent titre, à la prévention et aux soins ».

Un référentiel a été publié en juin 2017 par la Haute autorité de santé ([HAS](#)) pour préciser les attendus en terme de bonnes pratiques de la médiation en 2017 couplé avec le référentiel sur l'interprétariat en santé.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes soutient des actions de médiation en santé depuis fin 2016, via un appel à candidatures, pour financer des actions de médiation tout d'abord sur des territoires politiques de la ville, puis progressivement sur des territoires plus ruraux où les difficultés d'accès aux droits et aux soins ne sont pas moins marquées.

Les médiateurs en santé ont pour missions :

- faciliter l'accès aux droits et aux soins de santé en « allant vers » les habitants, en rencontres individuelles soit à domicile, soit lors de permanences dans des lieux ciblés afin de repérer les problèmes de droits et de soins et d'en faciliter l'accès,
- mettre en place ou de co-porter des actions de prévention et de promotion de la santé dans une approche partenariale affichée.
- Faire connaître les spécificités des populations vulnérables aux différents acteurs de la santé

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'ensemble des actions de Médiation en santé sont au nombre de 40 fléchées comme telles à ce jour pour un financement par le Fonds d'intervention régional ([FIR](#)) de 3,5 millions d'euros.

La plupart des postes de médiateurs sont portés par des associations de prévention et promotion de la santé mais une partie relève également de structures de professionnels de santé (Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), centre de santé, cabinet infirmiers) auxquels se rajoutent quelques collectivités locales : pour ces dernières la fonction de médiation est ainsi davantage articulée avec l'ensemble des politiques locales concourant à une meilleure santé des habitants.

Une étude réalisée en 2019 par l'ARS avait permis un état des lieux et souligné les perspectives de développement de ce dispositif.

En effet, la médiation étant une interface entre les personnes et les professionnels de santé, il convient de s'assurer de la présence de ces professionnels sur un territoire avant de mettre en place une nouvelle médiation sur des « zones blanches ». A ce titre, une

meilleure articulation devrait être recherchée avec l'offre de soins de 1^{er} recours.

A noter que la médiation en santé est de plus en plus portée par des « médiateurs pairs » dont le parcours de précarité permet de mieux repérer, comprendre et soutenir les personnes les plus éloignées du soin.

Par ailleurs, un réseau des médiateurs santé s'est constitué au niveau régional permettant à tous d'accéder à un espace collaboratif d'échanges d'outils et de pratiques. Une rencontre annuelle a également lieu une fois par an permettant un temps d'échange autour de l'actualité de leurs missions et d'un temps d'analyse des pratiques. L'animation de ce réseau a été confiée à *Labo cités*.

ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028

Les enjeux de la médiation en santé sont forts et s'inscrivent dans la lutte contre l'éloignement aux soins et à la santé pour une population dont le nombre ne cesse d'augmenter. En effet, la médiation en santé répond à la fois à la difficulté ou l'absence de droits de sécurité sociale, de difficultés à trouver un professionnel ou tout simplement de difficultés d'accès aux services numériques qui se développent et tendent à se généraliser sur la santé.

Ainsi les médiateurs en santé deviennent « multi référents » alors même qu'au-delà du référentiel de la HAS aucun diplôme, aucune formation n'est requise.

Parmi les objectifs 2023-2028, il est proposé de conforter la professionnalisation des médiateurs soutenus par l'ARS.

Objectifs

- 1. Développer et systématiser l'analyse de la pratique pour tous les médiateurs.**
- 2. Faire reconnaître la médiation en santé comme un métier y compris en reconnaissant le savoir « expérientiel » des médiateurs pairs.**

- 3. Mettre en place un outil de suivi d'activité au niveau régional, y compris dans une perspective d'approche évaluative.**
- 4. Poursuivre le développement de la médiation santé (dans et hors quartier politique de la ville – QPV) dans les zones insuffisamment ou non couvertes y compris en milieu rural en tenant compte de l'articulation possible avec l'offre de 1^{er} recours et ce, dans une logique d'équité territorial.**
- 5. Améliorer la connaissance de la médiation des professionnels de santé (Unions régionales des professionnels de santé – URPS, CPTS, etc.).**
- 6. Veiller à l'articulation avec la mission accompagnement santé de l'Assurance maladie**

La médiation en santé au cœur de la démarche participative

Cette mission de médiation en santé a également permis d'inscrire certaines structures regroupant plusieurs professionnels de santé dans une « démarche participative » c'est-à-dire en sollicitant les habitants afin qu'ils deviennent davantage acteurs de leur propre santé, au-delà des soins, dans une approche plus globale de prévention et de promotion de la santé.

Cette approche de démarche participative fait l'objet d'une expérimentation nationale financée dans le cadre d'un « [Article 51](#) » sur 2 années (2022 et 2023) et, selon l'évaluation qui en sera faite, pourrait avoir vocation à s'étendre à plus de structures. Actuellement, sur les 26 expérimentant la démarche en France, 5 de la région Auvergne-Rhône-Alpes sont intégrées dans le dispositif (Village 2 santé à Echirolles, Santé commune à Vaulx-en-Velin, Centre de santé du Diaconat à Valence, CSP de Chambéry et Maison de santé pluriprofessionnelles de Saint Martin d'Hères).

1.2 PROMOUVOIR LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ ADAPTÉS AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les études montrent des indicateurs de santé nettement moins favorables pour les personnes en situation de précarité conduisant à une espérance vie diminuée et à une augmentation de nombreuses pathologies en particulier de maladies métaboliques, cardio-vasculaires ou encore risque de dépression. Il est d'autant plus important de renforcer la promotion de comportements favorables à la santé pour agir sur les déterminants de santé des personnes en situation de précarité.

Si ce public est classiquement le plus éloigné du soin, il l'est également des démarches « universelles » de prévention et promotion de la santé car peu captives aux messages « classiques ».

Dès lors, il convient de moduler la stratégie de santé publique au travers d'actions déployées dans une approche « d'universalisme proportionné », c'est-à-dire en mettant l'accent et les moyens adaptés là où les besoins sont les plus nécessaires. Cette approche permettra à la fois de cibler des territoires où notre action doit être renforcée et d'adapter les moyens au regard des spécificités des publics visés.

En terme d'objectifs opérationnels, la plupart des thématiques de prévention et promotion de la santé devront s'appuyer sur cette logique. Certaines sont inscrites de façon plus large, au-delà du PRAPS, dans certains axes du schéma régional de santé.

Il s'agit donc d'adapter les actions :

De prévention de l'obésité en lien avec une activité physique adaptée.

L'accès à une alimentation équilibrée est garant d'un meilleur état de santé et évite ou réduit les maladies chroniques – type diabète – en forte évolution chez les personnes en situation de précarité. Pour ce faire, il est proposé de soutenir les acteurs tels que les Ateliers santé ville ([ASV](#)), dans les territoires en politique de la ville ainsi que les médiateurs en santé dans leurs missions d'amener les personnes les plus éloignées du soin à prendre en charge leur propre santé dans des actions de sensibilisation collectives.

De dépistages des cancers et des maladies chroniques en proximité des populations les plus vulnérables.

Il est avéré que les actions classiques en faveur du dépistage organisé des cancers en particulier « féminins » et du cancer colorectal touchent moins les personnes défavorisées du fait de barrières culturelles, du rapport à son propre corps, d'une image de soi négative qui constituent des freins. Dès lors, il convient d'adapter les messages d'information pour mieux prendre en compte la représentation individuelle des personnes à la démarche de dépistage organisé en lien avec les structures et en lien avec des « usagers pairs ».

De prévention de la santé bucco-dentaire des personnes vulnérables.

Les orientations du conseil de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM – 20/07/2017) rappellent que « l'état de santé bucco-dentaire français est l'un des plus médiocres des pays européens ». Cet état de santé bucco-dentaire dégradé touche plus particulièrement les populations en situation de précarité et fragilisées. Il constitue un des marqueurs d'une santé physique dégradée chez les sans-domicile (DREES - sept 2015).

Il est important de prévenir et de prendre en charge, le plus tôt possible, l'état de santé dentaire des personnes les plus fragiles et éloignées du soin.

Pour ce faire, il est proposé de soutenir les opérateurs en privilégiant les actions dans les quartiers prioritaires et sur les lieux de vie : structures d'hébergement, centres sociaux, prisons, etc.

De prévention des comportements à risque et des infections sexuellement transmissibles (IST).

Auvergne-Rhône-Alpes est la 2^e région française touchée par le VIH/SIDA (source Ameli). Le nombre d'IST (syphilis, gonococcies, chlamydiae) continue d'augmenter en ex Rhône-Alpes comme au niveau national. Cette progression est particulièrement observée chez les hommes ayant des relations avec les hommes (HSH) : +365 % en 2 ans pour les syphilis, +129 % en 2 ans pour les gonococcies. La part des co-infections est élevée et concerne surtout le VIH et les infections à Chlamydia, ce qui est en faveur de comportements sexuels à risque (multi-partenariat et utilisation insuffisante du préservatif), notamment chez les HSH séropositifs.

Or, les conditions de vie des personnes sans domicile les exposent plus particulièrement aux maladies transmissibles, qui peuvent alors se répandre de façon épidémique et poser des problèmes aigus de santé publique.

La prévalence élevée du VIH, des hépatites et des IST, témoigne de la fréquence de consommation de drogues injectables et d'adoption de comportements sexuels à risque parmi les personnes de la rue ou celles en situation de précarité.

Les étrangers en situation de précarité, principalement les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, constituent également un sous-groupe à fort taux d'infection par le VIH ou par les virus des hépatites B et C. Souvent en séjour irrégulier, ils cumulent les obstacles tant en ce qui concerne l'accès au dépistage que l'accès aux soins.

Il est donc nécessaire de soutenir particulièrement les acteurs œuvrant avec les publics ciblés : migrants, détenus, personnes victimes de la prostitution ou de la traite des êtres humains.

De prévention médicalisée par des moyens adaptés aux personnes en situation de précarité.

Renforcer la vaccination « hors les murs » par les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic ([CeGIDD](#)) pour les publics repérés (migrants, détenus, personnes victimes de la prostitution ou de la traite des êtres humains...)

De lutte contre les addictions des personnes vulnérables.

Par une approche de réductions des risques et des dommages adaptés notamment aux lieux de vie des personnes.

De promotion de la santé mentale

Notamment via le développement des compétences psychosociales. En effet, la détérioration de la santé mentale est l'une des premières conséquences en santé de la précarité. Celle-ci s'accompagne du développement d'une souffrance psychique et d'une détérioration de l'estime de soi.

Par ailleurs, des bilans de prévention vont être proposés par l'assurance maladie, à partir de 2024, à quatre tranches d'âges (18-25 ans ; 45-50 ans ; 60-65 ans et 70-75 ans). Ces bilans couvriront les thèmes suivants : alimentation, activité physique et sédentarité, vaccinations et parcours de santé, santé sexuelle, violences, bien être mental et social, prévention des maladies chroniques, addictions, impacts de l'environnement sur la santé et enfin, impact de l'habitat sur la santé.

Il conviendra d'identifier les publics prioritaires et d'élaborer une stratégie « d'aller-vers » et de « ramener vers » ces bilans de prévention pour les publics ciblés en s'appuyant sur les ressources et les dispositifs existants (médiateurs santé, coordonnateurs d'ateliers santé ville, coordonnateurs de contrats locaux de santé, structures d'exercices coordonnées, etc.)

1.3 FACILITER LA PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Si l'accès aux soins somatiques s'avère souvent compliqué pour les personnes en situation de précarité, leur santé mentale reste encore plus délaissée avec des pathologies parfois difficiles à repérer et un accès aux soins psychiatriques relevant parfois du « parcours du combattant ».

Certains dispositifs de droit commun sont parfois bien repérés mais un travail conséquent reste à faire pour accompagner les personnes dans une dimension de parcours en travaillant notamment sur les ruptures de prise en charge et d'accompagnement.

1.3.1 Soutenir les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

La crise Covid-19 a mis en exergue la fragilité d'une partie de la population dont l'état de santé psychique s'est, pour beaucoup, dégradé.

L'augmentation des états dépressifs et anxieux, les addictions ou le développement des troubles psychiques dans un contexte sanitaire encore instable a conduit à réaffirmer la santé mentale comme une priorité de santé publique.

Les fondements de cette politique visent en premier lieu à mieux connaître les mécanismes d'un état de

bien-être mental afin de les préserver si possible, à lever certains tabous qui peuvent empêcher les personnes d’aller vers une prise en charge adaptée, à prendre en compte la fragilité des plus jeunes, à s’appuyer sur la pair-aidance en particulier pour les publics les plus vulnérables.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Les mesures issues du « [Ségur de la santé](#) » ont permis un renfort des dispositifs dédiés à la prise en charge des plus en situation de précarité, dont les EMPP : équipes mobile psychiatrie précarité.

Créées par la circulaire du 23 novembre 2005, les EMPP ont pour mission d’aller au-devant des personnes, quel que soit le lieu où leurs besoins s’expriment ou sont repérés afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l’identification des besoins, l’orientation et l’accès au dispositif de soins lorsqu’il est nécessaire. Les EMPP doivent également assurer une fonction d’interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l’exclusion.

A ce jour, ce sont 20 équipes réparties sur la région Auvergne-Rhône-Alpes qui assurent ces missions. L’ARS a demandé à [l’Orspere samdarra](#) – observatoire national sur la santé mentale et les vulnérabilités sociales - de réaliser une étude en 2021 auprès de ces équipes afin de mieux en connaître l’activité au quotidien et les éventuelles difficultés rencontrées.

Cette étude a permis de mieux cibler les renforts par :

- la création de 3 EMPP sur le département du Rhône (Villefranche-Tarare), Annecy et Montluçon,
- un renfort financier de 10 EMPP existantes (sur 15) : au total, tous les départements sont renforcés.

Objectifs

1. Réaliser un état des lieux régional des équipes EMPP et PASS psy.
2. Elaborer une modélisation financière régionale sur la base notamment du cahier des charges national en cours de finalisation et de l’étude régionale réalisée par l’Orspère Samdarra.
3. Mettre en place un temps de coordination et d’animation régionale pour accompagner ces équipes en l’articulant avec la coordination régionale des PASS.

4. Poursuivre le renfort des EMPP et des PASS psychiatriques qui n’ont pu être revalorisées dans le cadre des dernières mesures Ségur.

1.3.2 Soutenir le déploiement des postes de psychologues dans les centres d’hébergement et lieux d’accueil

La mesure 9 issue des assises de la santé mentale et de la psychiatrie vise à faciliter la prise en charge psychologique des personnes en situation de précarité dans les centres d’hébergement et lieux d’accueil.

L’instruction interministérielle N°DIPLP/DGOS/DIHAL/2022/96 du 1^{er} avril 2022 relative au soutien psychologique des personnes en situation de grande précarité dans les centres d’hébergement et lieux d’accueil précise ses modalités de mise en œuvre et de financement.

En lien avec la Direction régionale de l’économie, de l’emploi, du travail et des solidarités ([DREETS](#)), une répartition des postes (en Equivalent temps plein) a été établit pour chaque département de la région.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

19,2 ETP de psychologues, majoritairement rattachés à des EMPP ou à des EMSP, ont été financés fin 2022.

Objectif

1. Poursuivre le déploiement de ces postes en 2023 et en 2024 et ce en fonction des crédits qui seront alloués.

1.3.3 Soutenir d’autres dispositifs ou actions permettant une meilleure prise en charge et/ou coordination en santé mentale

- Etudier la possibilité de déployer des postes de psychologues, lorsque le besoin est identifié et en articulation avec les autres dispositifs existants, dans les Equipes mobiles santé précarité – EMSP, dans les permanences d’accès aux soins de santé PASS, dans les missions locales jeunes, etc.
- Optimiser le fonctionnement des Centres médico psychologiques (CMP) par la réduction du délai

d'accès pour les primo-consultants, le développement des interventions à l'extérieur et la promotion des recommandations de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale – [ANAP](#) (modalités du premier accueil, créneaux d'urgence, agenda partagé, suivi des délais de rdv...).

- Améliorer la prise en charge des personnes en renforçant la synergie entre les acteurs, notamment en renforçant les Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM). Le CLSM est un levier de suivi et de prévention des situations de souffrance psychique notamment pour les plus fragiles.

L'instruction du 30 septembre 2016 vise la généralisation des CLSM en particulier dans les contrats de ville et dans les Contrats locaux de santé (CLS) pour permettre l'amélioration des parcours en santé mentale des habitants en QPV.

- Prendre en compte les objectifs affichés, pour les publics en situation de précarité, dans les programmes territoriaux en santé mentale (PTSM).

1.4 LUTTER CONTRE LE NON RECOURS AUX SOINS, LE REFUS DE SOINS ET LES DISCRIMINATIONS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Selon l'Observatoire des non-recours aux droits et services ([Odenore](#)), « la question du non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre ».

La lutte contre le non recours est une des priorités de la lutte contre la pauvreté alors même que la France est le pays européen qui consacre l'effort le plus important, en part de produit intérieur brut (PIB), à la protection sociale de ses habitants : en 2018, selon le compte provisoire de la protection sociale, les dépenses de protection sociale s'élèvent à 787,1 milliards d'euros, soit 33,5 % du PIB (Lecanu, 2019).

Cependant, depuis les années 1970, les prestations nouvelles instaurées sont de plus en plus ciblées, dans une logique de conditions de ressources afin d'être réservés aux personnes les plus démunies comme le revenu minimum d'insertion en 1988 ou la couverture maladie universelle, de base et complémentaire, en 1999.

Dans le domaine de la santé, les motifs de renoncement aux soins sont de différentes natures. Ils peuvent être liés à l'organisation du système de soins lui-même (répartition géographique et densité de l'offre de soins) ou à des contraintes individuelles (financières, sociales et culturelles). Le renoncement peut aussi relever d'une défiance vis-à-vis de la médecine traditionnelle ou d'un désintérêt pour sa santé, par exemple.

Le renoncement aux soins de santé dépend également de facteurs spatio-temporels, tels que l'éloignement des médecins ou leurs délais d'attente, traduisant un

déséquilibre entre demande de soins et offre. Les recherches sur l'impact de l'éloignement géographique sur la consommation de soins de santé montrent que les taux de recours aux services de santé sont plus bas lorsque la distance augmente (Laure Com-Ruelle, 2016).

Les dernières estimations du non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont élevées : pour 2018, le taux de recours à la CMU-C est estimé entre 56 % et 68 % et celui à l'ACS entre 33 % et 47 % : l'amélioration du recours est ainsi un des objectifs de la mise en place de la complémentaire santé solidaire au 1^{er} novembre 2019, en remplacement de ces deux dispositifs.

Dès lors, il convient d'être pro actif dans la lutte contre le non recours aux soins ; faute de quoi, le risque que la santé des personnes les plus fragiles s'aggrave et que le coût social reporté soit plus lourd est avéré. C'est d'ailleurs l'un des principaux arguments développés par les acteurs de l'Assurance maladie en France pour justifier le déploiement de leurs démarches PLANIR et PFIDASS.

Par ailleurs, le développement de l'accès aux services en santé par le numérique ne fait qu'accroître l'éloignement des personnes les plus démunies du système de santé, y compris pour les professionnels assurant l'interface entre patients et services en santé.

En corollaire, le refus de soins du fait de la discrimination à l'encontre des personnes en situations de précarité est un phénomène connu mais peu étayé.

De nombreuses associations soutenant les personnes en situation de précarité font régulièrement état de refus de soins par certains professionnels de santé, avec une prédominance pour les bénéficiaires de la PUMA (ex CMU). A la demande du défenseur des droits et du fonds CMU, une étude intitulée « Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales » a été réalisée en 2019, par Sylvain CHAREYRON, Yannick L'HORTY et Pascale PETIT du laboratoire ERUDITE des universités Paris-Est Marne-la Vallée et Paris-Est Créteil.

L'étude mesure les différences de traitement dans l'accès aux soins des patients pour trois spécialités médicales (chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres) et selon deux critères prohibés par la loi : l'origine et la situation de vulnérabilité économique. Cette étude, qui présente des limites, tend à montrer entre autre que, dans chacune des trois spécialités, un écart important dans l'accès aux soins a été constaté entre la patiente de référence et la patiente CMU-C/ACS, au détriment de cette dernière. Ces résultats suggèrent un niveau élevé des refus de soins discriminatoires selon la précarité sociale des patients. Ils sont confirmés par une analyse toutes choses égales par ailleurs.

Objectifs

1. **Réaliser une étude sur la question du non recours en santé sur la région ARA en sollicitant l'Odenore (observatoire du non recours aux droits et services).**
2. **S'assurer du bon usage du numérique en santé pour les plus fragiles : recours à des tiers possibles.**
3. **Accompagner les plus fragiles dans les usages du numérique dans leur parcours de santé (lutte contre la fracture numérique)**
4. **Mieux connaître les recours possibles en cas de discriminations et ou de refus de prise en charge d'un professionnel de santé.**
5. **Sensibiliser et/ou former les professionnels sociaux et de santé sur les questions de la précarité.**
6. **Mobiliser la médiation et l'interprétariat au bénéfice des professionnels libéraux comme moyen de lutte contre le non recours aux soins.**
7. **Promouvoir des actions de littératie en santé comme outil de lutte contre le non-recours**
8. **Poursuivre le travail d'articulation avec l'Assurance Maladie pour favoriser un accès aux droits de santé simple et rapide y compris pour les personnes éloignées du numérique**



CHAPITRE 2

FAVORISER LE TRAVAIL EN RÉSEAU DES PROFESSIONNELS DES CHAMPS SANITAIRES, MÉDICO SOCIAUX ET SOCIAUX POUR L'ACCOMPAGNE- MENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

2.1 - AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SOUFFRANT D'ADDICTION ET/OU DE TROUBLES PSYCHIQUES	30
2.2 - AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE INDIVIDUEL, VIA UNE RÉPONSE COORDONNÉE ET PLURIDISCIPLINAIRE DANS UNE LOGIQUE DE LOGEMENT D'ABORD	31
2.3 - RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE LE SECTEUR DU MÉDICO-SOCIAL ET CELUI DE LA PRÉCARITÉ POUR AMÉLIORER LE PARCOURS DES PERSONNES VIEILLISSANTES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	32
2.4 - ADAPTER LES PARCOURS DE SOINS AUX PARTICULARITÉS DES PERSONNES VULNÉRABLES LES PLUS EN DIFFICULTÉ	33
2.5 - VEILLER À LA PRISE EN COMPTE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS)	35

La coordination entre les professionnels du soin et du médico-social est un facteur de réussite pour assurer aux personnes les plus vulnérables une prise en charge globale et en tenant compte de leurs lieux de vie. Pour contribuer à cet enjeu, 5 objectifs sont proposés.

2.1 AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SOUFFRANT D'ADDICTION ET/OU DE TROUBLES PSYCHIQUES

Les professionnels des structures, de différents métiers, ont souvent du mal à comprendre les personnes vulnérables résidentes souffrant d'addiction et/ou de troubles psychiques, ce qui peut générer des difficultés dans la prise en charge de ces personnes.

Il est proposé de poursuivre des actions déjà initiées dans le PRAPS précédent, notamment en vue d'améliorer le repérage, l'orientation ou le maintien sur site des personnes souffrant d'addictions dans les structures d'hébergement, tout en développant l'approche de réduction des risques et des dommages.

En effet, là où l'interdiction de consommer est de mise, force est de constater qu'elle ne permet pas aux personnes un arrêt. Lorsque le sevrage est imposé et brutal, l'échec est fréquent alors qu'accompagner les personnes dans une démarche individuelle de réduction, par pallier, et en respectant la temporalité propre à chacun a un effet bénéfique sur la réduction de leur consommation et donc sur leur état de santé.

Depuis 2015, la FAS (Fédération des acteurs de solidarité) coordonne en région Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec la Fédération addiction et l'association Addiction France un programme de formation action visant à améliorer l'accompagnement des conduites addictives des personnes accompagnées en structure « d'hébergement insertion logement ».

Une recommandation a été publiée en janvier 2023 par l'HAS sur la « Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RDR) dans les établissements et services sociaux et médico sociaux ». Elle va dans le sens de ce qui est réalisé dans notre région et incite à poursuivre les dynamiques engagées.

Concernant les troubles psychiques, il s'agit de renforcer la connaissance et les actions en appui pour les personnes les plus en situation de précarité atteintes de troubles psychiques. En effet, ceux-ci tendent à précariser les personnes et pour les personnes les plus vulnérables, la précarité tend à générer du stress, de la souffrance qui peuvent fragiliser les personnes sur le plan psychique.

De nombreuses personnes présentant des pathologies duelles relevant à la fois de l'addictologie et de la psychiatrie, il convient également de fluidifier ces

prises en charges par une meilleure articulation entre les professionnels de ces deux champs.

A noter qu'un marché national, financé par la stratégie pauvreté en lien avec le ministère de la santé, est en cours de mise en œuvre dans la région pour 4 ans (de 2023 à 2026) et est porté par l'ORSPERE SAMDARRA.

Ces formations en santé mentale « Prisme – Précarité et santé mentale » sont à destination des professionnels accompagnant des publics en situation de précarité.

L'objectif de ces formations est d'apporter des outils aux professionnels pour améliorer l'accompagnement en santé mentale des personnes en situation de précarité.

Objectifs

- 1. Améliorer le repérage, l'orientation ou le maintien sur site des personnes souffrant d'addiction et ou de troubles psychiques.**
- 2. Proposer des formations-actions concernant les stratégies de prévention, de repérage et prise en charge de personnes souffrant d'addiction et/ou de troubles psychiques en structure « d'hébergement insertion logement » et dans les structures asile (HUDA, CADA), etc.**
- 3. Intégrer la notion de pathologie duelle (addiction – santé mentale) dans les actions.**
- 4. Favoriser une approche « réduction des risques et des dommages » et « rétablissement » en développant et en renforçant la place des travailleurs santé pairs.**
- 5. Poursuivre le déploiement de formations en « santé mentale-précarité »**
- 6. Développer des temps d'échanges de pratiques, partages de connaissances ou immersions croisées pour renforcer le partenariat entre les champs sanitaire, social et de l'insertion.**
- 7. Favoriser la participation des acteurs du social dans les Conseils locaux de santé mentale et les Projets territoriaux de santé mentale.**

2.2 AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE INDIVIDUEL, VIA UNE RÉPONSE COORDONNÉE ET PLURIDISCIPLINAIRE DANS UNE LOGIQUE DE LOGEMENT D'ABORD

Prendre en charge les personnes en situation de grande précarité dans une approche de parcours nécessite souvent de prendre en compte, en tout premier lieu, la question du « lieu de vie » donc du logement. En effet, il est avéré que les personnes justement sans logement – « à la rue » ou sans domicile stable - connaissent un taux élevé d'échec dans leur prise en charge de soins conduisant à une aggravation de l'état de santé : ceci est particulièrement vrai dans la prise en charge psychiatrique.

Dès lors, favoriser l'articulation entre le logement et les soins psychiatriques en soutenant les dispositifs ad hoc, comme le « un chez soi d'abord » ([UCSD](#)) conforte la garantie d'un accompagnement des personnes individualisé en vue de les conduire à un rétablissement de leur santé mentale.

Ce dispositif (UCSD) s'adresse aux personnes sans logement individuel, atteintes de pathologies mentales sévères et/ou d'addictions, à qui une équipe pluri professionnelle propose un accompagnement soutenu en vue d'amener ces personnes vers le rétablissement en santé mentale.

Expérimenté entre 2011 et 2016 sur 5 sites en France à 100 places chacun, ce dispositif a montré – dans le cadre d'une évaluation médico économique – des résultats probants ayant conduits à sa généralisation par le décret 2016-1940 du 28 décembre 2016.

La démarche s'appuie sur un partenariat professionnel fort mobilisant les acteurs de la psychiatrie, de l'addictologie et les bailleurs privés et publics pour capter les logements proposés aux personnes.

L'accompagnement des personnes logées s'appuie sur des rencontres régulières avec l'équipe, des orientations vers le soin tant somatique que mental ainsi que par la réduction des risques tout en respectant les ressources des personnes.

Au-delà des premiers dispositifs à 100 places, le « un chez soi d'abord » a ensuite essaimé sur des territoires plus petits à 55 places chacun qui garantissent également le respect du modèle économique.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes soutient activement l'accompagnement et le portage de ce dispositif favorisant un parcours de soins et de vie favorisé par la prise en compte des personnes dans les logements

individuels, tous répartis dans le diffus et non regroupé en un même lieu.

ÉTAT DES PRATIQUES ET BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a mis en place les premiers « un chez soi d'abord » lors de la généralisation de l'expérimentation en 2018 avec l'ouverture de 2 sites à 100 places chacun sur Lyon et Grenoble, puis les années suivantes l'ouverture de sites à 55 places sur Saint Etienne, Clermont-Ferrand et prochainement en Haute-Savoie. Ce sont ainsi 310 places financées en région, à parité entre l'ARS et l'Etat par le biais du programme budgétaire « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables ».

Parallèlement, une mission d'accompagnement au projet portée par la Fédération des Acteurs de la Solidarité a permis d'accompagner la démarche auprès des professionnels tant de la psychiatrie que du médico-social, en organisant des rencontres et en proposant des formations au rétablissement en santé mentale promue par le dispositif « un chez soi d'abord »

Objectifs

1. Repérer les territoires qui réunissent les conditions de mise en place du « un chez soi d'abord ».
2. Poursuivre le déploiement de dispositifs « un chez soi d'abord » en fonction des crédits qui seront disponibles.
3. Mettre en place le « un chez soi d'abord jeunes » en faveur du public des « jeunes en situation de précarité ».
4. Soutenir d'autres dispositifs dans une logique de proposer une réponse coordonnée entre les différents acteurs pour accompagner l'intégration dans le logement.
5. Etudier la possibilité de mettre en place des « référents santé » au sein des SIAO dans une optique Logement d'Abord pour favoriser la coordination soins / hébergement / logement

2.3 RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE LE SECTEUR DU MÉDICO-SOCIAL ET CELUI DE LA PRÉCARITÉ POUR AMÉLIORER LE PARCOURS DES PERSONNES VIEILLISSANTES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les personnes en situation de précarité vieillissantes sont doublement vulnérables de par leur situation sociale et leur perte d'autonomie. Le secteur social est de plus en plus confronté à l'accueil et l'accompagnement de ces personnes interrogeant les pratiques et l'adaptation des services. Par exemple, les relais vers les EHPAD sont difficiles pour les personnes dans les dispositifs de logements accompagnés, dispositifs qui ne sont plus adaptés aux besoins spécifiques de ces personnes en perte d'autonomie.

Ces personnes nécessitent souvent un temps d'adaptation plus long à un lieu de vie collectif du fait d'un isolement social antérieur générant plus que d'autres des difficultés à s'adapter à la vie en collectivité.

Il est nécessaire d'améliorer les compétences des professionnels de terrain du secteur social sur le vieillissement et du secteur de la gérontologie sur la question de la précarité. Cette « acculturation réciproque » des secteurs permettra d'innover et de réinterroger les possibilités d'accueil dans les EHPAD (critères d'admission, modalités, professionnels dédiés, etc.).

Il est donc proposé de soutenir et mesurer l'impact de dispositifs innovants favorisant une meilleure insertion des personnes en situation de précarité aux structures d'hébergement pour personnes âgées.

Par ailleurs, il convient également de développer des actions de maintien à domicile des personnes en situation de précarité vieillissantes (ex. : Équipe de soins spécialisés précarité – ESSIP, modalités de prises en charge médicalisées dans les structures d'hébergement ou de logement, etc.)

Enfin, nous disposons sur la région de la plateforme « [VIP](#) » : vieillissement précarité, située à Grenoble en Isère qui a pour objectif de permettre un accompagnement digne des personnes en situation de précarité dans leur vieillissement, la fin de vie, la mort et le

deuil et d'éviter les situations de crise dues à un manque d'anticipation au travers de 4 axes de travail :

- co-construire des démarches d'accompagnement,
- constituer des ressources accessibles à tous,
- développer un réseau partenarial décloisonné,
- sensibiliser et mobiliser pour changer les regards.

La participation et le pouvoir d'agir des personnes sont au cœur de cette démarche pilotée au niveau régional par le groupement des possibles isérois.

Objectifs

- 1. Soutenir les expérimentations menées sur la région permettant d'améliorer le parcours des personnes en situation de précarité vieillissantes (ex : maintien à domicile, intervention des services médico-sociaux du domicile au sein des établissements sociaux, dispositifs d'accompagnement transitoire, entrée en EHPAD, etc.).**
- 2. Soutenir les formations-immersions croisées améliorant les connaissances des professionnels des différents secteurs et permettant une approche décloisonnée et globale de la personne.**
- 3. Accompagner et outiller les professionnels autour de l'accompagnement des personnes en situation de précarité jusqu'à leur fin de vie (sensibiliser les professionnels, développer leur connaissance des outils, des dispositifs d'aide et des ressources existantes ; mise en place de collaborations et partenariats notamment avec les filières gérontologiques, outils de recueil des directives anticipées des personnes accompagnées, etc.).**
- 4. Accompagner les professionnels à gérer le deuil et le post-mortem (formalités administratives, financement et accompagnement aux obsèques, relation aux proches et amis, etc.)**

2.4 ADAPTER LES PARCOURS DE SOINS AUX PARTICULARITÉS DES PERSONNES VULNÉRABLES LES PLUS EN DIFFICULTÉ

Parmi les personnes en situation de précarité, certaines catégories, de par leurs spécificités, nécessitent une prise en charge adaptée.

Objectifs

1. **Promouvoir une prise en charge inter institutionnelle des migrants.**
2. **Adapter les modalités de prises en charge pluridisciplinaire pour le parcours des femmes enceintes vulnérables.**
3. **Soutenir la réduction des risques pour les personnes victimes de la prostitution ou de la traite des êtres humains.**
4. **Soutenir les démarches en santé favorisant l'insertion par l'activité économique.**
5. **Soutenir des dispositifs spécifiques à destination des jeunes en situation de précarité et/ou de rupture**

2.4.1 Promouvoir une prise en charge interinstitutionnelle des migrants

L'arrivée récurrente de migrants sur la région génère parfois des tensions dans les ressources mobilisables. Une meilleure coordination entre les acteurs institutionnels : préfecture, réseau cohésion sociale, l'Office français de l'immigration et de l'intégration et les professionnels, doit permettre une meilleure prise en charge et un repérage amélioré en matière de santé. Ces personnes présentent majoritairement un état de santé fragilisé par leur parcours d'errance et sur le plan de la santé mentale des séquelles liées au psycho traumatismes vécus pendant le parcours d'exil.

Un certain nombre d'actions ont déjà pris forme dans le premier PRAPS mais nécessitent d'être confortées d'ici à fin 2028.

Ainsi, le Centre régional du psycho trauma (CRP) a mis en place fin 2019 des modalités pour déployer une prise en charge adaptée pour les migrants ayant vécu un parcours d'exil conduisant à des traumatismes lourds. Cet accompagnement au travers d'une technique dite « EMDR de groupe » s'est mis en place fin 2022 pour être pleinement déployer les années suivantes.

Au-delà de la prise en charge des personnes, le projet porté par le CRP prévoit de former des psychologues ou psychiatres relais afin d'essaimer cette prise en charge sur la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Par ailleurs, une étude confiée à l'Orspere Samdarra en octobre 2022 sur les parcours de santé des personnes migrantes en région Auvergne-Rhône-Alpes a permis de repérer les ressources en matière de santé, dont santé mentale telles que réparties sur la région. Elle met en exergue le réel enjeu de santé publique que constitue la santé des publics migrants en France et en région. Pour améliorer et fluidifier ces parcours de santé, cette étude propose d'agir d'une part sur les conditions de vie des personnes en France : plus les personnes sont « accueillies », hébergées, accompagnées, entourées, moins leur état de santé a de chance de se dégrader à leur arrivée. D'autre part, elle questionne sur la nécessité de repenser l'organisation des soins, de développer des dispositifs innovants, pour répondre aux besoins spécifiques de ces publics.

Sont ainsi proposées les préconisations suivantes :

- Sensibiliser les hôpitaux, les médecins libéraux, les cliniques aux spécificités de la prise en charge des personnes migrantes, à la prise en charge du psycho traumatisme et à l'utilisation et l'intérêt de l'interprétariat professionnel dans le soin,
- impulser la création de guides locaux pour l'accès aux soins et aux dispositifs existants sur les territoires,
- renforcer les bilans de santé à l'arrivée des personnes sur notre territoire en donnant une possibilité concrète d'accès aux soins,
- renforcer la prévention sanitaire et le soutien aux soignants dans les structures sociales.

D'un point de vue plus stratégique, l'étude préconise également :

- de favoriser la diversité des pratiques soignantes et réinterroger la place du médical dans le parcours de soin,
- de développer une politique de prévention indexée aux modalités d'accueil des demandeurs d'asile,
- de favoriser la transformation des pratiques dans le champ des Dispositifs nationaux d'accueil des demandeurs d'asile (DNA) et « Accueil, Hébergement, Insertion » (AHI).

2.4.2 Adapter les modalités de prises en charge pluridisciplinaire pour le parcours des femmes enceintes vulnérables.

Les femmes en situation de précarité présentent souvent un état de santé dégradé et le contexte d'une grossesse est une source potentielle d'aggravation avec des risques encourus pour l'enfant à venir, pouvant être lié à plusieurs facteurs : absence de repérage d'un état de précarité lors de l'entretien préalable alors que ce repérage devrait faire l'objet d'un accompagnement renforcé, de difficultés de suivi pendant la grossesse, de difficultés en sortie de maternité.

L'objectif est de poursuivre le travail avec les réseaux de périnatalité sur les dispositifs de coordination des partenaires et sur l'articulation avec les dispositifs des Permanences d'accès aux soins de santé [PASS](#) autour de la périnatalité. Un travail reste à faire pour accompagner la politique des 1 000 premiers jours de l'enfant auprès des femmes en situation de précarité.

Par ailleurs, le département de la Drôme est l'un des quatre territoires à faire partie de l'expérimentation nationale (« [Article 51](#) ») dénommée Référent de parcours périnatalité ([RéPAP](#)), destinée à toutes les femmes enceintes mais qui propose un suivi renforcé pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité avant et après la naissance de l'enfant. L'expérimentation étant encore en cours, il est difficile de prédire les suites qui seront données mais cela pourrait ouvrir des pistes dans l'accompagnement des femmes vulnérables.

Enfin, des places d'hébergement pour les femmes en pré ou post-maternité, sans solution de logement ou d'hébergement ont été ouvertes dans la région (90 nouvelles places en 2021 sur 3 départements : Rhône, Puy-de-Dôme et Loire) dans le cadre des nouvelles mesures pour prévenir et lutter contre la bascule dans la pauvreté. Ces femmes constituent un public particulièrement vulnérable, qui nécessite un accompagnement spécifique et dont les caractéristiques (femmes enceintes et / ou avec un nouveau-né) contraignent l'accès à certaines structures d'hébergement classiques. Ce nouveau dispositif est donc nécessaire pour que les femmes sortant de maternité sans solution de logement puissent accéder à une mise à l'abri et bénéficier d'un accompagnement sanitaire et social adapté. Ce dispositif est amené à être pérennisé dans le cadre du Pacte des solidarités.

2.4.3 Soutenir la réduction des risques pour les personnes victimes de la prostitution ou de la traite des êtres humains

Dans le cadre de la feuille de route nationale 2021-2024, un rapport de l'IGAS est attendu courant 2023 sur la coordination de l'offre en santé sexuelle et reproductive sur les territoires : réforme prévue des COREVIH et des structures de prévention spécialisées (CeGIDD, centres de santé sexuelle, espace de vie affective, relationnelle et sexuelle/EVARs), et leur lien avec l'offre de 1^{er} recours. Les instructions qui en découleront permettront d'inscrire des actions dans ce cadre.

2.4.4 Soutenir les démarches en santé favorisant l'insertion par l'activité économique

Les personnes en insertion, chômeurs de longue durée, allocataires du Revenu de solidarité active ([RSA](#)) ou encore les jeunes éloignés de l'emploi (NEETS « not in employment, education or training ») visés par les dispositifs du Contrat d'engagement jeune ([CEJ](#)) ont un état de santé beaucoup plus dégradé que celui de la population en âge de travailler (données Drees fin 2018) :

- 21 % des allocataires du RSA se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé contre 8 % de la population générale ;
- 43 % déclarent avoir une maladie chronique ;
- 11 % se déclarent fortement limités dans la reprise d'une activité du fait de problèmes de santé ;
- 22 % présentent un risque de dépression.

Les données sont similaires pour les chômeurs de longue durée avec une prédominance de « santé mentale dégradée »

Dès lors, un soutien ciblé pourrait accompagner des dispositifs favorisant soit un retour à l'emploi, soit facilitant une amélioration de l'état de santé favorable à l'insertion par l'économie.

Les acteurs de terrain du secteur de l'insertion par l'activité économique soulignent des problématiques de santé pour lesquelles les besoins sont toujours plus croissants : addiction, santé mentale, handicap, accès aux droits, etc. Autant de freins à l'emploi ou à la reprise d'activité. Pour favoriser la (ré)insertion professionnelle de ces personnes, le secteur doit être soutenu en terme de renforcement des compétences (formation, échange de pratiques) et renforcement

des équipes (pluridisciplinarité des accompagnements incluant la thématique santé comme c'est le cas dans le programme Convergence).

Ces structures méconnaissent parfois l'offre mobilisable en terme d'accompagnement vers la santé.

Des actions ciblées permettront d'atteindre les objectifs suivants :

- Réaliser et diffuser sur chaque territoire un état des lieux de l'offre mobilisable par les acteurs de l'insertion par l'activité économique
- Intégrer le secteur de l'Insertion par l'activité économique (IAE) dans les dispositifs de formation des acteurs, dans les stratégies de prévention, de repérage et prise en charge de personnes souffrant d'addiction et/ou de troubles psychiques
- Etudier la possibilité de poursuivre le financement de programmes de prévention en structures IAE (ex. : depuis 2021, l'association Addictions France pilote un programme de prévention et d'accompagnement des personnes en situation de précarité, inscrites dans des parcours de réinsertion notamment en SIAE (Structures d'insertion par l'activité économique). Ce programme permet également d'accompagner les salariés permanents (direction, travailleurs sociaux encadrants techniques) par de la formation spécifique afin qu'ils puissent se saisir de ces questions dans leur projet d'accompagnement

2.5 VEILLER À LA PRISE EN COMPTE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS)

Le contrat local de santé (CLS) est inscrit dans la Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009. C'est un outil de contractualisation entre l'ARS et les collectivités territoriales dont l'ambition principale est de concourir à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé par le déploiement des politiques publiques de santé à l'échelle infra-territoriale. Le champ d'intervention du CLS porte sur la promotion de la santé, la prévention, l'accès aux soins, la santé mentale et l'accompagnement médico-social.

Le CLS est prioritairement conclu dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Il est par ailleurs, déployé dans les territoires où se conjuguent les difficultés d'accès aux soins, à la

social et de réinsertion par le travail et ainsi réduire les risques liés aux addictions pour les personnes en insertion).

- Etudier la possibilité de renforcer les équipes pour permettre une pluridisciplinarité des accompagnements incluant la thématique santé en tenant compte des expérimentations en cours (ex: chargée de mission santé sur le programme Convergence).

2.4.5 Soutenir des dispositifs spécifiques à destination des jeunes en situation de précarité et/ou de rupture

Quelques exemples majeurs des actions proposées pour accompagner ces publics dans leur parcours de santé :

- Poursuivre le financement de postes de psychologues en missions locales pour les jeunes de 18-25 ans
- Poursuivre le déploiement sur la région du projet ambassadeur en santé mentale
- Poursuivre le financement d'actions de prévention des addictions à destination des jeunes
- Poursuivre le financement du volet santé des contrats d'engagement jeunes pour les jeunes en rupture (9 projets financés en 2023)

prévention, la précarité socio-environnementale, l'isolement et les personnes âgées vieillissantes.

Le préalable à la signature d'un CLS est la réalisation d'un diagnostic local de santé permettant de dresser un portrait du territoire sur lequel viendra s'appuyer la formalisation du projet.

Les Contrats locaux de santé, tel que prévu dans la loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (dite Loi 3DS) publiée au Journal Officiel du 22 février 2022, doivent garantir la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap.

Fin 2022, l'ensemble de la région compte :

- 35 CLS actifs,
- 11 en cours d'élaboration,
- 17 territoires qui ont fait connaître leur souhait d'engager une démarche de CLS.

Une enquête a été réalisée en mai 2023 auprès des 38 CLS actifs à ce moment-là et tous y ont répondu. Il en ressort que :

- 9 % des CLS visent à renforcer l'accès aux soins des publics en situation de précarité
- 20 % animent un réseau santé précarité
- 9 % ont un objectif de lutte contre le renoncement aux soins et/ou de faciliter l'ouverture des droits

Quelques exemples d'actions mises en place :

- Création d'un tiers-lieu alimentaire en lien avec le Centre communal d'action sociale (CCAS) / Les restos du Cœur, l'association MAS = ARCHIPEL : qui permet aux sans-abris d'avoir accès à des cuisines ;
- Accompagnement personnalisé (psychologue) auprès des aidants pour lutter contre l'isolement et la précarité (Ain)
- « Projet Zéro Chômeur de longue durée » via la création d'activités et d'orientations (Allier)
- Mise en place d'un Bus Précarité : Unité mobile proposant téléconsultations, prévention, dépistages, santé bucco-dentaire (Vichy)
- Lutte contre l'habitat indigne : actions de repérages, diagnostics et d'actions de réaménagement (Direction Aménagement Logement, CPAM, Département, Bailleurs sociaux, AGDEN ...)
- Mise en place d'un Baromètre « non recours » en 2022 par le CCAS et mise en place d'actions pour l'accès aux droits et aux soins via les PASS (Lyon)

Dans le cadre de cette enquête, un focus a également été réalisé sur la précarité alimentaire. Plus de la moitié des CLS interrogés (soit 53 %) déclarent avoir été sollicités pour des problématiques de précarité alimentaire et cela concerne 8 départements sur 12 (66% des cas).

La question de la précarité alimentaire est principalement évoquée dans les territoires Quartier politique de la ville (QPV) ou en contrat de ville (85 % des cas).

Les acteurs ont mis en place un certain nombre d'actions pour répondre aux questions de précarité alimentaire et notamment :

- La création et/ou la réflexion de Projet alimentaire de territoire (PAT) : 7 en cours ;

- 5 épiceries sociales et solidaires
- Un système de portage de repas à domicile pour les publics en difficultés (porteuses de handicap/personnes âgées),
- 2 banques alimentaires
- Un frigo social et solidaire en Foyers de jeunes travailleurs
- Des bons alimentaires
- Resto du Cœur
- Des ateliers cuisine
- Un restaurant social : Projet Archipel à Villeurbanne
- Les villes de Grenoble et de Roanne (échelle EPCI) étudient des stratégies globales de lutte contre la précarité alimentaire alliant des ateliers nutrition, financement d'épiceries sociales, paniers repas, expérimentation d'une sécurité sociale de l'alimentation.

A noter, l'ARS participe à un comité de pilotage précarité alimentaire piloté par le Secrétariat général des affaires régionales (SGAR) dont l'objectif est de favoriser l'accès à une alimentation de qualité au publics en situation de vulnérabilité.

Objectifs

1. **D'ici à 2028, tous les CLS garantissent la participation des personnes en situation de précarité. Pour cela, il sera proposé aux coordonnateurs de CLS des temps de sensibilisation – échanges de pratiques sur la question de la participation des usagers en situation de précarité et un accompagnement si besoin.**
2. **D'ici à 2028, tous les CLS, et ce, en fonction des diagnostics préalables à leur élaboration, ont au moins un objectif visant à favoriser l'accès à la santé des populations en situation de précarité.**



CHAPITRE 3

AMÉLIORER LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ À MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

3.1 - FAVORISER LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES DANS LES POLITIQUES LOCALES ET RÉGIONALES DE SANTÉ	38
3.2 - FAVORISER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE PAR LES PROFESSIONNELS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	39
3.3 - DÉPLOYER DES OUTILS / DISPOSITIFS FACILITANT LA COMPRÉHENSION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS	40
3.4 - RENFORCER ET COORDONNER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES	42

Le parcours de soins pour la personne en situation de précarité est d'autant plus réussi qu'elle se sentira comprise et écoutée c'est-à-dire reconnue et prise en compte pour ce qu'elle est « intrinsèquement ».

Si, pour la plupart des patients, une approche indifférenciée par les professionnels n'entraîne aucune conséquence dans leur prise en charge, il n'en est pas de même pour les personnes les plus vulnérables, alors même qu'elles demandent une attention particulière généralement liée à des difficultés de compréhension ou à la crainte d'approcher le système de santé ou la peur d'être jugé, de ne pas savoir, de ne pas comprendre ce qui sera dit.

Certes, la place donnée au patient tend à être plus importante, notamment depuis la fin des années 1990 avec l'amorce du processus de démocratisation sanitaire jusqu'à la récente loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 qui vise à donner une plus grande place aux patients dans le système de soins.

Néanmoins, pour les plus vulnérables d'entre eux, la prise en compte de leurs souhaits ou de leurs capacités de soins – au sens des possibilités que ces personnes ont en terme d'accessibilité, que ce soit

d'ordre social ou financier – semblent se faire moins facilement.

Dès lors il convient de faire évoluer le système de santé dans la prise en charge des personnes les plus fragiles, en prenant en compte leur vécu en vue d'atteindre, leurs attentes pour favoriser leur prise en charge positivement.

Objectifs

1. Favoriser la prise en compte des besoins et attentes des personnes les plus démunies dans les politiques locales et régionales de santé.
2. Favoriser une meilleure connaissance par les professionnels des personnes en situation de précarité pour en améliorer la prise en charge.
3. Déployer des outils/dispositifs facilitant la compréhension entre les professionnels et les patients.
4. Renforcer et coordonner l'offre de prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes les plus démunies.

3.1 FAVORISER LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES DANS LES POLITIQUES LOCALES ET RÉGIONALES DE SANTÉ

Le PRAPS, programme régional de santé dédié aux actions soutenant les personnes les plus démunies, prône une démarche d'écoute des personnes concernées. C'est une des conditions pour atteindre au mieux les objectifs affichés.

Pour ce faire, il convient de faciliter les temps d'échanges avec les usagers ou leurs représentants dans les instances de gouvernance pour mieux articuler leurs demandes avec les objectifs de ce programme :

- Un groupe de travail s'est constitué au sein de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) pour travailler les questions de santé précarité ; leurs propositions transmises fin 2022 ont largement été prises en compte dans ce PRAPS, pour autant qu'elles relevaient des compétences et attributions de l'Agence.
- Un groupe d'expression directe des usagers ayant eu un parcours de précarité est animé par [France Asso Santé](#). Des rencontres régulières avec la coordinatrice régionale du PRAPS ont permis,

au travers d'échanges nourris, de mieux connaître les difficultés qu'ils rencontrent dans leur parcours de santé au quotidien et d'apporter des réponses au travers de ce PRAPS.

- La Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) qui regroupe des associations exerçant une réelle mission de service public : accueil, hébergement, insertion professionnelle et sociale, accès au logement, à la santé, à l'emploi.
- L'instance de lutte contre les inégalités de santé : une gouvernance stratégique régionale visant à renforcer les démarches de réduction des inégalités de santé mise en place en 2021. Cette instance a vocation à se réunir plus régulièrement.
- Le PRAPS devra également s'appuyer sur la plateforme de la participation des usagers et sur les contributions du Conseil régional des personnes accueillies (CRPA).

- Les Contrats locaux de santé, tel que prévu dans la loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (dite Loi 3DS) publiée au Journal Officiel du 22 février 2022, doivent garantir la participation des usagers, notamment celle des personnes en

situation de pauvreté, de précarité ou de handicap.

- Les médiateurs santé, dans leur rôle d'interface, peuvent également faire remonter les besoins et attentes des personnes qu'ils accompagnent.

3.2 FAVORISER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE PAR LES PROFESSIONNELS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

L'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité passe par une meilleure connaissance des professionnels de santé dans la prise en compte des spécificités des personnes rencontrées et en lien avec elles.

Diverses études tant sur les motifs de non recours des personnes les plus fragiles ou sur les parcours de soins (Etude DGOS/ Itinere conseil/Efect 2015), montrent une forte attente des personnes en situation de précarité pour être mieux entendues et comprises lors des consultations.

Pour répondre à ces attentes légitimes et garantes d'une meilleure prise en charge des personnes à travers notamment une meilleure observance des traitements, il convient de renforcer la formation des professionnels de santé aux spécificités liées aux situations de précarité et à leurs incidences sur la prise en charge ; cette formation pourra s'appuyer sur les démarches de « pair aideance » promouvant une co-construction des modules avec des personnes ayant eu un parcours de santé difficile du fait d'une précarité passée.

Ce volet « formation » commun à plusieurs ou toutes les populations abordées dans le Projet régional de santé 2018-2028 est décrit dans le schéma régional de santé 2023-2028.

Par ailleurs, de façon spécifique, le PRAPS soutient la promotion du travail pair dans les structures d'accueil des personnes en situation de précarité.

Cette plateforme est née en 2015 dans le cadre d'un appel à projet de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement ([DIHAL](#)) dont l'un des axes était le développement du travail pair.

Sur Grenoble, un ensemble de structures se sont regroupées pour répondre à cet appel à projet, avec l'idée de développer et de promouvoir le travail pair en mettant en commun la réflexion et les expérimentations. Le développement du projet s'organise autour de plusieurs grands axes de travail :

- Recenser au niveau national et international les initiatives autour de la pair-aideance,
- « Acculturer » au travail pair les équipes accueillant les pairs ou désireuses de le faire,
- Informer/former les partenaires et acteurs locaux sur ce qu'est le travail pair,
- Faciliter l'intégration des pairs dans les équipes d'établissements sanitaires et sociaux,
- Soutenir l'organisation collective des pairs,
- Constituer une offre de formation adaptée et définie par et avec les travailleurs pairs en partenariat avec l'université et les instituts de formation en travail social,
- Communiquer sur le travail pair.

Soutenue par l'ARS, la DREETS, la métropole de Lyon et la métropole de Grenoble, la plateforme intervient dans toute la région Auvergne-Rhône-Alpes.

3.3 DÉPLOYER DES OUTILS / DISPOSITIFS FACILITANT LA COMPRÉHENSION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS

3.3.1 L'interprétariat

En complément des dispositifs décrits précédemment, force est de constater que le premier obstacle d'accès aux soins pour de nombreuses personnes est la barrière de la langue. Dans ce contexte, l'interprétariat est un levier indispensable pour faciliter le dialogue en santé entre les personnes ne parlant pas ou ne comprenant pas la langue française (public allophone) et les professionnels de santé.

Différents outils se sont développés sur notre région souvent à l'initiative de professionnels, soit à vocation de traduction généralistes (Google translation) ou spécialisés (Traducmed) voire des outils de type pictogramme (ordonnance visuelle).

En complément, l'ARS finance depuis 2016 un service d'interprétariat linguistique professionnel via l'association ISM CORUM LYON. Celle-ci propose, sur demande, des temps d'interprètes en appui aux consultations des professionnels de santé pour les publics précaires : plus de 70 langues sont proposées à ce jour. Ce dispositif répond à l'augmentation croissante des besoins pour une population allophone de plus en plus présente en Auvergne-Rhône-Alpes et caractérisée par une précarité croissante ce qui génère un non recours aux soins certain.

Le fait de proposer un interprétariat permet de faire mieux comprendre les soins, donc qu'ils soient mieux acceptés et aux professionnels de réaliser des consultations plus sereines dans l'optique que les patients intègrent plus facilement le parcours de soins proposé.

Cet accès à l'interprétariat s'inscrit dans une des recommandations du référentiel publié par la Haute autorité de santé ([HAS](#)) en 2017 sur l'Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.

La nécessité d'un interprétariat professionnel pour accompagner les patients allophones vers le soin a été conforté par le rapport de l'Inspection générale des affaires sociale ([IGAS](#)) d'avril 2019, sachant que l'accès à distance - par téléphone ou visio-conférence est prôné.

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

Evolution depuis 2018 en nombre d'heures et de bénéficiaires :

	CPOF 2019-2022					Total
	2018	2019	2020	2021	2022	
Heures	2 802	5 700	5 900	9 169	12 031	35 602
Bénéficiaires	30	80	84	100	123	417

A fin 2022, ISM CORUM aura réalisé 12 031 heures d'interprétariat sur l'année (123 structures et professionnels utilisateurs).

Les principaux bénéficiaires des séances d'interprétariat sont les permanences d'accès aux soins (PASS) avec un taux de 60 % de consommation de l'enveloppe. Suivent ensuite par ordre d'importance les centres de santé/maisons de santé (18 %), les associations (15 %), les médecins généralistes (2,5 %). Les autres utilisateurs correspondent à un total de 4,5 % (les psychiatres/psychologues, les structures d'hébergement, les structures médico-sociales, les cabinets médicaux).

Cette croissance s'explique par l'augmentation du nombre de personnes vues dans les PASS, y compris avec des droits de sécurité sociale ouverts mais qui ne trouve pas d'offre de soins libérale.

Objectifs

1. Renforcer la connaissance des interprètes professionnels des publics en situation de précarité afin d'enrichir leurs pratiques autour des questions posées par la prise en charge de ces publics, notamment les migrants. Il s'agit d'apporter un éclairage sur les pratiques soignantes et les parcours de soins : mieux connaître les souffrances et psycho pathologies subies par les personnes dont les interprètes vont assurer la traduction.

2. Sanctuariser un financement régional proportionné à la demande croissante d'interprétariat sur le champ de la précarité.
3. Distinguer un financement de l'interprétariat dédié aux PASS hospitalières (représentant annuel-ement près de 60 % des structures / professionnels bénéficiaires), d'un second destiné aux autres opérateurs intervenant sur le champ de la précarité (associations, professionnels libéraux, ESMS, structures d'hébergement...).
4. Impliquer les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) dans la démarche de l'interprétariat professionnel, comme outil au service de consultations facilitées pour les professionnels de santé.

3.3.2 Former et outiller les professionnels

Les structures prenant en charge des personnes en situation de grande précarité (Permanences d'accès aux soins de santé – PASS, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale – CHR, Lit halte soins santé – LHSS, Lit d'accueil médicalisé – LAM, Appartement de coordination thérapeutique – ACT...) ont constaté que leur accès aux soins était de plus en plus difficile, notamment lorsqu'il s'agit d'aller vers des professionnels libéraux. Cela peut s'expliquer par un manque de connaissance des dispositifs existants et de l'environnement des personnes précaires. En effet, la durée de consultation est souvent plus importante et nécessite une coordination forte entre les secteurs sociaux et médico-sociaux. Il s'avère régulièrement que la prise en charge clinique est plus complexe pour des publics dont l'ensemble des droits ne sont pas toujours ouverts. Ainsi les professionnels libéraux ont

besoin de soutien afin de garantir un accompagnement global de la personne et de ne pas se sentir isolé dans leur pratique.

Face à ce constat, le projet Ressources santé et précarité ([RESAP](#)) a vu le jour sur une initiative du Réseau social rue hôpital (RSRH) de la métropole Lyonnaise et un réseau rassemblant Médecins du monde, des PASS, des CHR, le SAMU Social, des établissements médico-sociaux (LHSS, LAM, ACT). Ainsi le Réseau social rue hôpital, la section régionale de Médecins du monde et la Fédération des acteurs de la solidarité, ont élaboré un projet commun permettant de former et d'outiller les professionnels de santé sur l'accompagnement global des personnes en situation de précarité : repérage, environnement de la personne, connaissance des dispositifs existants. Au regard de la pertinence et de l'intérêt de cette plateforme à destination des professionnels libéraux, **l'ARS a acté le financement d'une expérimentation ciblée sur le territoire de la Métropole de Lyon et souhaite inscrire cette action dans la durée** et dans une perspective de déploiement régional dans le cadre du nouveau PRAPS.

Par ailleurs, un travail de cartographie des dispositifs santé, destinés aux publics en situation de précarité, dans une logique de lutte contre les inégalités de santé, a été initié par l'Agence. Ces cartographies seront consultables en ligne et seront mises à jour régulièrement. Cela permettra une meilleure lisibilité de toute l'offre disponible sur la région.

Si besoin, outiller et soutenir les structures dans leurs actions relevant de la santé publique (ex: canicule, punaise de lits, etc.).

3.4 RENFORCER ET COORDONNER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

Les dispositifs médico sociaux ont vu leur capacité en forte augmentation entre 2018 et 2022 permettant un renfort de prise de l'accompagnement des personnes :

ACT	Places installées au 15 juin 2017	Classement PRS 2018-2022	Places installées au 31 déc. 2022 (dont pl. hors les murs)	Total places installées fin 2023 (prévisions)	Dont places hors les murs	Evolution 2017/2022 en %
Ain	8	Prioritaire	21	33	12	312,5
Allier	0	Zones blanches	8	15	3	
Ardèche	4	Prioritaire	7	13	3	225,0
Cantal	0	Zones blanches	4	6	2	
Drôme	18	Intermédiaire	22	25	6	38,9
Isère	24	Prioritaire	37	50	0	108,3
Loire	18	Prioritaire	37	37	8	105,6
Haute-Loire	3	Intermédiaire	5	5	0	66,7
Puy de Dôme	36	Non prioritaire	39	39	4	8,3
Rhône	70	Intermédiaire	130	130	34	85,7
Savoie	19	Non prioritaire	27	27	8	41,1
Haute-Savoie	17	Non prioritaire	35	35	8	105,9
Région	217		372	415	88	91,2

ACT	Lits installés au 30 sept. 2017	Classement PRS 2018-2022	Lits installés au 31 déc. 2022 A	Total lits installés à fin 2023 (prévisions) C = A + B	Evolution 2017/2022 (en %)
Ain	0	Zones blanches	10	16	
Allier	8	Intermédiaire	8	13	62,5
Ardèche	2	Prioritaire	6	11	450,0
Cantal	4	Intermédiaire	4	5	25,0
Drôme	4	Prioritaire	10	19	375,0
Isère	18	Intermédiaire	20	36	100,0
Loire	6	Prioritaire	18	28	366,7
Haute-Loire	9	Non prioritaire	9	9	0,0
Puy de Dôme	26	Non prioritaire	26	26	0,0
Rhône	30	Intermédiaire	49	68	126,7
Savoie	6	Intermédiaire	10	11	83,3
Haute-Savoie	4	Prioritaire	16	18	350,0
Région	117		186	260	122,2

ACT	Lits installés au 15 juin 2017	Lits installés au 31 décembre 2022	Lits restants à installer à partir de 2023	Total lits installés sur 2023/2024
Isère	0	20	0	20
Loire	0	0	15	15
Puy de Dome	0	0	15	15
Rhône	20	48	0	48
Haute-Savoie	0	0	15	15
Région	20	68	45	113

Par ailleurs et en réponse à l'accompagnement des personnes pendant l'épidémie de Covid-19 qui a souligné la pertinence des démarches d'« aller-vers » au plus près des personnes, **des équipes mobiles médico-sociales** ont été mises en place. Le décret n°2021-1170 du 9 septembre 2021 a créé cette nouvelle catégories d'établissements et services médico-sociaux en complément des dispositifs médico-sociaux que sont les Lits halte soins santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés – LAM et Appartement de coordination thérapeutique – ACT et LHSS mobiles, les LHSS de jour et les ACT hors les murs.

Les Equipes mobiles santé précarité (ESMP) dispensent des soins adaptés, réalisent des bilans de santé, accompagnées, proposent un accompagnement global adapté aux besoins des personnes. Elles ont un rôle d'interface avec les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social, assurent des actions de prévention, de médiation et de prise en charge globale pour favoriser l'orientation des personnes vers les établissements, services et professionnels adaptés.

Les Equipes spécialisées en soins infirmiers (ESSIP), dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou à des personnes très démunies.

Ces équipes mobiles visent à :

- répondre au besoin de soins de personnes en situation de précarité dans une démarche d'« aller-vers »,
- éviter des hospitalisations non justifiées, au regard de la santé de la personne, quand cela est possible, pour les personnes en situation de précarité qu'elles accompagnent,
- garantir des sorties d'hospitalisation sans rupture de soins (ESSIP).

De nouveaux dispositifs sont en cours d'expérimentation en Ile de France : les LHSS pédiatriques.

Cela répond à la problématique des femmes enceintes ou venant d'accoucher d'un nouveau-né se

retrouvant sans solution d'hébergement. La prise en charge médicale et psychosociale proposée dans le cadre des LHSS peut paraître adaptée mais nécessite une évolution en intégrant des compétences spécifiques adaptées et en permettant l'accueil des mineurs. Ainsi, dans l'optique d'une potentielle généralisation nationale de l'expérimentation en Ile-de-France, il conviendrait de :

- recenser les structures LHSS en capacité de pouvoir prendre en charge ce type de public,
- recenser les besoins/publics en lien avec l'ensemble des opérateurs concernés (médico-sociaux, associatifs et sanitaires),
- élaborer une programmation régionale avec des déclinaisons financières départementales,
- intégrer des LHSS pédiatriques dans la politique globale ARS dédiée à ce type de public (articulation et coordination avec les autres dispositifs dont les PASS).

ÉTAT DES PRATIQUES & BILAN CONSTATÉ À FIN 2022

La mise en place de ces équipes mobiles santé précarité a été réalisée, dans un premier temps, par un Appel à manifestation d'intérêt (AMI) en octobre 2021 pour développer des projets d'« aller vers » en vue de préfigurer des équipes mobiles à sanctuariser en dispositifs médico sociaux.

Ce sont ainsi 11 équipes mobiles qui se sont mises en place, sur 8 départements, à l'exception de l'Ain, du Cantal, de la Drôme et de la Haute-Loire, pour lesquels aucun opérateur n'a été retenu au titre de l'AMI.

Pour ces derniers, les services de l'ARS ont privilégié des extensions non importantes mobiles ou hors les murs pour des établissements déjà en fonctionnement (LHSS mobiles, ACT hors les murs) ou une future équipe mobile non encore identifiée.

L'objectif de l'AMI était de permettre aux équipes de monter en charge sur une période minimale d'un an à l'issue de laquelle une évaluation ARS est établie.

A l'issue de la 1^{re} année de fonctionnement, ces équipes seront prises en compte sur l'ONDAM médico-social, via un appel à projets déployé en 2023.

Objectifs

1. Poursuivre la mise en place d'équipes mobiles, en particulier sur les zones blanches : les territoires à fort taux de précarité, isolement des personnes.
2. Renforcer le maillage avec les dispositifs médico sociaux de l'hébergement que sont les appartement de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS) et Lits d'accueil médicalisés (LAM).
3. Articuler les équipes mobiles santé précarité avec les services du 1er recours et de coordination (maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé, CPTS, DAC), ainsi qu'avec d'autres dispositifs (équipes mobiles incurie, etc.).
4. Renforcer les équipes mobiles en place ou à venir et selon les besoins sur le volet santé mentale ou addictologie.
5. Poursuivre le déploiement de places LHSS, ACT et LAM.
6. Etudier la possibilité de développer des LHSS pédiatriques.



MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

Rôle de l'échelon régional de l'ARS

L'échelon régional de l'ARS est garant de la vision globale du PRAPS, du suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation. Il s'appuiera sur l'instance régionale de réduction des inégalités de santé co-animée par la direction générale de l'ARS et la commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès de Mme la Préfète de région.

Cette instance a pour objectif de coordonner l'ensemble des mesures et des politiques publiques en faveur des personnes démunies. A ce titre, elle sera informée des avancées obtenues dans la mise en œuvre des objectifs du PRAPS et plus largement des différents travaux et actualités en transversalité intersectorielle et interministérielle.

Cette instance permettra d'articuler les différentes politiques publiques en direction des publics vulnérables (pacte des solidarités, plan logement d'abord, stratégie pour l'accueil et l'intégration de personnes réfugiées, etc.).

Rôle de l'échelon départemental de l'ARS

Il assure la déclinaison de proximité de ce programme.

En effet, les facteurs de réussite reposent sur l'efficacité de la déclinaison opérationnelle, notamment sur les territoires.

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

GLOSSAIRE

AAH	Allocation adulte handicapé
AAP	Appel à projets
ACT	Appartements de coordination thérapeutique
AEEH	Allocation d'Éducation 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'efficacité 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, dysorthographe, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie
EAM	Etablissement d'accueil médicalisé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Événement indésirable grave
EIGS	Événement indésirable grave associé aux soins
EMA	Équipe multidisciplinaire en antibiothérapie
EMAS	Équipes mobiles d'appui à la scolarisation

EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
EMSP	Equipe mobile santé précarité
<u>EPCI</u>	Etablissement public de coopération intercommunale
<u>ESA</u>	Equipes spécialisés Alzheimer (à domicile)
<u>ESAT</u>	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
<u>ESRP</u>	Etablissement et service de réadaptation professionnelle
ESS	Equipe de suivi de scolarisation
ESSI	Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité
<u>ETP</u>	Education thérapeutique du patient
ETP	Equivalent temps plein
<u>FAM</u>	Foyer d'accueil médicalisé
<u>FIR</u>	Fond d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
<u>GCS SARA</u>	Groupement de coopération sanitaire système d'information santé en Auvergne-Rhône-Alpes
<u>GEM</u>	Groupement d'entraide mutuelle
<u>GHT</u>	Groupement hospitalier de territoire
GPEC	Gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences
<u>GRADeS</u>	Groupement régional d'appui au développement de la e-Santé
<u>HAD</u>	Hospitalisation à domicile
<u>HAS</u>	Haute autorité de santé
<u>HCL</u>	Hospices civils de Lyon
HLM	Hors les murs
HP	Hébergement permanent
<u>HPST</u>	Hôpital, patients, santé et territoire (loi de 2009)
HPV	Papillomavirus humain
HT	Hébergement temporaire
HTSH	Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
<u>IAE</u>	Insertion par l'activité économique
<u>ICAPS</u>	Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité
IDE	Infirmier diplômé d'état
IEM	Institut d'éducation motrice
<u>IFAS</u>	Instituts de formation d'aide-soignants
IFSI	Instituts de formation en soins infirmiers
IFTS	Instituts de formation des travailleurs sociaux
<u>IGAS</u>	Inspection générale des affaires sociales
<u>IHAB</u>	Initiative hôpital ami des bébés
IMC	Indice de masse corporelle
IME	Institut médico-éducatif
<u>INS</u>	Identité nationale de santé
<u>INSEE</u>	Institut national de la statistique et des études Economiques
IST	Infections sexuellement transmissibles
<u>IPA</u>	Infirmier en pratique avancée
<u>IREPS</u>	Instance régionale d'éducation et de promotion santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISEMA	Internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LHSS	Lits halte soins santé
<u>MAIA</u>	Maison pour l'Apprentissage et l'Intégration des enfants porteurs d'Autisme
<u>MAS</u>	Maison d'accueil spécialisée
MECS	Maison d'enfants à caractère social

MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
<u>MCS</u>	Médecin correspondant du SAMU
<u>MDA</u>	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
<u>MILDECA</u>	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
<u>MMG</u>	Maisons médicales de garde
MND	Maladies neuro-dégénératives
<u>MSP</u>	Maison de santé pluriprofessionnelle
<u>MSS</u>	Messageries de santé sécurisées
<u>MSS</u>	Maisons sports santé
NRC	Nucléaire-radiologique-chimique
NRI	Neuroradiologie Interventionnelle
<u>Odenore</u>	Observatoire des non-recours aux droits et services
<u>OMS</u>	Organisation mondiale de la santé
<u>ONAPS</u>	Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité
<u>ONDAM</u>	Objectif national de dépense d'Assurance maladie
<u>ONP</u>	Objectif national de professionnels à former
<u>ONPES</u>	Observatoire nationale de la précarité et de l'exclusion sociale
OPCO	Opérateur de compétences
<u>ORS</u>	Observatoire régional de la santé
<u>ORSAN</u>	Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle
<u>ORSEC</u>	Organisation de la réponse de sécurité civile
<u>PACAP</u>	Petite enfance alimentation corpulence et activité physique
<u>PADHUE</u>	Praticiens à diplôme hors Union européenne
PAG	Plan d'accompagnement global
PAI	Plan d'aide à l'investissement
<u>PAPS</u>	Portail d'accompagnement des professionnels de santé
<u>PASA</u>	Pôle d'activités et de soins adaptés
<u>PASS</u>	Permanence d'accès aux soins de santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
<u>PCO</u>	Plateforme de coordination et d'orientation
<u>PCPE</u>	Pôles de compétences et de prestations externalisées
PDM	Plans départementaux de mobilisation
<u>PDSA</u>	Permanence des soins ambulatoires
<u>PDSES</u>	Permanence des soins en établissement de santé
<u>PFR</u>	Plateforme de répit
PH/PSG	Personne handicapée / Personne en situation de handicap
PMI	Protection maternelle et infantile (service du Département)
<u>PMP</u>	Projet médical partagé
<u>PNNS</u>	Plan national nutrition santé
<u>PPAC</u>	Programme personnalisé après cancer
<u>PPS</u>	Projet/Programme personnalisé de soins
PPS	Plan personnalisé de santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (des plus démunis)
<u>PRS</u>	Projet régional de santé
<u>PRIAC</u>	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
<u>PRSE</u>	Plan régional santé environnement
<u>PTSM</u>	Projet territorial de santé mentale
PUI	Pharmacie à usage intérieur
<u>QPV</u>	Quartiers prioritaires de la politique de la ville
QVT	Qualité de vie au travail
<u>RAPT</u>	Réponse accompagnée pour tous
RBPP	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
<u>RHEOP</u>	Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal

<u>RéPPOP</u>	Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique
<u>RREVA</u>	Réseau régional de vigilances et d'appui
<u>RSA</u>	Revenu de solidarité active
<u>SAAD</u>	Service d'aide à domicile
<u>SAD</u>	Service autonomie à domicile
<u>SAE</u>	Statistique annuelle des établissements de santé
<u>SAMSAH</u>	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
<u>SAS</u>	Service d'accès aux soins
<u>SESSAD</u>	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
<u>SMAEC</u>	Service mobile d'accompagnement d'évaluation et de coordination
<u>SMPR</u>	Services médico-psychologiques régionaux
<u>SMR</u>	Soins médicaux et de réadaptation
<u>SOS</u>	Soins oncologiques de support
<u>SPASAD</u>	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
<u>SRS</u>	Schéma régional de santé
<u>SSIAD</u>	Service de soins infirmiers à domicile
<u>SSR</u>	Soins de suite et réadaptation
<u>TIIH</u>	Transport infirmier interhospitalier
<u>TMS</u>	Troubles musculo-squelettiques
<u>TND</u>	Troubles du neuro-développement
<u>TSA</u>	Troubles du spectre de l'autisme
<u>UCOG</u>	Unités de coordination en onco-gériatrie
<u>UCSD</u>	Un chez soi d'abord
<u>UEE</u>	Unités d'enseignement externalisées
<u>UEEA</u>	Unités d'enseignement élémentaire autisme
<u>UEMA</u>	Unités d'enseignement maternelle autisme
<u>UHR</u>	Unités d'hébergement renforcé
<u>UHSA</u>	Unité hospitalière spécialement aménagée
<u>URPS</u>	Union régionale des professionnels de santé
<u>UMD</u>	Unité de malades difficiles
<u>USLD</u>	Unité de soins de longue durée
<u>USMP</u>	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire
<u>USPC</u>	Unités de soins prolongés complexes
<u>UTEP</u>	Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient
<u>UVP</u>	Unité de vie protégée
<u>VAE</u>	Validation d'acquis d'expérience
<u>ZSP</u>	Zone de soins de proximité

Arrêté 2023-22-0069

Portant sur l'adoption du schéma régional de santé 2023-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028

La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1434-1 à L.1434-3 ; L. 1434-6 ; L. 1434-9 à L. 1434-11 ; R. 1434-1 à R. 1434-9 et R. 1434-11 ;

Vu l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le décret du 19 avril 2023 portant nomination de Mme Cécile COURREGES en tant que directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ;

Vu l'arrêté n° 2023-17-0364 en date du 17 juillet 2023 de la directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes relatif à la délimitation des zones du schéma régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2023-2028 donnant lieu à la répartition des activités de soins et équipements matériels lourds ;

Vu l'arrêté n° 2023-17-0365 en date du 13 juillet 2023 de la directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes relatif à la définition des zones du schéma régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2023-2028 relatives aux laboratoires de biologie médicale ;

Vu l'arrêté n° 2023-22-0027 portant sur l'avis de consultation du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 27 juin 2023 ;

Vu l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie Auvergne-Rhône-Alpes en date du 14 septembre 2023 ;

Vu l'avis de la préfète de la région Auvergne-Rhône-Alpes en date du 27 septembre 2023 ;

Vu l'avis du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes en date du 26 septembre 2023 ;

Vu l'avis rendu par la Région Auvergne-Rhône-Alpes en date du 29 septembre 2023 ;

Vu l'avis des conseils départementaux de l'Ain en date du 05 octobre 2023, de l'Allier en date du 03 octobre 2023, de l'Ardèche en date du 15 septembre 2023, du Cantal en date du 29 septembre 2023, de la Drôme en date du 11 septembre 2023, de l'Isère en date du 29 septembre 2023, de la Loire en date du 18 septembre 2023, de la Haute-Loire en date du 16 octobre 2023, du Puy-de-Dôme en date du 25 septembre 2023, du Rhône en date du 13 octobre 2023, de la Savoie en date du 22 septembre 2023, de la Haute-Savoie en date du 02 octobre 2023 ;

Vu l'avis de la Métropole de Lyon en date du 25 septembre 2023 ;

Vu l'avis des communes de la région Auvergne-Rhône-Alpes dont les conseils municipaux ont pris valablement une délibération ;

Vu l'avis des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie de l'Ain en date du 08 septembre 2023, de l'Allier en date du 15 septembre 2023, de l'Ardèche en date du 27 septembre 2023, du Cantal en date du 12 septembre 2023, de la Drôme en date du 26 septembre 2023, de l'Isère en date du 21 septembre 2023, de la Loire en date du 26 septembre 2023, de la Savoie en date du 27 septembre 2023, de la Haute-Savoie en date du 19 septembre 2023 ;

Vu l'avis du conseil départemental-métropolitain de la citoyenneté et de l'autonomie du Rhône et de la Métropole de Lyon en date du 26 septembre 2023 ;

Vu l'avis de l'agence de la biomédecine en date du 06 octobre 2023 ;

ARRETE

Article 1 :

Le schéma régional de santé 2023-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 est arrêté tel qu'il est annexé au présent acte pour une période de 5 ans.

Article 2 :

Le schéma régional de santé 2023-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 peut être consulté sur le site Internet de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes à l'adresse suivante :

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- a) A la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes, 106 rue Pierre Corneille 69003 Lyon.
- b) Au siège de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, 241 rue Garibaldi, 69003.

c) Ainsi que dans ses délégations départementales :

- délégation départementale de l'Ain, 9 rue de la Grenouillère, 01012 Bourg-en-Bresse,
- délégation départementale de l'Allier, 20 rue Aristide Briand, 03400 Yzeure,
- délégation départementale de l'Ardèche, avenue Moulin de Madame, 07007 Privas,
- délégation départementale du Cantal, 13 place de la Paix, 15005 Aurillac,
- délégation départementale de la Drôme, 13 avenue Maurice Faure, 26011 Valence,
- délégation départementale de l'Isère, 17-19 rue Commandant l'Herminier, 38032 Grenoble,
- délégation départementale de la Loire, 4 rue des Trois Meules, 42013 Saint-Etienne,
- délégation départementale de la Haute-Loire, 78 bis avenue du Maréchal Foch, 43000 Le Puy-en-Velay,
- délégation départementale du Puy-de-Dôme, 60 avenue de l'Union Soviétique, 63006 Clermont-Ferrand,
- délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon, 241 rue Garibaldi, 69003 Lyon,
- délégation départementale de la Savoie, 94 boulevard de Bellevue, 73018 Chambéry,
- délégation départementale de la Haute-Savoie, Cité administrative, 7 rue Dupanloup, 74040 Annecy.

Article 3 :

Dans les deux mois suivant sa notification ou sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr

Article 4 :

Le directeur de la stratégie et des parcours de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Fait à Lyon, le 30 octobre 2023

La Directrice générale
de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Cécile COURREGES

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ | 2018-2028

Schéma régional de santé

Auvergne-Rhône-Alpes

2023-2028



Document réalisé par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
Edité le 31 octobre 2023

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

32

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

54

3.3 BIEN VIVRE MALGRÉ SA MALADIE

57

CHAPITRE 4.

RENFORCER L'ACCES AUX SOINS ET A L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

EN TOUT POINT DU TERRITOIRE

61

4.1 FACILITER L'ACCES 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'ACCES AUX SOINS A CERTAINES PATHOLOGIES

85

4.4 ADAPTER L'OFFRE POUR MIEUX RÉPONDRE AU PROJET DE VIE DES PERSONNES AGÉES

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

GLOSSAIRE

121

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 1^{er} 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, événements 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'efficacité 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'efficacité 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 rencontrés par l'utilisateur 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.

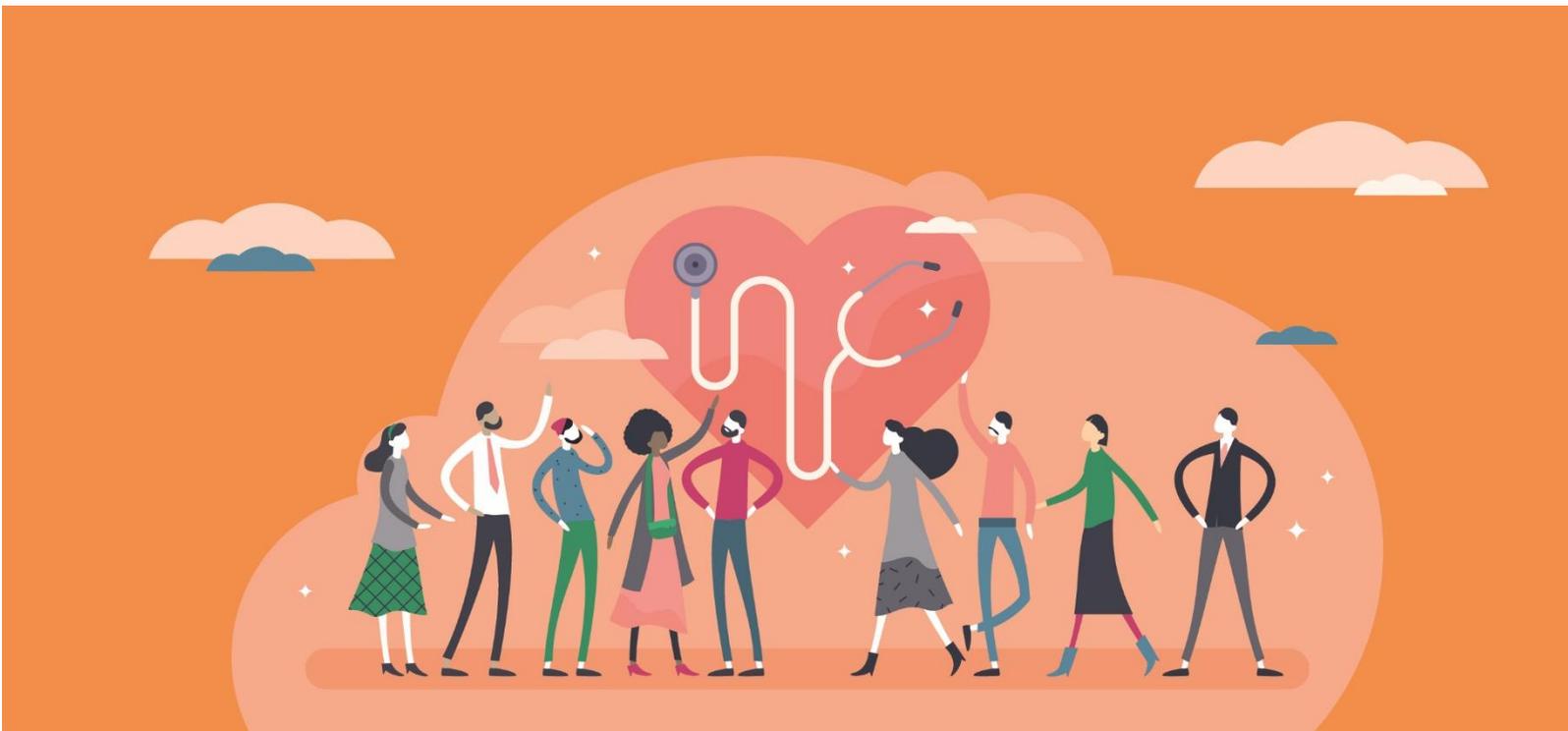
- Ses modalités de mise en œuvre prennent plusieurs formes : contractualisation avec les établissements sanitaires et médico-sociaux (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM), les professionnels de santé libéraux, avec les collectivités locales (Contrats locaux de santé –

[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 1^{ère} est consacrée à la place de l'utilisateur 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 2^e aborde, au regard des expériences récentes, des leviers de modernisation organisationnelle, technologique, des leviers possibles pour améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé → **S'ADAPTER**
- La 3^e 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 4^e 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 5^e 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, efficacité 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'utilisateur dans sa prise en charge.

Le parcours de soins sécurisé qui intègre plusieurs approches :

- les besoins de l'utilisateur, 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'utilisateur 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'utilisateurs faisant état de ces difficultés : les services de l'ARS enregistrent en moyenne près de 2 000 réclamations d'utilisateurs 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'utilisateur 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 utilisateur 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'utilisateurs 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'utilisateur 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 utilisateurs 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'utilisateur et détériorent l'image d'une offre de soins pertinente et structurée.

1.1.3 Identifier les profils d'utilisateurs 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 utilisateurs 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 établissements 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 autorisés. 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'utilisateurs 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'utilisateur et l'aide dans son quotidien (emploi, habitat, école). La prépondérance et l'aggravation fulgurante des **maladies neuro-dégénératives**, 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 influencer 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 pour-suivre avec les partenaires institutionnels.



Faire grandir les enfants et les jeunes grâce à la prévention des comportements 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 neuro-développement, 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 STRATÉGIQUES 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'utilisateur 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 préfetures, 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'utilisateur 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 :

- Co-construire 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'utilisateur 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'utilisateur 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](https://sante.fr) 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 renouvellement 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.

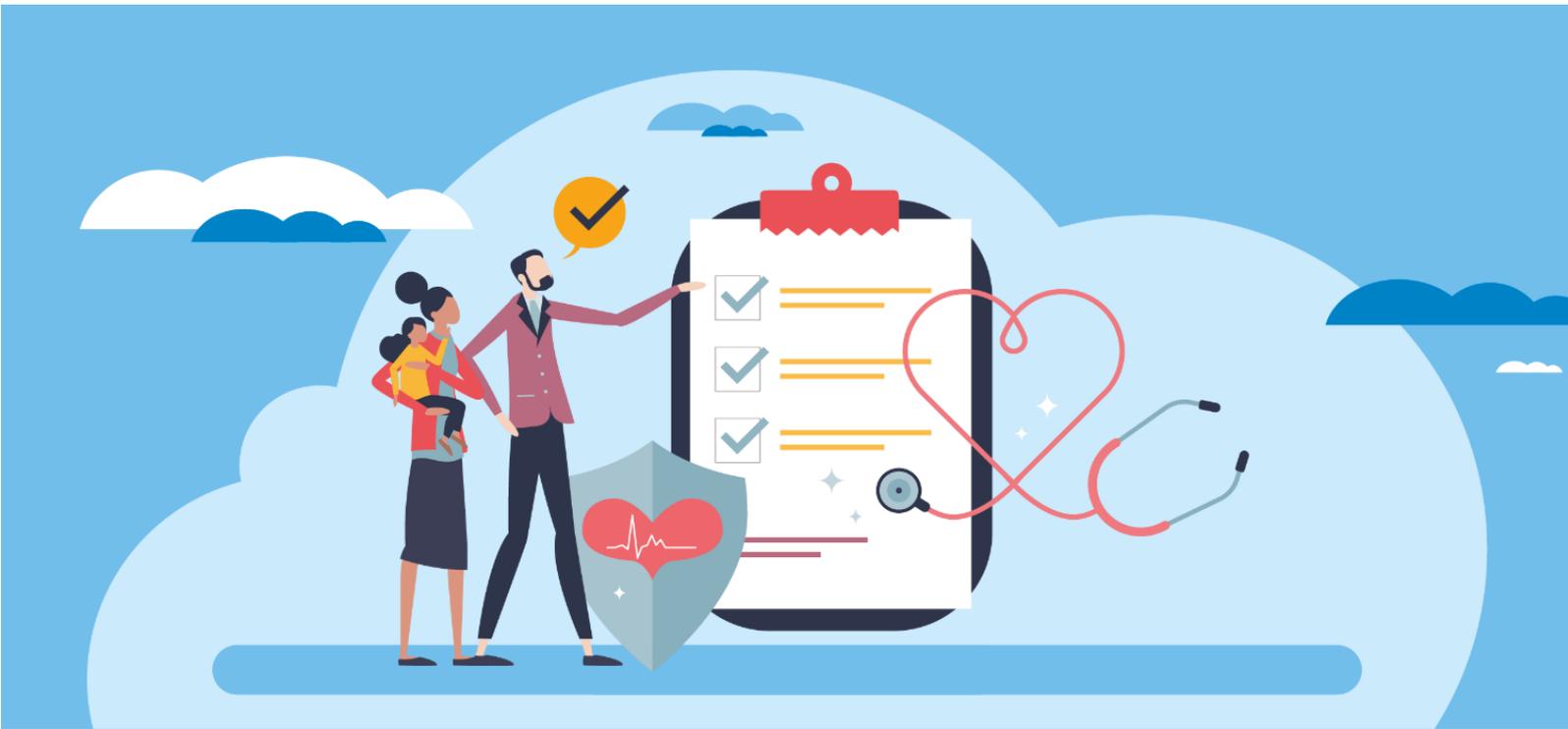
- Favoriser l'émergence d'initiatives sur ce champ émanant des acteurs eux-mêmes.
- Valoriser les bonnes pratiques : les instances de démocratie en santé doivent être des caisses de résonance pour les projets innovants.
- Faire la promotion, identifier, soutenir les projets innovants et encourager les 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 6^e 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.
- Influencer 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	<u>18</u>
2.2 - RENFORCER LES INVESTISSEMENTS ENGAGÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS	<u>22</u>
2.3 - AMÉLIORER LA COORDINATION DES ACTEURS ET GAGNER EN LISIBILITÉ	<u>26</u>
2.4 - ASSURER UN RENFORT DE LA PERTINENCE ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	<u>32</u>
2.5 - ADAPTER LES PARCOURS DE SANTÉ GRÂCE AUX OUTILS NUMÉRIQUES ET AUX DISPOSITIFS D'INNOVATIONS ET D'EXPÉRIMENTATION	<u>35</u>
2.6 - RENFORCER LA RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ GRÂCE À NOTRE ADAPTATION AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES	<u>39</u>

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 grands 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 interétablissement 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-soignants) de la région, respectivement de 11,7 % et de 1,7 % entre 2019 et 2022 ;
- augmentation du nombre d'étudiants admis en 2^e 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'efficacité 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 1^{er} 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, Communautés 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 efficaces 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 neuro-développement 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 maîtrise 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'approprié 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 prioritaires 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 prioritaires 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 :** Pré-programme (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 établissements 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.

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 efficaces 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

Objectifs

1. Identifier les filières de soins prioritaires sur lesquels les Projets 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.

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 mono-thématiques, 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 Anais (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 personnalisés 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 les 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'onco-gériatrie,
- 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 sur-risque 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 2^e recours.
- Structurer avec les CSO, le maillage territorial du 2^e 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 3^e 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 Maisons départementales 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 mis 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 efficacité 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 événements 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 événements indésirables sont des piliers de la culture qualité et gestion des risques.

Le champ des événements 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 événements 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 [Ceppraal](#), 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 événements 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 événements 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 réalisations 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 événements indésirables.

- Centralisation de tous les événements indésirables dans un système d'information utilisé pour le partage et la traçabilité de gestion de chaque événement et création d'une délégation aux événements 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).
- 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

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 événements 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 événements 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.
- 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.

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 réalisations concrètes ont pu être conduites :

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 préoccupation 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'auto-évaluation 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'utilisateur

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 ré-identification 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 « [Séjour 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 Mespatients 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 [Séjour 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 interoperables) 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 nationale 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 communicat 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 », co-animée 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'éducation 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 préfetures, 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 différenciée 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 maîtrisée. 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 1^{er} ligne ORSAN NRC (nucléaire, radiologique ou chimique) ou certains 2^e 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 préfetures 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.

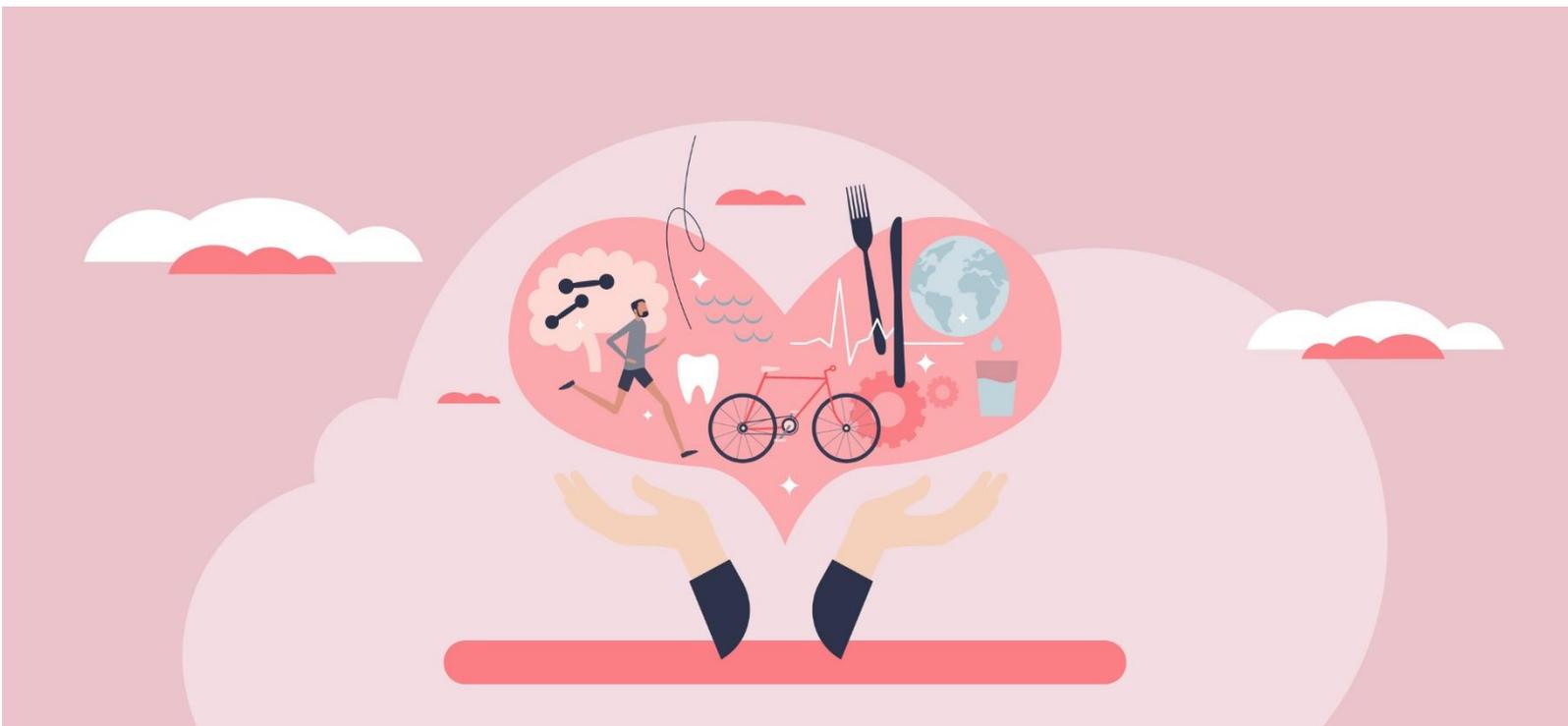
ENJEUX & OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR 2028 :

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 préconceptionnelle 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 pluri-sectorielles, 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'ambrosie, 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 évidemment 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 4^e 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 pérenne 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 PRSE4 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 4^e 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 écosystèmes 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 1^{er} 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 1^{er} rang national.
- Pour le dépistage du cancer du sein, le taux de participation est de 52,7 % ; ce qui place la région au 4^e rang national.
- Pour le dépistage du cancer colorectal, le taux de couverture est de 36 % ; ce qui place la région au 7^e 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 répondeurs 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 Cancéris) 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'utilisateur, 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 raisons 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'interpré-tariat 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 5^e, 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 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 (UTE^P) 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 inter-départementalité.
- S'appuyer sur les patients experts formés à l'ETP.
- Positionner les Unités transversales d'éducation du patient (UTE) 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 antichutes.

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.

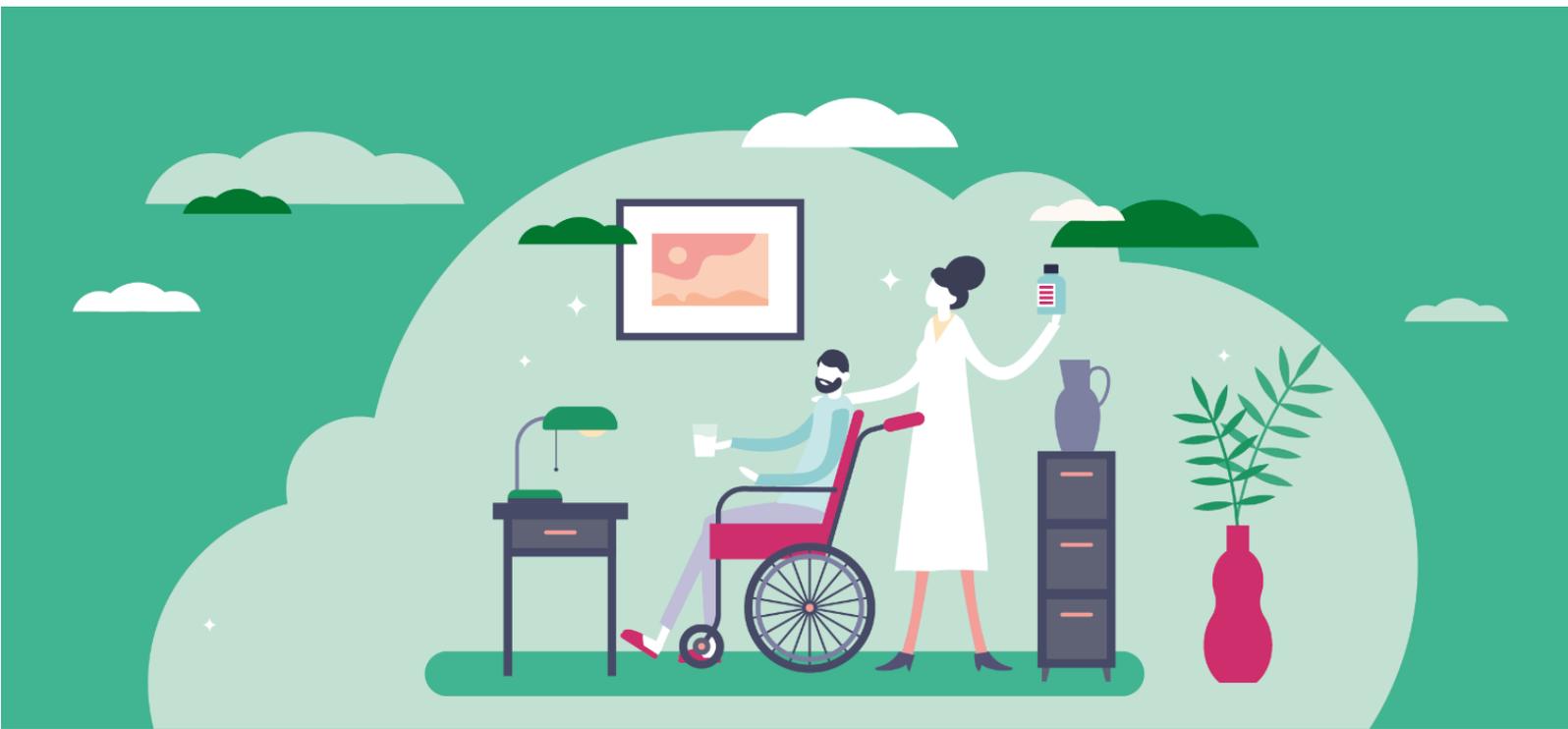
L'ARS souhaite restructurer le réseau actuel des conseillers en environnement intérieur dans un objectif d'amélioration de la qualité de l'air intérieur et la santé des patients atteints d'une pathologie chronique respiratoire, d'allergies, ou de symptômes respiratoires s'aggravant au domicile sur l'ensemble 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	<u>62</u>
4.2 - GARANTIR LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE PAR L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	<u>73</u>
4.3 - GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS À CERTAINES PATHOLOGIES	<u>85</u>
4.4 - ADAPTER L'OFFRE POUR MIEUX RÉPONDRE AU PROJET DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES	<u>86</u>
4.5 - ADAPTER L'OFFRE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	<u>97</u>
4.6 - SOUTENIR LES AIDANTS, DÉVELOPPER ET RENDRE ACCESSIBLE L'OFFRE DE RÉPIT	<u>117</u>

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 correspondants 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 nationales 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.
- Incrire 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 ambulatoire 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

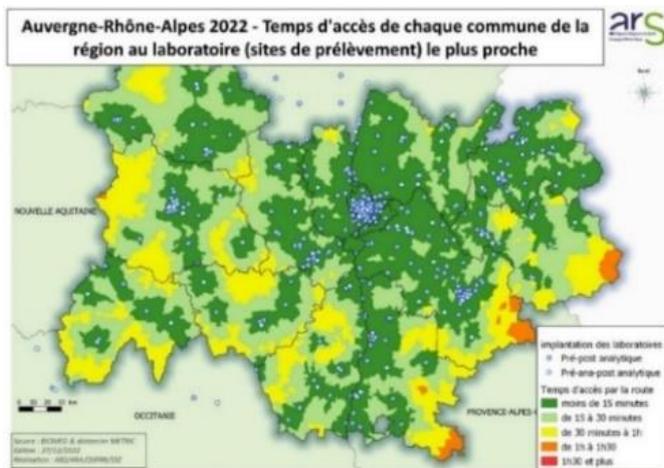
la biologie médicale de 2013 et depuis le nouveau zonage de biologie arrêté lors du précédent SRS (39 entités juridiques privées en 2017 contre 29 à fin 2022). En revanche, le nombre de structures hospitalières (29) relativement stable depuis 2017 illustre la faible dynamique de recomposition de l'offre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

Séjour 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'examen 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'examen 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 2^e 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 paraître, 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 régionale, 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'août 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 résidents 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 réunie 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 trans-frontalière.



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 CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE PAR L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

La Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h le plus souvent, et jusqu'à 8h), le week-end et les jours fériés. La permanence des soins concerne tous les établissements, aussi bien publics que privés.

Elle est à différencier de la continuité des soins qui est l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés.

4.2.1 Périmètre

La PDSSES est une mission de service public. Elle s'applique au seul champ Médecine, Chirurgie et Obstétrique. Par conséquent, les hôpitaux locaux, les structures de Soins de suite et de réadaptation (SSR), les Unités de soins de longue durée (USLD) et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) n'en relèvent pas. Les structures de médecine d'urgence des établissements publics, les structures autorisées à l'activité de greffe et les structures d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Elle concerne les spécialités réglementées, pour lesquelles les modalités de permanence médicale sont définies par les textes, correspondant aux filières de soins d'urgence spécialisées à organiser, dans le cadre d'une approche territoriale des soins hospitaliers : réanimation, périnatalité, néonatalogie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, unités de soins intensifs, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, plateaux techniques spécialisés.

Certaines spécialités relevant des activités réglementées suivantes ne sont pas concernées par les obligations de permanence des soins : traitement du cancer, soins de suite et de réadaptation, rééducation et réadaptation fonctionnelles, activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal, examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

D'autres spécialités médicales et chirurgicales, relevant de la continuité des soins, peuvent nécessiter l'organisation d'une PDSSES, éventuellement mutualisée. Les

spécialités médicotéchniques nécessaires à toute continuité des soins (biologie et pharmacie) ne relèvent pas à ce titre directement des schémas cibles de permanence des soins régionaux.

Les éléments complémentaires encore attendus portant sur la réforme de plusieurs activités de soins (imagerie, chirurgie, soins critiques, urgences par exemple) seront susceptibles d'apporter des modifications au périmètre de la permanence de soins en établissement de santé. Il a été en conséquence décidé de reconduire le schéma à l'identique dans l'attente des éléments attendus, à l'exception de la création de 17 lignes nouvelles pour les établissements privés mettant en œuvre un service d'urgence. Par ailleurs, compte tenu de différents éléments attendus sur le cadrage de la PDSSES elle-même, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a indiqué un calendrier de révision des schémas de PDSSES à l'été 2024.

4.2.2 Cadre réglementaire

La mise en œuvre de la PDSSES est encadrée par les articles L-6111-1-3, R.1434 et suivants et 6111-41 et suivants du code de la santé publique. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations.

La PDSSES est définie dans le cadre des zones de santé arrêtées pour la délivrance des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds.

Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans, au terme de la procédure prévue à l'article R. 1434-1. Toutefois, il peut être révisé chaque année lorsque l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie. Compte tenu de la prorogation des lignes de PDSSES dans le contexte des éléments encore attendus, le volet PDSSES du schéma régional de santé sera révisé dans le cadre d'une révision du schéma.

4.2.3 Démarche d'élaboration du schéma cible de PDSSES

Il n'est pas possible, à la date de publication du présent schéma, de disposer d'une vision définitive et complète des objectifs de la PDSSES, puisque plusieurs éléments sont encore attendus pour clarifier les objectifs et les modalités de la permanence de soins en

établissements de santé. En effet, sont encore attendus la publication des instructions relatives à certaines disciplines soumises à la réforme des autorisations, le cadrage réglementaire de la médecine d'urgences ainsi que les recommandations du rapport de la mission d'inspection de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) relatif à la mise en œuvre de la PDES.

Pour ne pas diffuser une doctrine de la PDES incomplète ou risquant d'être profondément remaniée, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a fait le choix d'attendre de disposer des éléments susmentionnés pour réviser son nouveau schéma, la publication d'un schéma stabilisé permettra une meilleure lisibilité des lignes PDES.

Par ailleurs, une phase de diagnostic a permis d'établir que la majorité des lignes concernées par les réformes d'autorisation étaient déjà couvertes par le précédent schéma.

C'est pourquoi le schéma de PDES 2018-2022 est prorogé et les lignes existantes affectées aux établissements publics de santé sont maintenues afin de ne pas pénaliser les établissements de santé concernés.

S'agissant du financement des gardes mises en œuvre par les urgentistes libéraux, le présent schéma prévoit la mise en œuvre d'une ligne de garde affectée à chaque établissement privé ayant une activité d'accueil des urgences. Ce dispositif entre en vigueur à compter de l'exercice 2024.

4.2.4 Mise en œuvre de la PDES

Besoins et implantations

Les besoins en implantations en nombre de lignes sont déclinés par spécialité et pour les zones d'activités de soins, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Si une prestation ne peut être assurée dans les conditions prévues, une procédure d'appel à candidature peut être ouverte conformément au décret n°2016-1645 du 1^{er} décembre 2016 relatif à la permanence des soins.

Obligations des établissements de santé

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.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

Enjeux de la réorganisation de la PDES

Les enjeux de l'ancien schéma sont également prorogés. Ils continuent à répondre aux besoins territoriaux et de mutualisation des ressources.

- Améliorer l'accès aux soins et répondre aux besoins des territoires.
- Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge.
- Il convient aussi de donner une meilleure lisibilité des filières de prise en charge et de prendre en compte l'organisation existante du premier recours.
- Assurer une offre à des tarifs opposables, sans reste à charge pour le patient.
- La PDES relevant des missions de service public, les tarifs opposables pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux du secteur 1.
- Améliorer l'efficacité de la PDES en privilégiant les mutualisations.
- Optimiser l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en éliminant les doublons entre établissements sur une même activité. Cette approche efficace permet à la fois de préserver l'exercice dans un contexte de ressources rares et d'éviter des dépenses non pertinentes.
- Prendre en compte les nouvelles modalités d'organisation notamment la télémédecine.
- Répartir les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Tableau 1 - Besoins en implantations pour la zone de l'Ain

	Gardes sénior		Astreintes	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie		1,00	14,70	13,70
Anesthésie		1,00	4,00	3,00
Chirurgie digestive et viscérale			4,00	4,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			1,00	1,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			2,80	2,80
Chirurgie urologique			1,00	1,00
Chirurgie vasculaire			0,90	0,90
Imagerie			2,50	2,50
Imagerie			2,50	2,50
Maternité	2,00	2,00	2,00	2,00
Anesthésie de maternité	1,00	1,00		
Gynécologie Obstétrique	1,00	1,00	2,00	2,00
Médecine	6,00	6,00	5,00	8,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			1,00	2,00
HGE			1,00	1,00
Néphrologie				1,00
Neurologie	1,00	1,00		
Pédiatrie	1,00	1,00	2,00	3,00
Réanimation adulte	2,00	2,00	1,00	1,00
USIC	2,00	2,00		
Psychiatrie				1,50
Psychiatrie en SU				1,50
Total général	8,00	9,00	24,20	27,70

Tableau 2 - Besoins en implantations pour la zone de l'Allier / Puy-de-Dôme

	Gardes sénior		Astreintes	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	4,00	5,00	39,60	37,60
Anesthésie	2,00	2,00	11,00	8,00
Anesthésie de chirurgie cardiaque				1,00
Anesthésie pédiatrique		1,00	1,00	1,00
Chirurgie cardiaque			1,00	1,00
Chirurgie digestive et viscérale	1,00	1,00	9,00	9,00
Chirurgie maxillo-faciale			1,00	1,00
Chirurgie ophtalmologique			2,00	2,00
Chirurgie ORL			2,00	2,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1,00	1,00	3,60	3,60
Chirurgie pédiatrique (ortho)			1,00	1,00
Chirurgie pédiatrique (viscéral)			1,00	1,00
Chirurgie thoracique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			2,00	2,00
Chirurgie vasculaire			2,00	2,00
Neurochirurgie			1,00	1,00
SOS Main			1,00	1,00
Imagerie	1,00	1,00	8,00	8,00
Imagerie	1,00	1,00	6,00	6,00
NRI			1,00	1,00
RI			1,00	1,00
Maternité	3,00	3,00	6,00	6,00
Anesthésie de maternité	1,00	1,00		
Gynécologie obstétrique	2,00	2,00	6,00	6,00
Médecine	20,00	21,00	21,00	25,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			4,00	4,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)			1,00	3,00
Hématologie clinique	1,00	1,00		
HGE			4,00	4,00
Infectiologie			1,00	1,00
Médecine en soutien à la PDSSES			2,00	2,00
Néphrologie		1,00	1,00	3,00
Neurologie	3,00	3,00		
Pédiatrie	2,00	2,00	5,00	5,00
Pneumologie			1,00	1,00
Réanimation adulte	8,00	8,00	1,00	1,00
Réanimation néonatale (Néonatalogie avec SI)			1,00	1,00
Réanimation pédiatrique	1,00	1,00		
USIC	5,00	5,00		
Psychiatrie		1,00	2,00	5,00
Psychiatrie en SU		1,00	2,00	5,00
Total général	28,00	31,00	76,60	81,60

Tableau 3 - Besoins en implantations pour la zone du Cantal

	Gardes sénior		Astreintes	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie		1,00	9,60	8,60
Anesthésie		1,00	2,00	1,00
Chirurgie digestive et viscérale			2,00	2,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			1,00	1,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			1,60	1,60
Chirurgie urologique			1,00	1,00
Chirurgie vasculaire			1,00	1,00
Imagerie			2,00	2,00
Imagerie			2,00	2,00
Maternité			2,00	2,00
Gynécologie obstétrique			2,00	2,00
Médecine	2,00	3,00	6,00	7,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			1,00	1,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)				1,00
HGE			1,00	1,00
Médecine en soutien à la PDSSES			2,00	2,00
Néphrologie		1,00		
Pédiatrie			2,00	2,00
Réanimation adulte	1,00	1,00		
USIC	1,00	1,00		
Psychiatrie			1,00	1,50
Psychiatrie en SU			1,00	1,50
Total général	2,00	4,00	20,60	21,10

Tableau 4 - Besoins en implantations pour la zone Drôme-Ardèche

	Gardes sénior		Astreintes	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	1,00	4,00	26,20	24,20
Anesthésie	1,00	4,00	6,00	4,00
Anesthésie pédiatrique			1,00	1,00
Chirurgie digestive et viscérale			6,00	6,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			2,00	2,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			5,20	5,20
Chirurgie pédiatrique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			2,00	2,00
Chirurgie vasculaire			1,00	1,00
SOS Main			1,00	1,00
Imagerie	1,00	2,00	6,00	6,00
Imagerie	1,00	2,00	5,00	5,00
NRI			1,00	1,00
Maternité	3,00	3,00	4,00	4,00
Anesthésie de maternité	1,00	1,00		
Gynécologie obstétrique	2,00	2,00	4,00	4,00
Médecine	9,00	9,00	10,00	14,00
Cardiologie				1,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			1,00	1,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)				1,00
HGE			3,00	2,00
Médecine en soutien à la PDSES			1,00	3,00
Néphrologie				1,00
Neurologie	2,00	2,00		
Pédiatrie	2,00	2,00	5,00	5,00
Réanimation adulte	2,00	2,00		
USIC	3,00	3,00		
Psychiatrie				5,50
Psychiatrie en SU				5,50
Total général	14,00	18,00	46,20	53,70

Tableau 5 - Besoins en implantations pour la zone de la Haute-Loire

	Gardes sénior		Astreintes	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie		1,00	7,00	6,00
Anesthésie		1,00	1,00	
Chirurgie digestive et viscérale			1,00	1,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			1,00	1,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			1,00	1,00
Chirurgie vasculaire			1,00	1,00
Imagerie			1,50	1,50
Imagerie			1,50	1,50
Maternité			1,00	1,00
Gynécologie obstétrique			1,00	1,00
Médecine	2,00	3,00	3,00	4,00
HGE			1,00	1,00
Médecine en soutien à la PDES			1,00	1,00
Néphrologie				1,00
Neurologie		1,00		
Pédiatrie			1,00	1,00
Réanimation adulte	1,00	1,00		
USIC	1,00	1,00		
Psychiatrie				1,50
Psychiatrie en SU				1,50
Total général	2,00	4,00	12,50	14,00

Tableau 6 - Besoins en implantations pour la zone de la Haute-Savoie

	Gardes sénior		Astreintes	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	1,00	4,00	28,80	27,80
Anesthésie		3,00	7,00	4,00
Anesthésie de chirurgie cardiaque				1,00
Chirurgie cardiaque			1,00	1,00
Chirurgie digestive	1,00	1,00	6,00	6,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	2,00
Chirurgie ORL			2,00	2,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			5,80	5,80
Chirurgie urologique			2,00	2,00
Chirurgie vasculaire			2,00	2,00
Neurochirurgie			1,00	1,00
SOS Main			1,00	1,00
Imagerie	1,00	1,00	7,00	7,00
Imagerie	1,00	1,00	5,00	5,00
NRI			1,00	1,00
RI			1,00	1,00
Maternité	5,00	5,00	4,00	4,00
Anesthésie de maternité	2,00	2,00		
Gynécologie obstétrique	3,00	3,00	4,00	4,00
Médecine	10,00	10,00	9,00	13,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			1,00	1,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)				1,00
Hématologie clinique	1,00	1,00		
HGE			2,00	2,00
Néphrologie				3,00
Neurologie	2,00	2,00		
Pédiatrie	1,00	1,00	6,00	6,00
Réanimation adulte	4,00	4,00		
USIC	2,00	2,00		
Psychiatrie			2,00	5,50
Psychiatrie en SU			2,00	5,50
Total général	17,00	20,00	50,80	57,30

Tableau 7 - Besoins en implantations pour la zone de l'Isère

	Gardes sénior		Astreintes	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	3,00	5,00	28,70	28,40
Anesthésie	1,00	3,00	6,50	3,60
Anesthésie de chirurgie cardiaque				1,00
Anesthésie pédiatrique			1,00	1,00
Chirurgie cardiaque			1,00	1,00
Chirurgie digestive	1,00	1,00	5,00	5,00
Chirurgie maxillo-faciale			1,00	1,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			1,00	1,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1,00	1,00	2,20	2,80
Chirurgie pédiatrique (ortho)			1,00	1,00
Chirurgie pédiatrique (viscéral)			1,00	1,00
Chirurgie thoracique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			3,00	3,00
Chirurgie vasculaire			2,00	3,00
Neurochirurgie			1,00	1,00
SOS Main			1,00	1,00
Imagerie	1,00	1,00	6,00	6,50
Imagerie	1,00	1,00	4,00	4,50
NRI			1,00	1,00
RI			1,00	1,00
Maternité	5,00	5,00	2,00	3,00
Anesthésie de maternité	2,00	2,00		
Gynécologie obstétrique	3,00	3,00	2,00	3,00
Médecine	14,00	16,00	19,00	20,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			3,00	3,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)			1,00	2,00
Hématologie clinique	1,00	1,00		1,00
HGE			2,00	2,00
Infectiologie			1,00	1,00
Néphrologie		1,00	1,00	
Neurologie	1,00	1,00		
Pédiatrie	1,00	1,00	6,00	6,00
Pneumologie			1,00	1,00
Réanimation adulte	5,00	6,00	3,00	3,00
Réanimation néonatale	1,00	1,00	1,00	1,00
Réanimation pédiatrique	1,00	1,00		
USIC	4,00	4,00		
Psychiatrie		1,00	1,00	1,50
Psychiatrie en SU		1,00	1,00	1,50
Total général	23,00	28,00	56,70	59,40

Tableau 8 - Besoins en implantations pour la zone de la Loire

	Gardes sénior		Astreintes	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	4,00	6,00	38,40	38,40
Anesthésie	2,00	4,00	10,00	8,00
Anesthésie de chirurgie cardiaque				1,00
Anesthésie pédiatrique			1,00	1,00
Chirurgie cardiaque			1,00	1,00
Chirurgie digestive et viscérale	1,00	1,00	9,00	9,00
Chirurgie maxillo-faciale			1,00	1,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			2,00	2,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1,00	1,00	6,40	6,40
Chirurgie pédiatrique (ortho)			1,00	1,00
Chirurgie pédiatrique (viscéral)			1,00	1,00
Chirurgie thoracique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			2,00	2,00
Chirurgie vasculaire			1,00	1,00
Neurochirurgie			1,00	2,00
Imagerie	1,00	1,00	9,00	10,00
Imagerie	1,00	1,00	7,00	8,00
NRI			1,00	1,00
RI			1,00	1,00
Maternité	4,00	4,00	5,00	5,00
Anesthésie de maternité	1,00	1,00		
Gynécologie obstétrique	3,00	3,00	5,00	5,00
Médecine	19,00	20,00	16,00	19,00
Cancérologie				
Cardiologie				
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			2,00	2,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)			2,00	3,00
Hématologie clinique	2,00	2,00		
HGE			3,00	3,00
Infectiologie			1,00	1,00
Médecine en soutien à la PDSES				1,00
Néphrologie		1,00		1,00
Néphrologie		1,00	1,00	1,00
Neurologie	2,00	2,00		
Pédiatrie	2,00	2,00	6,00	6,00
Pneumologie			1,00	1,00
Réanimation adulte	7,00	7,00		
Réanimation néonatale	1,00	1,00		
Réanimation pédiatrique	1,00	1,00		
USIC	4,00	3,00		
Psychiatrie		1,00	3,00	5,50
Psychiatrie en SU		1,00	3,00	5,50
Total général	28,00	32,00	71,40	77,90

Tableau 9 - Besoins en implantations pour la zone du Rhône

	Gardes sénior		Astreintes	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	9,00	15,00	82,48	79,22
Anesthésie	3,00	9,00	24,50	18,50
Anesthésie de chirurgie cardiaque			2,00	2,00
Anesthésie pédiatrique	1,00	1,00		1,00
Chirurgie cardiaque			4,00	6,00
Chirurgie digestive et viscérale	2,00	2,00	15,00	14,00
Chirurgie maxillo-faciale			1,00	1,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			3,00	3,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2,00	1,00	10,00	11,40
Chirurgie pédiatrique			1,00	1,00
Chirurgie pédiatrique (ortho)			1,00	1,00
Chirurgie pédiatrique (viscéral)	1,00	1,00	2,00	
Chirurgie thoracique			1,00	1,00
Chirurgie urologique			8,98	8,32
Chirurgie vasculaire			4,00	6,00
Neurochirurgie		1,00	2,00	
Neurochirurgie pédiatrique				1,00
SOS Main			2,00	2,00
Traitement des brûlés				1,00
Imagerie	3,00	1,00	16,50	20,50
Imagerie	3,00	1,00	12,50	16,50
NRI			1,00	1,00
RI			3,00	3,00
Maternité	16,00	16,00	12,50	14,50
Anesthésie de maternité	7,00	7,00	1,50	3,50
Gynécologie obstétrique	9,00	9,00	11,00	11,00
Médecine	46,00	44,50	38,00	45,00
Caisson hyperbare				1,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			7,00	7,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)			2,00	6,00
Hématologie clinique	3,00	2,00		1,00
HGE			5,00	5,00
Infectiologie			1,00	1,00
Néphrologie		3,50	1,00	3,00
Neurologie	3,00	3,00		
Pédiatrie	5,00	2,00	17,00	18,00
Pneumologie			1,00	1,00
Réanimation adulte	18,00	18,00	1,00	1,00
Réanimation néonatale	4,00	4,00	1,00	
Réanimation pédiatrique	3,00	3,00		
USIC	10,00	9,00	2,00	1,00
Psychiatrie	1,00	1,50		7,50
Psychiatrie en SU	1,00	1,50		7,50
Total général	75,00	78,00	149,48	166,72

Tableau 10 Besoins en implantations pour la zone de la Savoie

	Gardes sénior		Astreintes	
	Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Chirurgie	1,00	2,00	23,35	23,35
Anesthésie	1,00	2,00	6,75	5,75
Chirurgie digestive et viscérale			6,00	6,00
Chirurgie ophtalmologique			1,00	1,00
Chirurgie ORL			1,00	1,00
Chirurgie orthopédique et traumatologique			5,60	6,60
Chirurgie urologique			1,00	1,00
Chirurgie vasculaire			1,00	1,00
SOS Main			1,00	1,00
Imagerie	1,00	1,00	6,75	6,75
Imagerie	1,00	1,00	5,75	5,75
RI			1,00	1,00
Maternité	2,00	2,00	5,00	5,00
Anesthésie de maternité	1,00	1,00		
Gynécologie obstétrique	1,00	1,00	5,00	5,00
Médecine	8,00	8,00	7,00	9,00
Cardiologie interventionnelle (coronarographie)			1,00	1,00
Cardiologie interventionnelle (rythmologie)				1,00
Hématologie clinique	1,00	1,00		
HGE			1,00	1,00
Infectiologie				
Médecine en soutien à la PDSSES			2,00	2,00
Néphrologie				1,00
Neurologie	1,00	1,00		
Pédiatrie	2,00	2,00	3,00	3,00
Réanimation adulte	2,00	2,00		
Réanimation néonatale	1,00	1,00		
USIC	1,00	1,00		
Psychiatrie				4,50
Psychiatrie en SU				4,50
Total général	12,00	13,00	42,10	48,60

Tableau 11 - Ligne de PDSES affectées aux établissements de santé privés mettant en œuvre un service d'accueil des urgences

Zone d'activité	Gardes
« Ain »	2
« Allier/Puy-de-Dôme »	1
« Drôme/Ardèche »	1
« Haute-Savoie »	2
« Isère »	1
« Loire »	3
« Rhône »	6
« Savoie »	1

4.3 GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS À CERTAINES PATHOLOGIES

4.3.1 Maladies rares

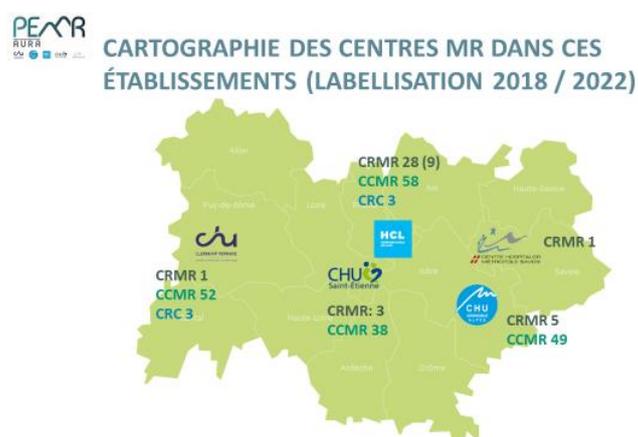
Une maladie rare (MR) touche un nombre limité de personnes, ce qui rend nécessaire une organisation adaptée de la prise en charge. En France, elles représentent un enjeu majeur de santé publique car les 7 000 maladies rares identifiées à ce jour atteignent plus de 3 millions de personnes soit 4,5 % de 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 entraînent 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 multi-sites (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.

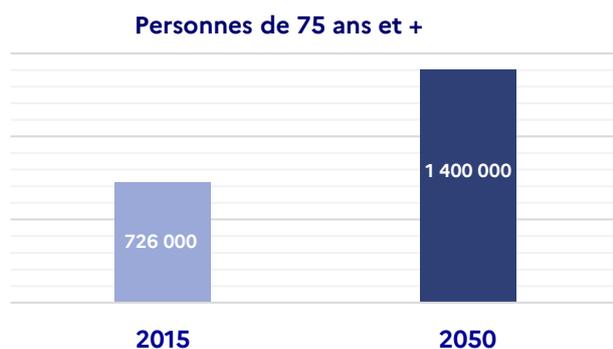
L'ensemble de la démarche, tant régionale que territoriale, est mené avec l'appui de la cellule d'animation régionale de soins palliatifs dont la mise en place est en cours en région. Elle fait aussi l'objet d'une analyse des données transmises à l'échelon national.

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



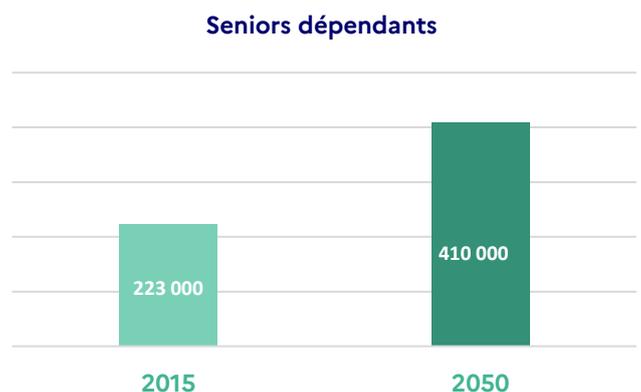
Répondre aux enjeux du vieillissement et mieux prendre en compte la dépendance et les besoins en soins

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 aînés 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 gériatrique, 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.

4.4.1 Promouvoir et renforcer la prévention à domicile comme en établissement

La prévention de la santé des séniors vise 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'événements 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.

4.4.2 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 extra-hospitalières 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 1^{er} 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 au 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, immuno-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 géronto-logiques 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 la 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 recombinaison 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.

4.4.3 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 chargés 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 1^{er} 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 âgées 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 règle-

mentaire, 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).

4.4.4 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 1^{er} janvier 2022 (Tableau de bord de l'offre pour le champ personnes âgées – site internet),

- le taux d'équipement en SSIAD au 1^{er} 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

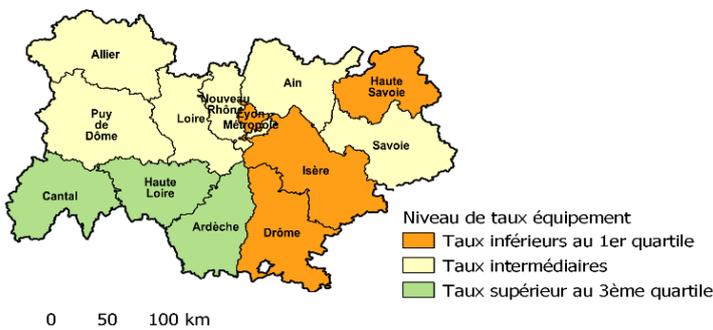
Pour ces départements, l'évolution de l'offre doit uniquement se faire par recomposition infra départementale pour répondre aux besoins géographiques ou de modalités de prises en charge spécifiques (Accueil de jour – AJ, Hébergement temporaire (HT), Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA) sous 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

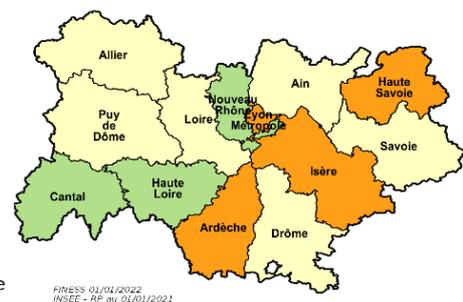
Pour ces départements, la recomposition de l'offre doit uniquement se faire par recomposition infra départementale pour ajuster l'offre aux nouveaux besoins qu'ils soient géographiques ou liés au développement nécessaire de dispositifs d'accompagnement spécifiques.

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.

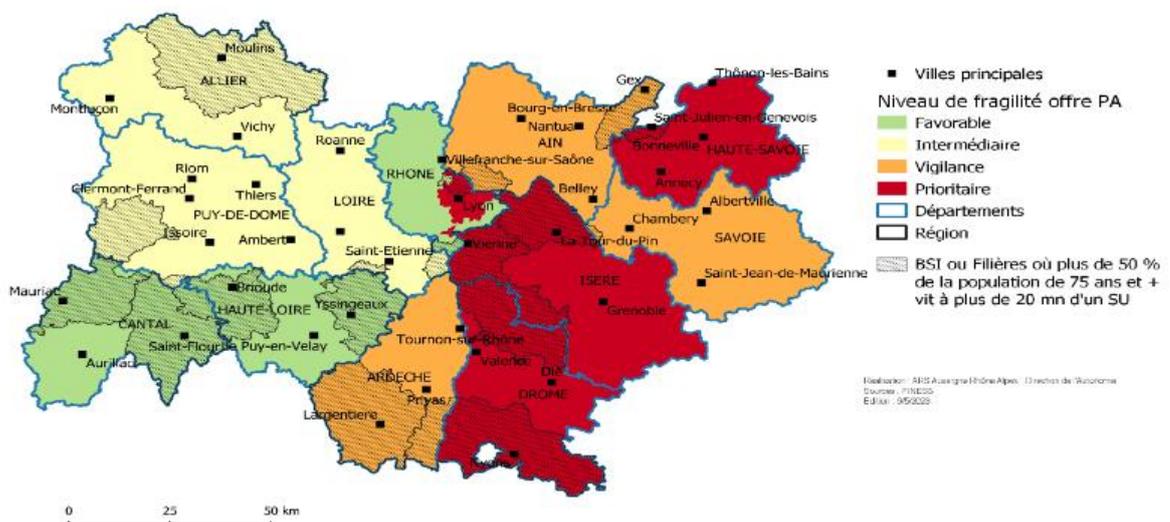
Niveau du taux équipement en EHPAD



Niveau du taux équipement en SSIAD



Offre pour personnes âgées en Auvergne Rhône-Alpes
 Priorisation des territoires - SRS 2023-2028



4.5 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 apparaît 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 apparaît 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 1^{er} 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€

4.5.1 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.).

4.5.2 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 1^{er} 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'efficacité 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 médicosocial 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 1^{er} 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.



4.5.3 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 établissements 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'efficacité 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 insufflé 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 neuro-développement. 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 1^{er} 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 mortalité, 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 neuro-développement (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 neuro-

développement) 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.

4.5.4 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 aménagement 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 aménagement 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'aménagement Creton](#), en 2022 et ce, dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée.

Le nombre de jeunes relevant de l'aménagement 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 entraîne 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 (vieillesse) 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 neuro-développement (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 Élémentaire 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 médico-éducatif (IME à 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'accompagne- ment 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
Déficiência auditive grave	1,4
Déficiência motrice	1,3
Déficiência 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
Déficiência 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 Viatrajec-toire 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 [Viatrajec-toire](#) / 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 accompagnés 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 développement 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 recombinaison, 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.

4.5.5 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.

4.5.6 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 infra-régional, 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 démographique 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 1^{er} janvier 2022 (catégorie ESMS retenue : IME / IEM / EEAP; ITEP (dont DITEP) ; ESMS pour déficients sensoriels; SES-SAD)
 - En ESMS adulte au 1^{er} 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)

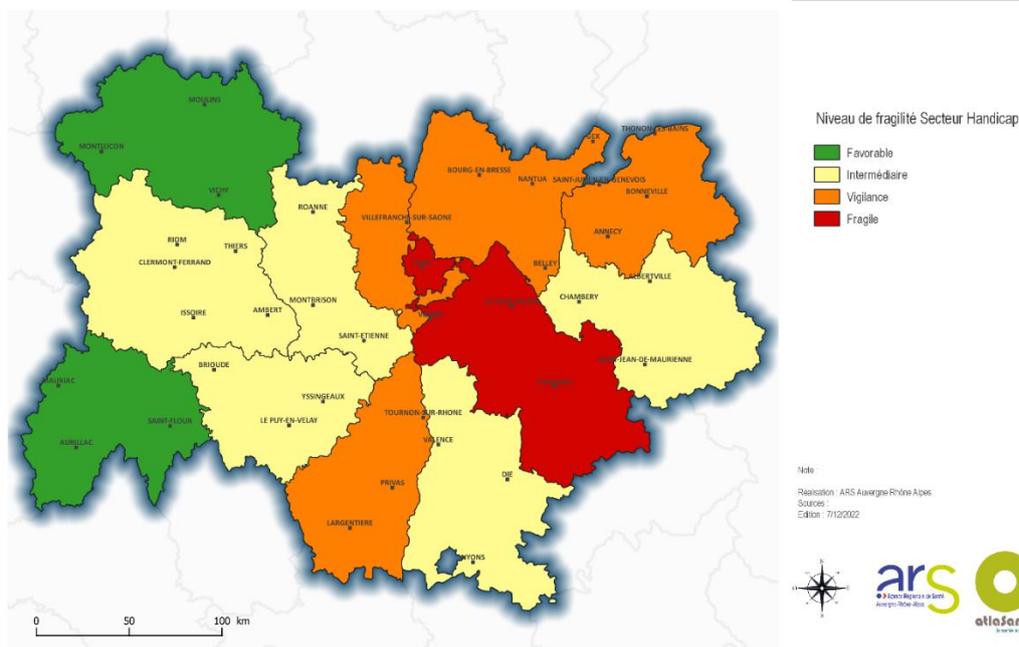
Groupe 3 - Départements « intermédiaires » : Puy-de-Dôme, Loire, Savoie, Haute-Loire, Drôme

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.

4.6 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 données, le CREAL 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 perspectives 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'efficacité 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'éventail 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'efficacité 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 reconnaître 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 reconnaître 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'Éducation 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'efficacité 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, dysorthographe, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie
EAM	Etablissement d'accueil médicalisé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Evènement 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
<u>ESRP</u>	Etablissement et service de réadaptation professionnelle
ESS	Equipe de suivi de scolarisation
ESSI	Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité
<u>ETP</u>	Education thérapeutique du patient
ETP	Equivalent temps plein
<u>FAM</u>	Foyer d'accueil médicalisé
<u>FIR</u>	Fond d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
<u>GCS SARA</u>	Groupement de coopération sanitaire système d'information santé en Auvergne-Rhône-Alpes
<u>GEM</u>	Groupement d'entraide mutuelle
<u>GHT</u>	Groupement hospitalier de territoire
GPEC	Gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences
<u>GRADeS</u>	Groupement régional d'appui au développement de la e-Santé
<u>HAD</u>	Hospitalisation à domicile
<u>HAS</u>	Haute autorité de santé
<u>HCL</u>	Hospices civils de Lyon
HLM	Hors les murs
HP	Hébergement permanent
<u>HPST</u>	Hôpital, patients, santé et territoire (loi de 2009)
HPV	Papillomavirus humain
HT	Hébergement temporaire
HTSH	Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
<u>IAE</u>	Insertion par l'activité économique
<u>ICAPS</u>	Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité
IDE	Infirmier diplômé d'état
IEM	Institut d'éducation motrice
<u>IFAS</u>	Instituts de formation d'aide-soignants
IFSI	Instituts de formation en soins infirmiers
IFTS	Instituts de formation des travailleurs sociaux
<u>IGAS</u>	Inspection générale des affaires sociales
<u>IHAB</u>	Initiative hôpital ami des bébés
IMC	Indice de masse corporelle
IME	Institut médico-éducatif
<u>INS</u>	Identité nationale de santé
<u>INSEE</u>	Institut national de la statistique et des études Economiques
IST	Infections sexuellement transmissibles
<u>IPA</u>	Infirmier en pratique avancée
<u>IREPS</u>	Instance régionale d'éducation et de promotion santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISEMA	Internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LHSS	Lits halte soins santé
<u>MAIA</u>	Maison pour l'Apprentissage et l'Intégration des enfants porteurs d'Autisme
<u>MAS</u>	Maison d'accueil spécialisée
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
<u>MCS</u>	Médecin correspondant du SAMU
<u>MDA</u>	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
<u>MILDECA</u>	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
<u>MMG</u>	Maisons médicales de garde
MND	Maladies neuro-dégénératives
<u>MSP</u>	Maison de santé pluriprofessionnelle

<u>MSS</u>	Messageries de santé sécurisées
<u>MSS</u>	Maisons sports santé
NRC	Nucléaire-radiologique-chimique
NRI	Neuroradiologie Interventionnelle
<u>Odenore</u>	Observatoire des non-recours aux droits et services
<u>OMS</u>	Organisation mondiale de la santé
<u>ONAPS</u>	Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité
<u>ONDAM</u>	Objectif national de dépense d'Assurance maladie
<u>ONP</u>	Objectif national de professionnels à former
<u>ONPES</u>	Obsevatoire nationale de la précarité et de l'exclusion sociale
OPCO	Opérateur de compétences
<u>ORS</u>	Observatoire régional de la santé
<u>ORSAN</u>	Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle
<u>ORSEC</u>	Organisation de la réponse de sécurité civile
<u>PACAP</u>	Petite enfance alimentation corpulence et activité physique
<u>PADHUE</u>	Praticiens à diplôme hors Union européenne
PAG	Plan d'accompagnement global
PAI	Plan d'aide à l'investissement
<u>PAPS</u>	Portail d'accompagnement des professionnels de santé
<u>PASA</u>	Pôle d'activités et de soins adaptés
<u>PASS</u>	Permanence d'accès aux soins de santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
<u>PCO</u>	Plateforme de coordination et d'orientation
<u>PCPE</u>	Pôles de compétences et de prestations externalisées
PDM	Plans départementaux de mobilisation
<u>PDSA</u>	Permanence des soins ambulatoires
<u>PDSES</u>	Permanence des soins en établissement de santé
<u>PFR</u>	Plateforme de répit
PH/PSG	Personne handicapée / Personne en situation de handicap
PMI	Protection mternelle et infantile (service du Département)
<u>PMP</u>	Projet médical partagé
<u>PNNS</u>	Plan national nutrition santé
<u>PPAC</u>	Programme personnalisé après cancer
<u>PPS</u>	Projet/Programme personnalisé de soins
PPS	Plan personnalisé de santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (des plus démunis)
<u>PRS</u>	Projet régional de santé
<u>PRIAC</u>	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
<u>PRSE</u>	Plan régional santé environnement
<u>PTSM</u>	Projet territorial de santé mentale
PUI	Pharmacie à usage intérieur
<u>QPV</u>	Quartiers prioritaire de la politique de la ville
QVT	Qualité de vie au travail
<u>RAPT</u>	Réponse accompagnée pour tous
RBPP	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
<u>RHEOP</u>	Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal
<u>RÉPPOP</u>	Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique
<u>RREVA</u>	Réseau régional de vigilances et d'appui
<u>RSA</u>	Revenu de solidarité active
<u>SAAD</u>	Service d'aide à domicile
<u>SAD</u>	Service autonomie à domicile
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
<u>SAMSAH</u>	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
<u>SAS</u>	Service d'accès aux soins
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
<u>SMAEC</u>	Service mobile d'accompagnement d'évaluation et de coordination
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux

SMR	Soins médicaux et de réadaptation
<u>SOS</u>	Soins oncologiques de support
<u>SPASAD</u>	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SRS	Schéma régional de santé
<u>SSIAD</u>	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
<u>UCSD</u>	Un chez soi d'abord
<u>UEE</u>	Unités d'enseignement externalisées
UEEA	Unités d'enseignement élémentaire autisme
UEMA	Unités d'enseignement maternelle autisme
<u>UHR</u>	Unités d'hébergement renforcé
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
<u>URPS</u>	Union régionale des professionnels de santé
UMD	Unité de malades difficiles
<u>USLD</u>	Unité de soins de longue durée
USMP	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire
USPC	Unités de soins prolongés complexes
<u>UTEP</u>	Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient
UVP	Unité de vie protégée
VAE	Validation d'acquis d'expérience
ZSP	Zone de soins de proximité

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ | 2018-2028

Schéma régional de santé [Approche territoriale]

Auvergne-Rhône-Alpes

2023-2028



Document réalisé par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
Edité le 31 octobre 2023

Ce document fait partie intégrante du Schéma régional de santé. Les sujets abordés précédemment sont :

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE 1 - L'OFFRE MEDICO-SOCIALE ORGANISÉE PAR DÉPARTEMENT	4
1. DEPARTEMENT DE L'AIN	5
2. DEPARTEMENT DE L'ALLIER	
3. DEPARTEMENT DE L'ARDECHE	
4. DEPARTEMENT DU CANTAL	30
5. DEPARTEMENT DE LA DRÔME	39
6. DEPARTEMENT DE L'ISÈRE	48
7. DEPARTEMENT DE LA LOIRE	57
8. DEPARTEMENT DE LA HAUTE-LOIRE	67
9. DEPARTEMENT DU PUY-DE-DÔME	78
10. DEPARTEMENT DU RHÔNE	86
11. MÉTROPOLE DE LYON	96
12. DEPARTEMENT DE LA SAVOIE	107
13. DEPARTEMENT DE LA HAUTE-SAVOIE	116
PARTIE 2 – L'OFFRE SANITAIRE ORGANISÉE PAR ACTIVITE DE SOINS AUTORISÉES	124
DÉFINITION ET PÉRIMÈTRE	125
14. MÉDECINE	127
15. CHIRURGIE	128
16. OBSTETRIQUE-GYNECOLOGIE-NEONATOLOGIE-REANIMATION NEONATALE	130
17. PSYCHIATRIE	132
18. SOINS MEDICAUX ET READAPTATION	136
19. MEDECINE NUCLEAIRE	140
20. UNITÉ DE SOINS LONGUE DURÉE	142
21. GREFFE	142
22. GRANDS BRULES	147
23. CHIRURGIE CARDIAQUE	148
24. ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE	149
25. NEUROCHIRURGIE	152
26. ACTIVITES INTERVENTIONNELLES PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN NEURORADIOLOGIE	153
27. MEDECINE D'URGENCE	155
28. SOINS CRITIQUES	159
29. INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE	163
30. ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION – DIAGNOSTIC PRENATAL	166
31. CANCER	172
32. EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES	177
33. HOSPITALISATION A DOMICILE	178
34. ACTIVITE DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	179
35. ÉQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS (IRM ET SCANNERS)	181
36. CAISSON HYPERBARE	183
37. CYCLOTRON À UTILISATION MÉDICALE	183
GLOSSAIRE	185



PARTIE 1

L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE ORGANISÉE PAR DÉPARTEMENT

1 - AIN	
2 - ALLIER	12
3 - ARDÈCHE	21
4 - CANTAL	30
5 - DRÔME	39
6 - ISÈRE	48
7 - LOIRE	57
8 - HAUTE-LOIRE	67
9 - PUY-DE-DÔME	78
10 - RHÔNE	86
11 - MÉTROPOLE DE LYON	96
12 - SAVOIE	107
13 - HAUTE-SAVOIE	113

1. [01] - DÉPARTEMENT DE L'AIN

1.1 ÉTAT & PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES AGÉES - AIN

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité.

Ainsi, il leur appartient de participer activement aux initiatives permettant le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie afin de leur garantir une qualité de vie et une fluidité de leur parcours de santé. Il est également attendu qu'ils s'investissent dans des projets visant à faciliter l'inclusion de la personne accueillie en structure dans la vie de la société civile voire qu'ils en soient les porteurs.

Par ailleurs, il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers organisationnels que sont la coopération, la mutualisation, le regroupement entre établissements d'hébergement de personnes âgées mais aussi avec les établissements du secteur hospitalier ou encore du handicap afin de garantir le parcours de vie le plus adapté aux besoins individuels des personnes vieillissantes.

Parallèlement, il est attendu qu'ils s'engagent résolument dans l'usage des services qu'offre la e-santé, afin de fluidifier le partage d'informations autour de la personne. Mais également, d'organiser la base d'une coordination efficiente des acteurs de la prise en charge, son accès aux soins et aux prises en charge innovantes offertes dans le territoire de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion, etc.) entre établissements pour personnes âgées et/ou personnes en situation de handicap (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées) en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Enfin, il est souhaité que les établissements et services s'impliquent dans toutes les actions et tous les programmes qui permettent par une approche préventive de préserver la personne d'une entrée précoce dans la perte d'autonomie ou de retarder l'aggravation de cette dernière. Dans le département

de l'Ain, la mise en œuvre du dispositif d'appui à la coordination ([DAC](#)) depuis le 1^{er} juillet 2022 et le déploiement progressif des communautés professionnelles de territoire pourront soutenir les établissements du secteur de la personne âgée dans tout ou partie de la mise en œuvre des axes décrits précédemment.

1.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA / Équipes spécialisées Alzheimer – ESA

Durant le précédent SRS, deux PASA ont été installés (EHPAD de Nantua et EHPAD des Hélébores) ce qui porte à 20 le nombre de PASA dans l'Ain.

Au titre de ce nouveau SRS, il s'agira de conforter le fonctionnement des établissements qui envisagent la création de PASA. Une mutualisation des places PASA est envisagée entre deux EHPAD sur le plateau d'Hauteville et certains projets immobiliers ont intégré ou vont identifier des espaces pour développer cette activité.

S'agissant des équipes spécialisées Alzheimer, la période précitée n'enregistre pas de développement d'ESA. Il s'agira de poursuivre le maillage territorial en équipes spécialisées Alzheimer avec une priorité sur le territoire de la commune du Plateau d'Hauteville.

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de maladies neurodégénératives, il est envisagé de travailler sur différents points pour améliorer le dispositif en place. En fonction des enveloppes qui seront notifiées, il s'agira de :

- poursuivre le développement des compétences des personnels dans les établissements et services y compris de maintien à domicile en s'appuyant sur l'équipe mobile de psychogériatrie portée par le centre psychothérapeutique de l'Ain.
- soutenir par redéploiement la création d'une unité dédiée à l'accompagnement de personnes âgées souffrant de la maladie de Parkinson : un projet est en cours sur le département.

Unité d'hébergement renforcé – UHR

L'Ain dispose d'une Unité d'hébergement renforcée (UHR) située à Bourg-en-Bresse. Cette unité fera l'objet d'une évaluation à l'instar des autres UHR de la région.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

La période du précédent SRS enregistre l'installation de 2 places d'Hébergement temporaire (HT) sur l'EHPAD d'Hauteville par redéploiement, en plus de plusieurs hébergements temporaires déployés par transformation d'hébergement sur l'ensemble du territoire (8 en tout).

Il est constaté le manque d'une offre d'accueil de jour qui n'a pas pu être effective par manque de porteur.

Au titre de ce nouveau schéma, il s'agira de poursuivre le redéploiement de l'installation de places d'hébergement temporaire afin de répondre en proximité aux besoins urgents, aux demandes de répit et à l'accueil en préadmission. Par ailleurs, le territoire compte deux plateformes de répit (PFR).

1.1.2 Soutenir à domicile

La période du précédent SRS enregistre l'extension de deux places au [SSIAD](#) de Valserhône par redéploiement.

Soutien psychologue en Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD

Dans le cadre d'un appel à candidatures lancé en 2023, il est prévu l'attribution de crédits pour créer deux mi-temps de postes de psychologues en [SSIAD](#) dans le territoire.

Centre de ressources territorial – CRT

Un centre de ressources territorial a été récemment attribué pour une structure de l'Ain installée dans le centre du département. Il vise à d'offrir un accompagnement renforcé aux personnes âgées souhaitant rester à domicile.

Réforme tarifaire des Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD et Services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD ; Mise en œuvre des services autonomie à domicile – SAD

Actuellement 20 [SSIAD](#) et 1 [SPASAD](#) sont autorisés sur l'Ain pour 854 places. Ce SRS nécessitera d'accompagner le secteur dans les réformes de la tarification

des [SSIAD](#) et des services autonomie à domicile ([SAD](#)) à compter de 2023, notamment avec la meilleure prise en compte des besoins en soins et le niveau de dépendance des personnes dans la tarification.

Pour la mise en œuvre de la réforme des SAD, une étape préalable de clarification des territoires des [SSIAD](#) (en lien avec le Département de l'Ain) est indispensable.

Des places de [SSIAD](#) devraient pouvoir être créées. En fonction de la structuration des acteurs du territoire dans le cadre de cette réforme, il s'agira ensuite d'évaluer les capacités cibles à déployer sur le volet soins pour les services autonomie qui souhaiteront intégrer les deux services, aides et soins à domicile.

1.1.3 Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques dans les territoires

Recomposition de l'offre pour les personnes âgées

Lors de la période 2018-2022, les évolutions de l'offre ont été les suivantes :

- agrandissement de 11 lits EHPAD par redéploiement à Saint Maurice de Beynost,
- ouverture par redéploiement de 48 lits d'EHPAD à Hauteville,
- extension de 11 lits PHV sur l'EHPAD de Valserhône.

La recomposition de l'offre en hébergement permanent devra répondre à 4 enjeux :

- le développement démographique de certains territoires du département de l'Ain (plaine de l'Ain, côtière lyonnaise, aire urbaine de la CA3B),
- l'accueil de personnes handicapées vieillissantes en nombre croissant,
- l'accueil de publics en situation de précarité,
- les situations d'isolement de structures souvent de petites tailles.

Pour ce faire, il s'agira dans le cadre d'un dialogue organisé entre les différentes parties prenantes de :

- mettre en œuvre des stratégies de transfert de capacités d'hébergement permanent sur des territoires infra-départementaux prioritaires,
- soutenir, des projets visant à développer une offre en direction des personnes handicapées vieillissantes ou des personnes en situation de grande précarité.

Prévention

La mise en place d'actions de prévention en EHPAD sera soutenue notamment via des appels à projets visant à développer la prévention auprès de ce public, ou à impulser de nouveaux modèles de prise en charge ou d'accueil.

1.1.4 Promouvoir les parcours coordonnés

Il s'agit de favoriser l'utilisation par les établissements médico-sociaux de l'ensemble des outils et services développés dans le cadre de la e-santé. Les établissements sont incités à s'inscrire de façon opérationnelle et en proximité dans la gouvernance des territoires de parcours et de coopération des communautés professionnelles de territoire en fort développement dans le département de l'Ain.

Equipes mobiles gériatriques

Le suivi du fonctionnement et de l'activité des équipes mobiles gériatriques extra hospitalières constitue un

important levier d'amélioration de la couverture en soins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Hospitalisation à domicile – HAD

Afin de favoriser la fluidification du parcours de la personne âgée, le recours au dispositif de l'[HAD](#) sera encouragé pour des interventions à domicile ou en établissement. Il s'agit notamment dans le cadre de la feuille de route nationale 2021/2026 de renforcer son attractivité et l'organisation territoriale.

Dispositif d'appui à la coordination – DAC

La mise en place récente du Dispositif d'appui à la coordination ([DAC](#)) doit s'accompagner d'une mobilisation des acteurs du territoire départemental afin d'identifier et de faire connaître ses missions et ainsi améliorer la fluidification du parcours des cas complexes.

Coopération avec la psychiatrie

Les établissements sont incités à renforcer les coopérations avec le secteur psychiatrique pour améliorer la prise en charge de leurs résidents présentant des troubles psychiatriques (intervention du secteur psychiatrique, gestion de crises).

1.2 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP - AIN

1.2.1 Prévention, repérage, et dépistages précoces

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP Plateforme de coordination et d'orientation – PCO

Malgré les engagements d'acteurs du territoire, ce volet reste à consolider.

Le territoire Bugey Sud reste dépourvu de Centre d'accueil médico-Social précoce même si par le développement d'un établissement secondaire, un opérateur apporte partiellement des réponses aux besoins constatés.

Dédiée aux enfants susceptibles de présenter ou présentant des troubles du neurodéveloppement, une Plateforme de coordination et d'orientation ([PCO](#)) a été déployée dans l'Ain à destination des enfants de 0-6 ans. Son activité est en cours d'extension pour les enfants âgés de 7-12ans.

Plus spécifiquement concernant le diagnostic des Troubles du spectre de l'autisme (TSA), le dispositif de consultation de diagnostic spécialisé pour jeunes enfants (moins de 4 ans) existe dans le département au sein du centre hospitalier de Fleyriat. Celui-ci fonctionne en partenariat avec le Centre de ressources autisme régional (CRA). Un travail est engagé afin de mobiliser tous les professionnels (médecins traitants, pédiatres, médecins de service de la protection maternelle et infantile (PMI), médecins de crèche...) dans le parcours de diagnostic avant la sollicitation de la consultation jeunes enfants.

PERSPECTIVES

L'intérêt de rendre visible une possibilité d'accompagnement par un [CMPP](#) reste d'actualité sur le département

Il conviendra d'achever la couverture territoriale en [CAMSP](#) par la création, dès lors que des crédits nouveaux le permettront, d'une telle réponse dans le territoire de Bugey Sud.

1.2.2 Offres pour les enfants en situation de handicap

Les acteurs intervenant auprès des enfants vivant avec un handicap se sont largement engagés dans la dynamique de la transformation des pratiques d'accompagnement mettant en avant des fonctionnements en dispositifs et l'ouverture vers l'inclusion notamment dans le champ éducatif.

Scolarisation

Externalisation des unités d'enseignement

Dans le champ des unités d'enseignement externalisées, les objectifs définis dans le précédent schéma ne sont que partiellement atteints malgré les efforts déployés tant côté Education nationale que structures médico-sociales. Le tableau ci-après reprend l'existant à ce jour.

Nb étab. engagés	Nb unités ouvertes	Nb enfants accueillis en UE	Nb enfants accueillis en UEE
16 étab. publics	12 UE et 15 UEE = 466 élèves	354	112
7 étab. privés	7 UE et 8 UEE = 292 élèves	216	76
23 au total	19 UE et 23 UEE = 758 élèves	570	188

PERSPECTIVES

Les efforts sont à poursuivre car le pourcentage de 80 % d'unités externalisées n'a pas été atteint, celui du nombre d'élèves qui bénéficient d'une modalité externalisée n'est pas non plus à la hauteur de la cible attendue de 80 % d'enfants scolarisés.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

L'objectif, particulièrement ambitieux, de réajustement de l'offre en SESSAD tant en nombre de places qu'en réorientation vers des publics spécifiques tel qu'affiché dans le précédent schéma n'est que partiellement atteint.

PERSPECTIVES

Malgré les avancées réalisées pendant la durée du SRS 2018-2023, l'objectif d'une meilleure adéquation des réponses aux besoins notamment des enfants présen-

tant des troubles du spectre de l'autisme ou des troubles du déficit intellectuel sévères reste à poursuivre essentiellement par redéploiement.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP et fonctionnement en dispositif intégré

L'attente d'un rééquilibrage entre places d'internat et autres modalités d'accompagnement n'est pas satisfaite. Seulement 24 % des places existantes (134 places sur un total de 550) au lieu de 36 % sont des places de semi-internat versus un objectif de 36 % et 18 % (97 places) correspondent à une offre de services en milieu ordinaire versus un objectif de 42 %.

PERSPECTIVES

Le fonctionnement en dispositif reste la priorité pour réussir le rééquilibrage susmentionné, même s'il convient de prendre en compte les difficultés de mise en œuvre induites par la géographie du territoire et la problématique des transports.

Instituts médico-éducatifs – IME et fonctionnement en dispositif intégré

L'objectif de création d'un IME dans le pays de Gex a connu un début de mise en œuvre par le redéploiement d'une offre existante. Pour autant un travail de réajustement de cette réponse a dû être engagé afin de prendre davantage en compte les spécificités du secteur.

PERSPECTIVES

Le manque de places en IME est identifié. Le rééquilibrage de l'offre d'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) vers les Institut médico-éducatif (IME) s'inscrira de fait dans le temps. La prise en compte de territoires infra départementaux en forte expansion démographique sera également un critère important dans la démarche.

Pôles de compétences et de prestations externalisées – PCPE

Tout le maillage attendu dans le département est réalisé.

Unité d'enseignement maternel autiste – UEMA Unité d'enseignement élémentaire autiste – UEEA

Dans le département de l'Ain, fonctionnent à ce jour :

- 3 UEMA situées respectivement à Prevessin Moens, Oyonnax et Bourg-en-Bresse ;
- 2 UEEA l'une à Tenay et l'autre à Valserhône ;
- 1 UEE Collège ; 3 ULIS école TSA ;
- 2 ULIS collège TSA ;
- 1 ULIS lycée TSA.

Par ailleurs, l'Education nationale a mis en place, au sein du service départemental de l'école inclusive, un enseignant ressource TSA qui rayonne sur tout le département.

PERSPECTIVES

La poursuite de la création d'Unités d'enseignement maternelles et élémentaires autisme (UEMA et UEEA) reste d'actualité au regard des attentes des familles. Cependant la création dans les écoles existantes et en proximité des familles se heurte aux difficultés de disponibilités de locaux.

Dispositif spécifique d'accompagnement des enfants handicapés placés sous la protection des services de l'aide sociale à l'enfance

Dans le cadre de la convention État-ARS-Département en faveur de la prévention et de la protection de l'enfance, l'ARS cofinance de manière pérenne le dispositif OASIS mis en place en faveur des enfants vivant avec un handicap et placés sous la protection des services de l'aide sociale à l'enfance. Le dispositif comporte une équipe mobile médico-sociale venant en appui des lieux d'accueil de ces enfants lors de situations complexes ainsi que 6 places d'internat en foyer d'hébergement.

1.2.3 Offres pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Les opérateurs du secteur de l'enfance notamment les IME, les ITEP, les SESSAD ont un rôle essentiel à jouer dans la construction du projet professionnel des jeunes. Des modalités d'organisation expérimentales sont à rechercher afin de créer des passerelles vers l'insertion professionnelle.

Emploi accompagné

La plateforme emploi accompagné de l'Ain, mise en place en lien avec la DDETS, est opérationnelle. L'évolution de l'accompagnement proposé par les ESAT grâce à la création de places ESAT de transition n'a, quant à elle, pas été achevée. La création d'une offre de CRP et d'équipe mobile devrait intervenir prochainement.

PERSPECTIVES

Le dispositif est en place mais il doit monter en charge et trouver sa dynamique en lien avec les autres acteurs du département.

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

L'objectif de création de places d'ESAT de transition reste d'actualité dans le département.

Soutien à l'autonomie des adultes

L'ARS a lancé un premier appel à projet en matière de création d'habitat inclusif, à l'issue duquel 3 dossiers portés dans l'Ain ont été retenus. La compétence est désormais transférée au Département via la conférence des financeurs que co-préside l'ARS.

Par ailleurs, le SAMSAH de réhabilitation sociale pleinement ouvert depuis janvier 2023 et à couverture départementale, participera largement à l'objectif d'inclusion dans le milieu ordinaire, y compris sous l'angle accès au logement.

7 GEM, dont 3 nouveaux sur la période du précédent SRS et 1 seul spécifique à l'autisme, sont désormais opérationnels sur le territoire (contre 4 en 2018). Ils sont localisés sur Bourg-en-Bresse (2), Montluel, Ferney Voltaire, Montrevel, Viriat et Ambérieu en Bugey.

Offres médicalisées avec hébergement

Maison d'accueil spécialisée – MAS

Etablissement d'accueil médicalisé – EAM

L'offre a progressé légèrement avec la création d'un pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) Polyhandicap et de 20 places d'accueil de jour.

Les demandes d'accès à une offre médicalisée non satisfaites restent une réalité malgré quelques réalisations récentes rendues possibles par la fongibilité de crédits du secteur sanitaire vers le secteur médico-social. De fait, la fluidité des parcours n'est pas garantie entre les structures de l'enfance et celles de l'âge adulte, générant un nombre non négligeable de recours à l'amendement [Creton](#).

PERSPECTIVES

La création de places notamment en [MAS](#) reste donc une priorité avec un double enjeu :

- doter des secteurs à fort développement démographique ;
- renforcer la réponse en direction de certains publics au premier rang desquels les personnes souffrant d'autisme.

Personnes handicapées vieillissantes - PHV

PERSPECTIVES

La coopération entre établissements du champ du handicap et EHPAD est à développer afin d'organiser au mieux la transition pour les personnes handicapées

vieillissantes. Cette coopération suppose à la fois d'accompagner les professionnels des structures accueillantes (formation, étayage) mais aussi d'organiser le parcours de vie des personnes handicapées vieillissantes leurs besoins n'étant pas de même nature que ceux des autres personnes âgées. Les modalités de cette coopération amèneront certainement à expérimenter des fonctionnements innovants et souples.

Offres spécifiques

Plusieurs offres nouvelles ont été autorisées, ouvertes ou sont consolidées :

- un SAMSAH de réhabilitation psychosociale de portée départementale ;
- un [FAM](#) épilepsie sévère « les Passerelles de la Dombes » ;
- une unité Prader Willy au sein du FAM Sous la Roche de Talissieu ;
- la pérennisation de la [MAS](#) Polyhandicap « Bellevue » à Oyonnax ;
- la création d'un EAM à Hauteville pour patients cérébraux lésés, patients souffrant du syndrome de Korsakoff et des patients atteints de handicap psychique ;
- la création de la MAS Paul Gaudron de 40 places incluant 15 places pour résidents présentant des TSA dont 5 pour situations complexes ;
- la reconstruction en cours de l'EHPAD sur le site de Valserhône au sein duquel 13 places seront consacrées à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes ;
- l'ouverture de 10 places d'accueil de jour médicalisées à destination de personnes présentant des TSA sur Montréal-la Cluse.

1.2.4 Aides à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants-répét

Pair-aidance et auto-détermination

Le dispositif de pair-aidance est porté, entre autres acteurs, par les GEM. 2 territoires n'ont pas encore d'offre en la matière. Il s'agit de Haut Bugey et Bugey Sud. Des initiatives pourraient être engagées en ce sens.

PERSPECTIVES

La prise en compte de l'autisme dans les GEM existants ou en devenir est à explorer après évaluation du seul GEM autisme actuellement opérationnel dans le département.

Aide aux aidants / Répét

La plateforme de répét des aidants a vu son offre de services évoluer avec la mise en place à la rentrée 2021 d'une offre de temps libéré pour les aidants. Et avec une ouverture progressive aux publics toutes déficiences et enfants et adultes. Ce volet reste un enjeu fort sur lequel les engagements seront à poursuivre en fonction de l'analyse des besoins et de moyens nouveaux disponibles.

PERSPECTIVES

Des actions innovantes pourraient, dans ce contexte, voir le jour.

1.2.5 Territoires de parcours et de coopération au service de la RAPT

Sur le champ de la coordination des parcours, le département de l'Ain est doté de plusieurs dispositifs dont les plus récents sont :

- le dispositif d'appui à la coordination des situations complexes ([DAC](#)) opérationnel depuis le 1^{er} juillet 2022,
- le dispositif Communauté 360 impulsé au 4^e trimestre 2022.

Leur action vient élargir le panel de réponses proposées par les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) dans un objectif d'éviter les ruptures de parcours de santé/de vie ou d'apporter une réponse dès lors que le risque de rupture est avéré.

Ces dispositifs ont vocation à travailler en complémentarité et supposent de mobiliser tous les acteurs concernés autour d'une situation. Seule une coopération effective entre eux sera la garantie de réussite dans les réponses à construire. Ce travail est réalisé en lien avec la MDPH de l'Ain et notamment la référente Réponse accompagnée pour tous.

1.2.6 Prévention et accès aux soins

Le département de l'Ain dispose depuis l'automne 2022 d'une Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient ([UTE](#)) porté par le centre hospitalier de Fleyriat. Son objet est d'accompagner, dans le département, le déploiement de projets d'éducation thérapeutique. L'accent est mis notamment sur la santé mentale.

Le projet territorial en santé mentale, en cours de mise en œuvre dans le département de l'Ain, a été élaboré à partir d'un diagnostic territorial partagé et intègre

certaines aspects du parcours de la personne en situation de handicap psychique. Il comporte 28 propositions d'actions opérationnelles organisées autour des 6 priorités fixées par la loi : *Diagnostic et soins psychiques ; Parcours de santé et de vie ; Accès aux soins somatiques ; Situation de crise et d'urgence ; Droits, empowerment et participation ; Déterminants de la santé mentale.*

PERSPECTIVES

Une réflexion est en cours pour améliorer l'accès des personnes en situation de handicap aux plateaux techniques hospitaliers et à certaines spécialités. Par ailleurs, les projets de santé des communautés professionnelles de territoire de santé ([CPTS](#)) intègrent ou intégreront des actions en faveur de ce public au regard de leurs diagnostics de territoire.

2. [03] - DÉPARTEMENT DE L'ALLIER

2.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES AGÉES - ALLIER

Les enjeux pour les cinq années à venir pour le secteur personnes âgées dans le département de l'Allier sont principalement :

- organiser et renforcer l'appui du sanitaire au médico-social, en favorisant la coordination et la coopération des acteurs, notamment pour la filière gérontologique,
- optimiser la recomposition de l'offre dans un meilleur maillage territorial : restructuration entre les trois bassins du département et déploiement du centre de ressources territorial,
- structurer les prises en charge spécifiques, comme les Unités de vie protégées (UVP), et identifier les besoins concernant les personnes handicapées vieillissantes (UPHV) sur le territoire du département,
- réussir le virage domiciliaire : accompagner la transformation des services d'aide et de soins à domicile en service autonomie à domicile.

Le département de l'Allier se caractérise par une proportion des séniors très élevée ; le taux de personnes âgées de 75 ans et plus représente 13,61 % de des habitants (9,37 % pour la région et 9,50 % pour le national) mais ne progresse pratiquement plus (+ 1% entre 2013 et 2018) contrairement aux autres départements de la région.

Le taux d'équipement est quasiment stable et proche des moyennes régionale et nationale, avec toutefois une fragilité de l'offre sur le bassin de Montluçon, par rapport à ceux de Moulins et Vichy ; seul le taux de places identifiées pour les personnes handicapées vieillissantes (0,9) est supérieur aux taux de la région (0,3) et du national (0,7).

2.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA Equipes spécialisées Alzheimer – ESA

En réponse aux besoins spécifiques de la population âgée du département, et notamment dans le cadre du plan maladies neurodégénératives, le nombre de

places de PASA a progressé de 42 places, dont une partie par redéploiement de l'offre. Le département de l'Allier dispose de 15 PASA avec une capacité totale de 222 places, dont 3 ont été installés depuis 2018 avec 14 places pour chacun.

Le développement de l'offre existante devra se poursuivre, notamment sur le territoire de Montluçon qui est le moins pourvu. Les ESA de l'Allier sont portées par deux [SSIAD](#) autonomes, structurés en antennes, pour un total de 30 places et couvrent le territoire de l'Allier. L'évaluation des deux plateformes existantes doit être menée, au regard des besoins du territoire, avant de poursuivre le développement de ce dispositif par réorganisation de l'offre existante.

Unités de vie protégée – UVP / Unités pour personnes handicapées vieillissantes – PHV

La majorité des EHPAD du département dispose d'unité de vie protégée dédiée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, mais avec des capacités proportionnelles au nombre de places très fluctuantes.

L'évaluation de l'ensemble des unités de vie protégées existantes devra être réalisée en référence aux recommandations de la HAS, compte tenu de l'absence d'un cahier des charges national.

En fonction des besoins alors identifiés, de nouvelles UVP pourront être créées, par réorganisation de l'offre existante, notamment sur les bassins de Montluçon et Moulins qui semblent sous-dotés.

Une étude sur les besoins des personnes handicapées vieillissantes a été réalisée en 2022 sur le territoire de l'Allier. Au vu de l'étude réalisée, il s'agira de déterminer les capacités et les structures nécessaires pour accueillir les personnes handicapées vieillissantes et les mettre en place par recomposition de l'offre existante.

Unité d'hébergement renforcé – UHR

Le département dispose d'une [UHR](#) médicosociale, créée en 2018 dans le bassin de Moulins, adossée à un EHPAD.

Une [UHR](#) sanitaire existe dans le même bassin, dépendant d'une [USLD](#) et située dans le même bâtiment que les UVP d'un EHPAD.

Une évaluation sera à réaliser, d'un point de vue qualitatif, afin de vérifier la pertinence de ce dispositif, notamment au regard des besoins recensés.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

Tous les accueils de jour existants sur le territoire de l'Allier disposent d'au moins 6 places.

Suite à une étude conduite par la [MAIA](#) de l'Allier en 2019 et à l'expérimentation d'un accueil itinérant par un réseau de santé spécialisé, le besoin de mise en place d'un accueil de jour itinérant, par redéploiement de moyens, a été identifié.

Avec la création de 4 places supplémentaires en 2018 et 2 par redéploiement de l'offre en 2018 et 2020, le département de l'Allier se trouve bien doté en places d'hébergement temporaire : le taux d'équipement se situe à 2,0 pour une moyenne régionale de 1,8 et nationale de 2,0.

L'enjeu pour les prochaines années sera de travailler à la diversification de l'offre en soutien au domicile, par redéploiement.

- Une plateforme de répit ([PER](#)) a été créée et mise en place en juillet 2018 sur le bassin de Vichy, permettant de compléter l'offre existante sur le bassin de Moulins. deux des trois bassins de l'Allier sont ainsi couverts.
- Le besoin d'une nouvelle plateforme de répit est identifié sur le territoire de Montluçon, caractérisé par un déficit global d'offre, et plus particulièrement d'offre dédiée aux aidants.
- L'évaluation des deux plateformes existantes devra être menée, au regard des besoins du territoire.

Unités spécialisées Parkinson

Une réflexion est à mener sur la pertinence d'une offre adaptée à l'accompagnement des personnes atteintes de troubles parkinsoniens et sur ses modalités organisationnelles.

2.1.2 Soutenir à domicile

Soutien psychologue en Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD

Dans le cadre d'un appel à candidatures lancé en 2023, deux [SSIAD](#) bénéficieront de mi-temps de psychologue dans le département.

Centre de ressources territorial – CRT

La mise en place du CRT, suite à appel à candidature, interviendra en 2023. Le développement de ses missions portera sur les deux axes :

- l'appui aux professionnels du territoire,
- l'accompagnement renforcé pour les personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Le déploiement de ce dispositif sera suivi et évalué.

Réforme tarifaire des Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD et Services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD ; Mise en œuvre des services autonomie à domicile – SAD

Le déploiement de la réforme de la tarification pour les [SSIAD](#) et [SPASAD](#) à compter de l'année 2023 fera l'objet d'un accompagnement par l'ARS.

La structuration de l'offre et maillage territorial des futurs Services autonomie à domicile ([SAD](#)) se matérialisera par un accompagnement de l'ARS et du Cosneil départemental, des acteurs du domicile dans la mise en œuvre des services autonomie à domicile (SAD) qui remplaceront les actuels services d'aide et d'accompagnement à domicile ([SAAD](#)), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et SPASAD expérimentaux dits « intégrés ».

Cette restructuration de l'offre devra rendre l'offre actuelle plus lisible, améliorer la qualité de l'accompagnement pour le bénéficiaire et son aidant et offrir un parcours professionnel des intervenants plus riches ainsi qu'une meilleure qualité de vie au travail.

2.1.3 Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques dans les territoires

Recomposition de l'offre PA (HP/HT/AJ) et sous occupation structurelle des HP

Pendant la période précédente, l'offre sur le bassin de Vichy a fait l'objet d'une réorganisation par transfert de lits entre le sanitaire et le médico-social.

Un des objectifs prioritaires dans le territoire de l'Allier sera, dans les toutes prochaines années, de travailler sur la répartition et la diversification de l'offre médicosociale, au regard des enjeux de prise en charge spécifique, du virage domiciliaire et du déséquilibre territorial constaté.

Une attention particulière devra être portée au Bassin de santé intermédiaire ([BSI](#) de Montluçon, territoire déficitaire avec un enjeu de restructuration et de diversification de l'offre portée par le secteur sanitaire.

Regroupement et rapprochement ESMS

La mise en place de plusieurs directions communes a abouti à des regroupements par fusion absorption dans le bassin de Montluçon, par fusion création dans le bassin de Vichy ou par cession d'autorisation dans le bassin de Moulins. Devant l'accroissement des difficultés de gestion du quotidien des ESMS, une attention particulière devra être portée aux projets de coopérations autour d'enjeux spécifiques (mutualisation de compétence, marchés groupés, télé médecine) ou plus globaux. Ces projets devront faire l'objet d'une étude concernant leur faisabilité et leur opportunité afin d'encourager et accompagner au besoin.

Infirmier de nuit

Dans le département de l'Allier, 4 dispositifs d'infirmier de nuit ont été mis en place, en réponse à des appels à projets. Quinze EHPAD sont ainsi couverts, ce qui représente 1 709 places, soit un taux de couverture de 34 %.

Une évaluation de ces dispositifs reste désormais à mener, tant en termes de couverture territoriale qu'en termes de pertinence des dispositifs d'astreinte ou de garde, dans le cadre du soutien à une meilleure gestion des urgences dans les EHPAD.

En fonction des résultats de cette évaluation et des besoins, la couverture par de nouveaux dispositifs pourra être envisagée.

Dispositif d'appui à la coordination – DAC

Ce nouveau dispositif a été mis en place en 2022 dans l'Allier. Il possède quatre antennes à Vichy, Moulins, Saint-Pourçain sur Sioule et Montluçon, toutes portées par les [CPTS](#).

Le rôle d'observatoire du [DAC](#) devra être bien identifié par l'ensemble des partenaires du territoire pour une bonne coordination des parcours.

Prévention

Diverses actions de prévention sont proposées aux établissements et devront faire l'objet d'un suivi :

- dans le cadre des contrats des Communautés professionnelles territoriales de santé de l'Allier : prévention du risque de fracture en direction de la population âgée à risque plus élevé de fracture,
- dans le cadre d'appels à candidature annuels organisés par l'ARS,

- via la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Plan d'aide à l'investissement – PAI

Le PAI immobilier a permis de répondre à plusieurs projets de construction/restructuration/mise aux normes pour la période 2018 à 2023 au bénéfice d'EHPAD et de PASA.

2.1.4 Promouvoir les parcours coordonnés

Equipes mobiles gériatriques / filière gériatrique

Le territoire de l'Allier ne dispose pas actuellement d'équipes mobiles gériatriques extrahospitalières. Les EHPAD et les acteurs du domicile sont en demande d'une ressource hospitalière pour améliorer et fluidifier les parcours de santé.

Hospitalisation à domicile – HAD

Le territoire de l'Allier n'est pas totalement couvert par les trois dispositifs d'[HAD](#) existants, dont le périmètre d'activité ne permet pas une prise en charge dans certains secteurs ruraux. Afin de fluidifier le parcours de la personne âgée, l'attractivité du dispositif d'HAD devra être renforcée dans les prochaines années, ainsi que son organisation. L'appui des équipes mobiles de soins palliatifs permettant un parcours de soins gradués et de proximité est à encourager également, en coordination avec la médecine.

Equipes mobiles d'hygiène – EMH

Le département de l'Allier dispose de trois équipes mobiles d'hygiène répartis dans les trois zones de santé prioritaires (Moulins/Montluçon/Vichy).

Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation – HTSH

Le renfort de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation devra être organisé, en vue de favoriser la coordination et les coopérations avec le sanitaire, tout en garantissant l'accès à l'hébergement temporaire en tant que solution de soutien à domicile sur l'ensemble du territoire.

Gestion des urgences, accès soins palliatifs

En 2020, le Samu de l'Allier a mis en place la plateforme Samu-Santé (plateforme téléphonique), dédiée à l'accompagnement et à la coordination de soins, pour

tenter d'éviter aux personnes de plus de 75 ans un passage aux urgences quand il n'est pas nécessaire.

Le développement des soins palliatifs au domicile doit être organisé afin de permettre le soutien des personnes âgées souhaitant rester au domicile, en lien avec les services assurant leur accompagnement quotidien et leurs aidants. Une attention devra être portée à la couverture des zones rurales éloignées des centres hospitaliers afin de garantir l'égalité d'accès aux soins palliatifs.

Coopérations avec la psychiatrie

La plupart des EHPAD ont une convention avec le secteur de la psychiatrie. Devant le développement de

l'accueil de personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques mais aussi de personnes âgées atteintes de troubles du comportement, une réflexion devra être menée sur la pertinence de la spécialisation d'unités dédiées identifiées au sein des EHPAD concernés, en lien avec le secteur psychiatrique.

Au-delà de l'organisation du soutien du secteur en suivi de situation ou en cas de situation de crise, il s'agira d'appuyer les acteurs dans l'inscription de l'accompagnement de personnes atteintes de troubles psychiatriques dans leur gestion prévisionnelle d'emploi et compétence (GPEC) et dans leur organisation afin de développer une offre adaptée.

2.2 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP - ALLIER

Les enjeux pour les cinq années à venir pour le secteur du handicap dans le département de l'Allier résident principalement dans :

- le développement de réponses inclusives, par transformation de l'offre et redéploiement de moyens ;
- l'optimisation de l'offre médico-sociale pour garantir la continuité des parcours ;
- la promotion de l'auto-détermination et du pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap.

2.2.1 Prévention, diagnostic et dépistage précoce

L'objectif principal consiste en la nécessité de coordonner l'ensemble des offres sur le repérage précoce, notamment dans le champ des troubles neuro-développementaux (TND), et de renforcer les offres d'aval afin de fluidifier les parcours des enfants et éviter les ruptures de parcours.

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP

Le département dispose d'un seul Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) dans le bassin de Moulins. Sa mise en conformité avec le cahier des charges doit se poursuivre.

PERSPECTIVES

Une attention particulière sera notamment portée sur :

- l'évolution des bonnes pratiques professionnelles et l'approfondissement des moyens et compétences, afin d'améliorer la polyvalence du centre (accueil des enfants de moins de 6 ans) ;
- l'amélioration des délais d'attente entre la demande et le premier rendez-vous qui sont actuellement supérieurs à 6 mois pour plus de la moitié des accompagnements (58 %) ;
- la consolidation des partenariats par leur formalisation.

Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP

3 CAMSP hospitaliers sont répartis sur chacun des trois bassins de vie principaux. Celui de Moulins dispose d'une unité de diagnostic et d'évaluation autisme labellisée depuis 2017. A ce titre, il a une mission ressource autisme et a engagé une démarche de sensibilisation dans le repérage des signes précoces des TND auprès des partenaires de première ligne, dont notamment les enseignants de maternelle.

PERSPECTIVES

Amélioration des soins précoces sur le territoire de Vichy, avec un renfort du soutien aux familles.

Plateforme de coordination et d'orientation - PCO

Une plateforme de coordination et d'orientation ([PCO](#)) interdépartementale, PICO CAP, pour les 0-6 ans (TSA -TND) est en fonctionnement depuis 2019.

PERSPECTIVES

La nouvelle PCO interdépartementale pour les 7-12 ans, installée à compter de 2023, devra permettre de structurer l'offre de seconde ligne ([CMP/CMPP/CAMSP](#)) pour répondre aux besoins de parcours de soins.

Diagnostic enfants et adultes TSA

Le territoire dispose d'une équipe mobile autisme (EMA 03) depuis 2020 qui intervient en direction des enfants et des adultes présentant des troubles du spectre autistique diagnostiqués ou pour lesquels il existe une forte présomption. Elle apporte un appui technique et une expertise aux professionnels comme aux parents dans l'observation, l'adaptation des modalités d'accompagnement, l'évaluation et la mise en œuvre des préconisations.

Autres dispositifs

Deux unités pour les moins de 6 ans, rattachées aux SESSAD de Moulins (mai 2015) et de Montluçon (janvier 2016), viennent en soutien des structures de la petite enfance et des écoles maternelles pour accueillir des jeunes enfants porteurs de handicaps. Ces unités assurent également l'annonce du handicap aux parents et l'accompagnement auprès des institutions.

2.2.2 Offres pour les enfants en situation de handicap

Scolarisation

Externalisation des unités d'enseignement

Le département dispose de 32 dispositifs externalisés répartis sur son territoire, à raison de 1 à 4 dispositifs par établissement. A la rentrée scolaire 2021, la moitié des dispositifs est externalisée en collège et 80 % des établissements médico-sociaux de l'Allier (12/15) ont une unité d'enseignement avec une modalité externalisée. Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés est de 49,3 % (taux moyen de 37,4 % dans la région).

Unités d'enseignement maternelles et élémentaires autismes – UEMA et UEEA

Le département dispose actuellement de 2 UEMA à Moulins et Vichy, et d'une UEEA à Moulins.

PERSPECTIVES

De nouveaux besoins ont été identifiés, à savoir une UEEA et une UEMA supplémentaire pour le territoire de l'Allier, mais devront faire l'objet d'un travail de concertation entre l'ARS et l'Education Nationale pour apporter la meilleure réponse possible.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

La gradation de l'offre existe sur le département qui dispose de SESSAD spécialisés TCC, déficience visuelle et intellectuelle, avec une couverture départementale concernant :

- le polyhandicap et les déficiences graves de la communication (DYS sévères) : bassin de Montluçon
- le handicap psychique : bassins de Vichy et Moulins,
- l'autisme : les trois bassins peuvent assurer l'accompagnement par un SESSAD.

En 2021, 6 places ont été créées dans le département par redéploiement, qui ont permis une augmentation du nombre d'enfants accompagnés par un SESSAD. La moyenne des files actives 2021 de l'Allier, toute déficience confondue, est en effet de 1,57 (pour une moyenne régionale de 1,42). Et le taux d'équipement du département est désormais de 4,69 par enfant, contre 3,58 au niveau régional.

PERSPECTIVES

Une étude sur la couverture des besoins par les SESSAD sera à réaliser afin de déterminer les besoins restant encore à développer, notamment concernant le polyhandicap et les déficiences graves de la communication.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP et fonctionnement en DITEP (Dispositif)

Le département de l'Allier comptait 1 ITEP-SESSAD réparti sur plusieurs sites (site principal et antennes), et sur les trois bassins de vie (Moulins/Montluçon/Vichy). Il a évolué vers un fonctionnement en dispositif DITEP en 2019, qui couvre l'ensemble du territoire de l'Allier. Le nombre de places en ambulatoire a considérablement augmenté. A ce jour, le dispositif compte 27 places d'internat, 28 places de semi-internat et 28 places en ambulatoire, soit une progression de + 41% (+ 24 places, dont 23 en ambulatoire).

PERSPECTIVES

- Une étude sur les besoins complémentaires en ITEP, par redéploiement de moyens, sera à réaliser.
- Parallèlement, le déploiement en dispositif devra se poursuivre de façon progressive, notamment dans le cadre de la contractualisation via les CPOM, afin d'optimiser la couverture territoriale.
- Les professionnels devront encore être sensibilisés et formés dans le cadre de ces dispositifs et un support répertoriant les personnes ressources autour de l'accompagnement du jeune (dont l'Education Nationale) devra être déployé pour permettre une plus grande coordination des acteurs du territoire.

Instituts médico-éducatifs – IME, établissement et service pour enfants et adolescents polyhandicapés – EEAP, et fonctionnement en dispositif

Des transformations de places d'IME, avec redéploiement des moyens, ont été réalisées afin de couvrir les besoins identifiés en places de services dédiées à l'enfance et aux adultes sous la forme :

- de création de places adultes à caractère interdépartemental à la frontière avec le bassin intermédiaire de Vichy, en cohérence avec les flux naturels de population,
- d'équipes mobiles et de services ambulatoires en soutien des structures sociales et médico-sociales,
- de réponses aux situations complexes, à l'adaptation des parcours et aux mesures attendues dans les plans nationaux et à la stratégie nationale en soutien aux structures sociales et médico-sociales.

PERSPECTIVES

- Un projet d'unité de transition et de répit pour des jeunes en situation complexe est en cours de mise en œuvre, par la transformation de places SAVS en places style MECS (maison d'enfants à caractère social).
- L'évolution en dispositif est à envisager pour chaque IME, mais de façon progressive.

Institut d'éducation motrice – IEM

Le taux d'IME/IEM/EEAP est de 8,77 contre 4,74 au niveau régional.

PERSPECTIVES

Une structure existe au sein du département, qu'il convient de faire évoluer vers le polyhandicap et en veillant à l'équiper d'enseignants.

Equipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation – EMAS

Le département dispose de 2 Equipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS), une à l'Ouest et l'autre à l'Est.

Aide sociale à l'enfance (ASE) handicap

Pôles de compétences et de prestations externalisées – PCPE

5 PCPE pour les enfants avec handicap et mesure de protection de l'enfance (ASE) ont été autorisés, dont deux en 2018 dans le bassin de Moulins, puis 3 autres en 2021, dans le cadre du Contrat départemental de prévention et protection de l'enfance (CDPPE), à raison d'un sur chacun des bassins de Moulins, Montluçon et Vichy.

PERSPECTIVES

Une évaluation devra être conduite, en vue d'harmoniser leurs pratiques et leur fonctionnement.

Internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents – ISEMA

Le département de l'Allier dispose depuis 2020 d'un ISEMA de 8 places sur Moulins, spécialisé sur les difficultés psychologiques et troubles du comportement, et issu du redéploiement de places de MECS.

PERSPECTIVES

- Un besoin est identifié par les deux conseils départementaux de l'Allier et du Puy-de-Dôme, pour une unité ASE-handicap de 18 places dont 6 pour l'Allier, avec une demande de redéploiement de moyens à partir des IME.
- Les offres existantes à destination des enfants polyhandicapés, cérébrolésés, déficients auditifs et avec des troubles du comportement, sont à développer, majoritairement par transformation de l'offre existante.

2.2.3 Offres pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Jusqu'en 2022, le dispositif emploi accompagné (DEA) était porté par deux opérateurs pour les départements du Puy-de-Dôme, de l'Allier et du Cantal. Le dispositif s'est transformé en 2023 en une plateforme départementale, avec un chef de file, l'[ESRP](#), des coopérateurs couvrant les 4 modules de prestations et un parte-

nariat avec l'ensemble des structures du médicosocial traduit dans une convention de gestion, permettant une entrée unique à l'échelle du département.

PERSPECTIVES

A partir de 2023, une montée en compétence commune des opérateurs avec une mutualisation des moyens (humains, actions de formation, évaluation) est attendue, ainsi que le développement de la file active. Le nouveau co-pilotage du comité de suivi départemental de la nouvelle plateforme, partagée entre l'ARS et la DDETSP03, viendra également renforcer la gouvernance territoriale.

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

Le taux actuel d'équipement du département est de 4,64 places pour 1 000 adultes, pour une moyenne régionale de 3,54. Des places d'ESAT de transition ont été développées afin de répondre au mieux aux besoins (proximité, besoins constatés) tout en tenant compte du contexte local (dynamisme du bassin d'emploi notamment).

PERSPECTIVES

- L'ensemble des ESAT sont appelés à transformer leur offre conformément au nouveau cadre réglementaire, visant à impulser une nouvelle dynamique « d'aller vers », à conforter la mission d'accompagnement des personnes en vue d'une trajectoire professionnelle pour aller vers le milieu ordinaire et adapté, et à renforcer les droits et le pouvoir d'agir des personnes.
- Il s'agira aussi d'optimiser l'offre existante et de garantir une activité satisfaisante en file active, et de développer les liens avec l'emploi accompagné.

Etablissement et service de réadaptation professionnelle – ESRP

Le département dispose d'un établissement de réadaptation professionnelle (ESRP) de 132 places et 100 places d'internat, avec existence :

- d'une antenne à Montluçon avec le dispositif d'emploi accompagné (DEA) et le Groupe d'entraide mutuelle (GEM) parrainé par l'association (public avec handicap psychique ou cérébrolésé) ;
- d'une autre antenne à Vichy, qui est un centre pour déficients visuels et un lieu de formation principal du titre « praticien bien-être », sous-traité à 85 % par un organisme de formation (HECATE).

- la file active (234) correspond à la moyenne régionale (200).

PERSPECTIVES

- Installer une troisième antenne de l'ESRP à Vichy et créer une équipe mobile pour des interventions ponctuelles dans les trois bassins d'emplois (Vichy/Moulins/Montluçon).
- Développer l'accompagnement précoce auprès des jeunes, en lien avec l'Education nationale, et pour les publics IME/IMPRO/ESMS, éventuellement hors département (Puy-de-Dôme).
- Mettre en place des accompagnements à l'alternance, en lien avec le CFA et le CFAS de Clermont-Ferrand et à plus long terme, une formation accompagnée avec l'AFPA de Montluçon.

Soutien à l'autonomie des adultes

Habitat inclusif

4 logements habitats inclusif ont intégré le dispositif d'Aide à la Vie Partagée (AVP), suite à la parution du décret relatif au nouveau forfait à l'appui au déploiement de l'habitat inclusif.

PERSPECTIVES

- Un bilan des habitats inclusifs devra être réalisé.
- Un nouveau besoin est identifié sur l'inclusion en milieu ordinaire de personnes TSA, en lien avec le Département pour la partie habitat, et la DETTS-PP de l'Allier pour la partie professionnelle, avec le soutien d'un SAMSAH.

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH

En 2020, des places de SAVS ont été transformées en places de SAMSAH, pour le rétablissement ou la réhabilitation psychosociale, réparties sur les trois bassins. Aucun nouveau besoin n'est identifié, à ce stade, malgré un taux d'équipement (0,23) qui est inférieur à celui de la région (0,35) et un équipement un peu faible à Montluçon.

Offre médicalisée pour adultes avec hébergement

Jeunes en aménagement Creton

Le nombre de jeunes aménagement [Creton](#) tend à diminuer dans le département de l'Allier (- 24 entre 2022 et 2023) mais le nombre de journées progressent (+ 25%). Deux PCPE adultes, orientés principalement pour ces jeunes aménagement creton, ont été autorisés en 2022 dans les bassins de Vichy et Montluçon.

PERSPECTIVES

L'objectif pour les années à venir sera de travailler sur l'amélioration des parcours de ces jeunes adultes.

Offre de Foyer d'accueil médicalisé – FAM et Maison d'accueil spécialisée – MAS

Le département présente une offre en [MAS](#) et [FAM](#) supérieure à la moyenne régionale et répond aux besoins des personnes polyhandicapées mais également présentant des besoins spécifiques : autisme, personnes handicapées vieillissantes et cérébro-lésés en MAS et déficience motrice et visuelle, PHV en FAM.

L'extension de 8 places de FAM-TSA (3^e plan) a été réalisée en 2020, ainsi que l'extension de 18 places de la MAS dans le territoire de Moulins, afin de répondre aux hospitalisations inadéquates en psychiatrie (fongibilité asymétrique à partir de la dotation de psychiatrie).

PERSPECTIVES

Un nouveau besoin de création d'une unité de 4 places cas complexes adultes au sein d'un FAM est identifié, par extension, à budget constant.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

Une étude sur les besoins des personnes handicapées vieillissantes a été réalisée en 2022 dans le territoire de l'Allier.

PERSPECTIVES

Au regard de l'étude réalisée il s'agira de déterminer les capacités et les structures nécessaires pour accueillir les personnes handicapées vieillissantes et les mettre en place par recombinaison de l'offre existante.

2.2.4 Aide à l'autodétermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants-répit

Aide à l'autodétermination, au pouvoir d'agir

L'enjeu est de soutenir et promouvoir l'autodétermination, avec la mise en place de facilitateurs, dans le cadre d'un appel à candidatures lancé en 2023.

Groupe d'entraide mutuelle – GEM

Le département de l'Allier compte 4 GEM dont deux pour le handicap psychique, un pour les traumatisés crâniens ou cérébrolésés, et le dernier, autorisé en mai

2022, qui est ciblé sur les troubles du spectre de l'autisme.

Répit

En janvier 2022, la plateforme de répit des aidants enfants et adultes, fléchée autisme, est installée.

PERSPECTIVES

- Cette plateforme devra être évaluée et son offre adaptée en cas de besoin.
- Un autre axe sera à travailler avec les FAM/MAS, à moyens constants, en vue de diversifier les modalités d'accueils de jour, permettant d'apporter d'autres offres d'aides aux aidants.

2.2.5 Territoires de parcours et coopération au service de la RAPT

Actions pour les situations complexes

Communauté 360

PERSPECTIVES

Dans le cadre de la mise en place en 2023 de la Communauté 360 dans le département, l'articulation avec les dispositifs existants ([DAC](#), [RAPT](#), commission cas complexes) devra être structurée et consolidée pour des meilleures orientations et accompagnements des personnes en situation de handicap.

Pôles de compétence et de prestations externalisées – PCPE

Deux PCPE pour un public adulte (plus de 16 ans) ont été mis en œuvre en 2022 dans les bassins de Vichy et de Montluçon, afin de couvrir l'ensemble du territoire. A la suite de leur évaluation, une extension pourrait être envisagée.

Autres coopérations

L'expérience de l'ABSIM sur le bassin de santé intermédiaire et celle de SAGESS sur le vichyssois traduisent des dynamiques d'articulation et de gouvernance des coopérations inter organismes gestionnaires déjà abouties qu'il s'agit d'entretenir.

2.2.7 Prévention et accès aux soins

Prévention

PERSPECTIVES

L'intervention des équipes mobiles d'hygiène (prévention du risque infectieux) devra être élargie au sein des structures du handicap (FAM, MAS, IEM) et la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse devra être déployée dans les FAM et MAS.

Dispositifs spécifiques d'accès aux soins

PERSPECTIVES

- La télémédecine devra être développée afin de favoriser l'accès aux soins somatiques et fluidifier les accompagnements et les prises en charge pour

éviter les ruptures de soins, notamment en psychiatrie.

- Le rapprochement avec d'autres structures devra être développé (établissements de santé, EHPAD, etc.) et le rôle d'observatoire du dispositif d'appui à la coordination (DAC) bien identifié sur le territoire pour une bonne coordination des parcours.

3. [07] - DÉPARTEMENT DE L'ARDÈCHE

3.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES AGÉES - ARDÈCHE

En déclinaison des orientations du schéma régional de santé, les gestionnaires du secteur grand âge doivent développer les interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire afin de garantir accessibilité et qualité ; participer aux initiatives permettant une fluidification du parcours et aux différents travaux, à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place dans le cadre notamment de la démarche des filières gérontologiques, mobiliser tous les leviers de coopération et d'optimisation entre établissements pour personnes âgées et/ou pour personnes en situation de handicap, développer les coopérations entre le secteur psychiatrique et les EHPAD pour améliorer la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques.

Les démarches de mutualisation entre établissements pour personnes âgées et/ou pour personnes en situation de handicap devront être soutenues selon des critères territoriaux à définir (zones rurales, difficultés d'accessibilité géographique et/ou zones fragiles de démographie médicale) en s'appuyant le cas échéant sur les filières gérontologiques.

Ces logiques de coopération doivent être organisées dans une logique interdépartementale entre la Drôme et l'Ardèche notamment.

3.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

L'objectif étant de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de maladies neurodégénératives, l'obligation de formation des personnels concernant ces pathologies est inscrite dans la contractualisation avec les établissements.

Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA / Equipes spécialisées Alzheimer – ESA

Le département compte 151 places de PASA réparties dans 11 EHPAD créées ces 5 dernières années. Le développement des PASA sera poursuivi dans les établissements prioritairement de 80 lits minimum.

Une unité de type CANTOU a été installée dans 5 EHPAD pour un total de 66 places et des places d'hébergement permanent ont été transformées en places de CANTOU.

Unité d'hébergement renforcé – UHR

Le département compte deux Unités d'hébergement renforcé (UHR) pour 33 places. Une évaluation des UHR en fonctionnement est programmée.

Unités pour Personnes handicapées vieillissantes - PHV

Deux unités au sein de deux EHPAD au nord et sud du département fonctionnent avec 25 places autorisées. Dans le cadre de la contractualisation, il est prévu d'accompagner les gestionnaires pour développer cette offre d'hébergement.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

Il y a 71 places d'accueil de jour et 33 places d'hébergement temporaire sur le territoire. Le développement de l'offre d'hébergement temporaire s'est opéré par création, redéploiement mais aussi par conversion de lits d'hébergement permanent. Un appel à candidatures lancé en 2023 vise à mettre en œuvre 2 accueils de jour itinérants respectivement dotés de 6 places sur les territoires des filières gérontologiques Ardèche Nord et Ardèche Méridionale déficitaires en accueil de jour par rapport au taux d'équipement du département. En outre, il s'agira de continuer d'accompagner la révision des projets de service des établissements proposant de l'hébergement temporaire en lien avec le diagnostic posé en prenant en compte la notion d'hébergement temporaire d'urgence pour éviter notamment les hospitalisations médicalement injustifiées.

3.1.2 Soutenir à domicile

Concernant l'offre de [SSIAD](#), le département compte 599 places dédiées aux personnes âgées et 20 places en direction des personnes en situation de handicap.

Psychologues en SSIAD

Un appel à candidatures a été lancé en 2023. Un poste de mi-temps de psychologue sera attribué au sein d'un [SSIAD](#) de l'Ardèche.

Centre de ressources territorial – CRT

Pouvant être porté par un EHPAD (en lien avec des services à domicile) ou par un service à domicile ([SSIAD](#), [SPASAD](#) ou éventuellement [SAAD](#) et sur la base d'un conventionnement avec un EHPAD), le CRT vise à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'intervention d'un service d'aide ou de soins n'est plus suffisant. Le déploiement est prévu à raison d'un centre par département d'ici 2024.

Réforme tarifaire des Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD et Services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD ; Mise en œuvre des services autonomie à domicile – SAD

Le secteur du domicile ([SSIAD](#) et [SPASAD](#)) sera accompagné dans le cadre du déploiement de la réforme tarifaire qui s'applique à compter l'année 2023.

En lien avec le département, il s'agira d'accompagner la transformation des [SSIAD/SPASAD](#) vers les nouveaux services autonomie à domicile ([SAD](#)) en veillant à la structuration de l'offre et au maillage du territoire. Seuls 2 sur les 4 [SPASAD](#) expérimentaux sont encore en activité en Ardèche.

3.1.3 Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques dans les territoires

Recomposition de l'offre

La majorité des établissements est inscrite au sein d'une gouvernance territoriale favorisant la logique de territoires de parcours en intégrant également la dimension interdépartementale avec la Drôme. Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité sont constatées et conduisent à travailler en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, sur des scénarios de recomposition de l'offre (regroupements, mutualisation, etc.) sur le territoire de coopération. Tenant compte de cette réalité, en 2021, un redéploiement infra territorial de 57 places d'hébergement permanent a été acté conjointement avec le Département. Il est envisagé de poursuivre la recomposition de l'offre d'hébergement permanent par redéploiement des

capacitaires en particulier à l'aune d'opérations d'investissement et de privilégier notamment le regroupement des EHPAD de faible capacité et d'encourager le rapprochement entre établissements, les mutualisations et coopérations.

Infirmier de nuit

Afin d'éviter le recours systématique aux urgences de nuit qui sont aussi des moments très traumatisants pour les résidents, 2 dispositifs de garde infirmière sont opérationnels dans le centre et le sud du département, mis en place suite à un appel à candidatures lancé en 2022. Le périmètre d'intervention de ces deux dispositifs bénéficie à 26 EHPAD. Une astreinte mutualisée entre deux établissements est effective depuis 3 ans dans le nord du département. Il est envisagé d'avoir également une approche inter départementale concernant les prochains appels à candidatures afin d'optimiser certaines couvertures territoriales frontalières notamment dans le couloir rhodanien et le nord du département. Afin de renforcer l'appui aux EHPAD dans le cadre de la prise en soin des patients, les établissements de santé disposent de ressources humaines en gériatrie organisées pour mettre à disposition des établissements et des médecins traitants et des résidents, une expertise gériatrique sous forme de permanence téléphonique déployée au niveau de chaque filière gérontologique.

Programme d'aide à l'investissement – PAI

Il s'agit de favoriser l'adéquation de l'offre aux besoins en soutenant la création d'une nouvelle génération d'EHPAD : ouverture sur le quartier, haut niveau de médicalisation, modèle économique viable (capacité suffisante, surfaces maîtrisées) et conception qualitative, transformation de l'offre. Un accompagnement stratégique et technique des projets conjoint avec le Département est effectué afin de prioriser chaque année les projets les plus aboutis pouvant émarger au titre du PAI. Il s'agit d'accompagner et orienter les organismes gestionnaires dans la définition de leur projet immobilier (capacités, localisation, soutenabilité financière, mutualisations, etc.).

Prévention

Des objectifs fixant les actions à conduire en matière de prévention pour les résidents ou patients sont inscrits dans les CPOM de chaque établissement. Prévention contre le cancer, de l'acte suicidaire, la dénutrition, la santé bucco-dentaire, le risque de chute, etc. L'ARS promeut depuis 2018 des actions de formation auprès des ESMS avec l'OPCO santé, notamment sur la prévention du suicide, la dénutrition, les soins palliatifs, les maladies neurodégénératives.

Dans le cadre de la contractualisation avec les établissements, des objectifs sont fixés en lien avec la qualité de vie au travail pour les professionnels : des financements ponctuels sont alloués aux établissements selon la qualité des projets présentés pour conduire des actions visant à améliorer les conditions ergonomiques de travail ou pour la mise en place d'animations autour de l'analyse de la pratique notamment. L'ensemble de ces actions bénéficient chaque année d'une évaluation en lien avec des critères et indicateurs prédéfinis. Parallèlement, la Conférence des financeurs, instance co-pilotée par l'ARS et le Département permet de financer des actions visant la prévention de la perte d'autonomie pour les personnes de plus de 65 ans vivant à domicile mais aussi pour celles résidant en EHPAD.

3.1.4 Promouvoir les parcours coordonnés

Dans le cadre de la contractualisation avec les établissements et dans le plan territorial de santé mentale est inscrit l'objectif de favoriser la formation des professionnels sur la prise en charge des résidents avec troubles psychiatriques : un seul EHPAD sur le bassin albenassien est spécialisé.

Il conviendra de développer le volet télémédecine en incluant les EHPAD notamment sur le volet téléconsultations ou de télé-expertises, poursuivre le travail d'identification des établissements ayant la capacité d'accueillir des personnes avec troubles gérotopsychiatriques par le suivi de l'objectif de formation des professionnels inscrit dans les CPOM, restructurer l'offre de prise en charge gérologique en lien avec l'offre de soins globale afin de favoriser les coopérations avec le secteur hospitalier dans la prise en charge gérotopsychiatrique, organiser l'étayage conjoint gériatrique et psychiatrique en mobilisant la possibilité qu'offre la télémédecine.

Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

Ce dispositif mis en place depuis 2019 pour 26 EHPAD et 50 places en région a été relancé depuis juillet 2022, pour permettre un déploiement dérogatoire, accéléré et généralisé. L'ensemble des EHPAD en capacité d'assurer cet accueil sont éligibles et des places HT ou d'HP peuvent être mobilisées également à titre exceptionnel et temporaire pour une durée maximum de 30 jours. Il sera nécessaire d'inciter les EHPAD ardéchois à participer à ce dispositif et à communiquer sur cette modalité.

Hospitalisation à domicile, équipes mobiles extrahospitalières et de soins palliatifs

Les établissements ont recours à l'[HAD](#) dès que nécessaire et les EHPAD mobilisent les équipes techniques spécifiques pour des interventions au cas par cas sur les secteurs respectivement dédié (nord, centre et sud Ardèche). Afin de favoriser la fluidification du parcours de la personne âgée, le recours au dispositif d'HAD sera encouragé pour des interventions à domicile ou en établissement. Il s'agit notamment dans le cadre de la feuille de route nationale 2021/2026 de renforcer son attractivité et l'organisation territoriale. L'appui des équipes mobiles de soins palliatifs permettant un parcours de soins gradués et de proximité est à encourager en coordination avec la médecine.

Filières gérologiques

Il y a 3 filières gérologiques en Ardèche, dans le nord, le centre et le sud du département et deux filières bi-départementales qui couvrent le couloir rhodanien et le territoire montilien.

Les filières et les Maisons pour l'apprentissage et l'intégration des enfants porteurs d'autisme ([MAIA](#)) se sont impliquées activement dans les démarches territoriales regroupant les acteurs du champ de la gérologie notamment sur la thématique du répit et de la mise en œuvre du dispositif d'appui à la coordination. Il s'agit de maintenir la dynamique qui est à l'œuvre au sein des autres filières et promouvoir l'articulation des actions mises en œuvre par le dispositif d'appui à la coordination ([DAC](#)) avec les travaux conduits au sein des filières.

En 2023, une étude régionale des filières gérologiques est lancée afin de dresser un état des lieux sur l'ensemble du territoire, évaluer l'impact de chaque filière sur son bassin d'intervention et leur capacité à répondre aux besoins identifiés.

Dispositif d'appui à la coordination – DAC

Il s'inscrit dans la réorganisation issue de la loi de modernisation de notre système de santé et a pour mission d'assurer une réponse globale aux demandes d'appui des professionnels et acteurs de santé, de contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants et de participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours complexes.

Le Département s'est totalement impliqué dans la démarche au côté de l'Agence. C'est de la fusion du réseau de santé Appui santé 07 et des 3 MAIA du département que résulte le [DAC](#) Ardèche qui est

opérant depuis octobre 2022 : les équipes pluridisciplinaires constituées en 3 antennes couvrent chacune un territoire et sont missionnées pour répondre à l'ensemble des besoins repérés en matière de

parcours complexes. Le [DAC](#) est inscrit dans la dynamique des filières gérontologiques et il est en charge également de l'accompagnement des patients souffrant de covid long.

3.2 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP - ARDÈCHE

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services à mobiliser tous les leviers de coopération : mutualisation, regroupement voire fusion, optimisation des ressources (télé médecine, ressources médicales, etc.).

3.2.1 Prévention, diagnostic et dépistage précoce

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP

PERSPECTIVES

Il est nécessaire de poursuivre le déploiement du plan d'action qualité incluant l'application des RBPP dans tous les [CMPP](#) [CAMSP](#) de l'Ardèche. Les CMPP sont souvent saisis en première intention dans les cas de troubles psychiques : l'attente avant prise en charge est d'environ 12 mois.

Le département dispose de 4 CMPP, 2 annexes, 6 antennes, cependant, une attention particulière devra être portée dans le centre et sud Ardèche. L'enjeu est de structurer davantage l'offre pour une mise en cohérence des pratiques avec le cahier des charges national et le déploiement hors les murs de la prise en charge (logique d'antenne ou de permanences en zone rurale).

Les CMPP ayant un rôle prépondérant dans la préparation et l'accompagnement de la scolarisation dès le plus jeune âge, il faudra développer le lien avec le sanitaire afin d'étayer l'offre de prise en charge en pédopsychiatrie ; et accompagner la création d'un PCPE pour travailler les questions de la file active et des orientations.

Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP

Le département dispose de 3 [CAMSP](#) et 1 antenne avec chacun un rayon d'action de 30 kms. Depuis 2021, le réseau est co-pilote avec un organisme gestionnaire drômois de la [PCO](#) 0/6 ans.

PERSPECTIVES

- Déployer le plan d'action qualité incluant l'application des RBPP ; s'appuyer sur la [PCO](#) 26/07 pour structurer l'offre départementale, déficitaire en ressources de spécialistes TLA/TSA.
- Développer le maillage de la PCO 07/26 et l'articulation avec les autres offres afin d'éviter les ruptures de parcours ; organiser l'articulation entre la prise en charge CAMPS et la PCO 07/26 en vue de renforcer le repérage et le diagnostic ; accompagner l'offre [CAMSP](#) sur du « aller vers » sur les zones rurales.

Plateforme de coordination et d'orientation – PCO

Dans le cadre de la stratégie pour l'autisme 2018-2022, une plateforme de coordination et d'orientation a été installée afin de permettre un parcours coordonné de bilan et intervention précoce pour les enfants de 0 à 6 ans. En Ardèche, elle est opérationnelle depuis 2021 et compte 401 enfants repérés dont 171 engagés dans un parcours en libéral.

PERSPECTIVES

- Identifier le plus tôt possible les troubles de développement afin d'initier rapidement une prise en charge en ambulatoire, avec une orientation des familles vers les équipes et les professionnels ; orientation facilitée par un intervenant pivot qui organise le parcours de soins. Ces interventions doivent permettre, soit de lever le doute, soit de progresser dans le diagnostic tout en prévenant les difficultés secondaires.
- Dans la perspective de l'extension de la plateforme au profit des jeunes 7–12 ans, il sera nécessaire de conditionner cette extension à une bonne coordination avec l'Education nationale notamment la médecine scolaire.

3.2.3 Offres pour les enfants en situation de handicap

Scolarisation

La mise en œuvre des actions s'appuie sur le renouvellement de la convention 2023-2028 entre l'ARS et les 3 académies de la région. La commission départementale du suivi de l'école inclusive est effective depuis 2019 ainsi que les commissions d'affectation des élèves sans solution.

Les collectivités sont parties prenantes pour favoriser l'inclusion des élèves en situation de handicap notamment en s'impliquant sur les volets immobilier et mobilier ; sur le volet RH (temps périscolaires) et sur les aspects de transport. Il est prévu de renforcer l'implication des collectivités dans la déclinaison opérationnelle de la convention de scolarisation 2023 – 2028.

Un programme de formations croisées a été élaboré conjointement entre l'ARS et l'Education nationale. Celui-ci a démarré en 2019. Il est déployé sur les circonscriptions des inspecteurs de secteur de l'Education nationale. Il réunit les communautés éducatives et les ESMS.

Externalisation des unités d'enseignement - UEE

Le territoire compte, 5 UEE collège, 4 unité d'enseignement maternelle, 7 IME sur 8 qui disposent d'au moins 1 modalité d'enseignement externalisée (hors UEMA).

PERSPECTIVES

- Poursuivre la dynamique d'externalisation des unités d'enseignement en augmentant l'objectif cible du nombre d'enfants scolarisés ;
- Favoriser la scolarisation des jeunes atteints de polyhandicap par la création d'une UEE primaire et la pérennisation de l'équipe mobile spécialisée ;
- Développer une offre SESSAD polyhandicap et des Unités d'enseignement maternelles et élémentaires autisme (UEMA UEEA).

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

Le taux d'équipement en Ardèche reste légèrement inférieur à la moyenne régionale qui est de 3,8 pour 1000 jeunes de moins de 20 ans : le taux est passé de 3,1 en 2019 à 3,5 en 2021. Les services SESSAD sont tous polyvalents et sont dans une logique de file active. Entre 2019 et 2021, 47 places ont été créées dont notamment 22 par le passage en dispositif ITEP ainsi que 30 places TSA (recomposition de l'offre).

Les listes d'attente de tous les SESSAD restent importantes, avec des délais avant prises en charge de 2 à 5 ans selon les services. Des suivis en libéral, non coordonnés et non pris en charge par l'assurance maladie, pose la question de l'équité de l'accès aux soins.

Une coordination des parcours se déploie, globalisant les files d'attente. Au-delà de l'inscription d'un enfant sur la liste d'attente, les familles sont accompagnées dans la recherche de solutions alternatives pour tenter de construire une prise en charge précoce.

PERSPECTIVES

L'offre SESSAD reste à être densifiée et il faut travailler, avec l'Education nationale, l'accompagnement médico-social individualisé. L'ARS lancera une étude régionale sur la couverture des besoins par les SESSAD.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP et fonctionnement en dispositif

La démarche bi-départementale de la feuille de route DITEP est effective depuis 2019. La réforme des autorisations a permis la généralisation d'un accueil 6/20 ans. Le redéploiement de places d'hébergement a permis la création de 30 places de SESSAD. Le seuil d'activité des 3 établissements respecte depuis 2019 le seuil fixé dans le PRS qui est à 90 %. 100 % des places ITEP ont été transformées en dispositif intégré avec absorption de 2 SESSAD.

L'étayage médico-social par 2 équipes mobiles est effectif pour l'EMAS et est en cours de constitution concernant l'équipe « médico-sociale/ASE ».

La coopération interdépartementale est fragilisée par des approches différentes concernant la scolarisation inclusive, néanmoins, elle arrive à s'exercer au travers du dispositif « [RAPT](#) ».

PERSPECTIVES

- Travailler en prenant appui sur la feuille de route bi-départementale réécrite en 2021 ;
- Renouveler la convention cadre d'animation territoriale en réunissant les modalités de fonctionnement DITEP et DIME ;
- Renforcer l'offre de prise en charge dans les zones blanches, les questions d'orientation et de parcours étant prégnantes.

Instituts médico-éducatifs – IME et fonctionnement en dispositif

Le département comptabilise 5 IME pilotés par 3 gestionnaires pour 255 places financées (331 jeunes accompagnés en file active). Leur localisation génère pour beaucoup d'enfants des temps de transports très longs et les modalités d'accueil en internat ne favorise pas l'admission des plus petits.

PERSPECTIVES

- Il est prévu d'accompagner les organismes gestionnaires qui souhaitent engager une recomposition de l'offre en dispositif intégré (DIME) afin de fluidifier les parcours.
- L'intervention à domicile devra être valorisée dès lors que la continuité pédagogique pourra être assurée. Cependant, l'offre d'internat reste tendue et n'offrira pas de marge pour le redéploiement de moyens en faveur de l'accompagnement en milieu ordinaire.

Autres accompagnements

Le département ne compte pas d'IEM et les modalités de prise en charge pluridisciplinaire sont à construire notamment sur l'articulation avec une scolarisation en milieu ordinaire.

- Pour la déficience visuelle des services implantés en Drôme interviennent en Ardèche et certains y disposent d'antennes. Certains bilans sont aussi effectués par le CTRDV de Villeurbanne.
- Pour la déficience auditive et les troubles du langage et des apprentissages, le service installé en Drôme a une vocation bi-départementale mais la totalité du territoire ardéchois n'est pas couvert.

PERSPECTIVES

Concernant ces accompagnements spécifiques, il est envisagé d'effectuer une révision des autorisations pour actualiser la base FINISS.

Equipes mobiles d'appui à la scolarisation

L'ensemble du département est couvert par 2 équipes pluridisciplinaires intervenant en soutien de la communauté éducative avec des éducateurs, psychologues et ergothérapeutes. Les deux organismes gestionnaires porteurs participent aux réunions institutionnelles inter PIAL organisées par l'Education nationale.

PERSPECTIVES

Il est envisagé de proposer des actions de sensibilisation sur le handicap afin d'intervenir le plus précocement et de créer des outils à destination des équipes pédagogiques.

Pôles de compétences et de prestations externalisées – PCPE

2 PCPE sont labellisés dans le département : 1 PCPE 07/26 publics jeunes et adultes avec troubles TND qui intervient dans le sud du département ardéchois et 1 PCPE troubles psychiques adultes dans la zone blanche Tournon, Le Cheylard, St Agrève. Il est primordial que

la coordination entre les acteurs, et l'orientation des publics, soit opérante notamment concernant les besoins en accompagnement social et socio-éducatif.

Aide sociale à l'enfance (ASE) handicap

Dans le cadre de la stratégie nationale pour la protection de l'enfance, 5 places de répit dédiées aux jeunes avec une double fragilité handicap et mesure de protection ont été installées sur les IME et ITEP en 2021. Une équipe mixte médico-sociale et protection de l'enfance a été constituée dès fin 2022 afin de venir étayer les acteurs des deux champs mais aussi ceux du secteur de l'éducation, du social et de la justice qui sont confrontés aux situations complexes de ces jeunes.

Afin de favoriser l'interconnaissance des périmètres d'action de chaque acteur, d'éviter l'errance des familles dans les orientations et de faciliter la mise en œuvre des parcours, un travail conjoint de réflexion a été conduit dès 2021 afin de promouvoir un programme d'actions de formation croisées.

PERSPECTIVES

- Structurer l'offre de répit en définissant les modalités de mobilisation des places dédiées afin que celles-ci viennent en appui de l'équipe mobile ASE-Handicap ;
- Formaliser les conditions de l'évaluation médicosociale des situations ;
- Mettre en œuvre le volet formation multi partenariale ;
- Suivre avec le Département la mise en œuvre des actions de la fiche action 9 du contrat.

3.2.4 Offres pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Le partenariat entre le chef de file de la plateforme emploi accompagné et le centre hospitalier Sainte Marie pour la mise à disposition de locaux dans le cadre du déploiement du dispositif Emploi Accompagné est effectif depuis 1er janvier 2020. Les 9 ESAT ont passé une convention MISPE dans le cadre d'une délégation de la MDPH de l'Ardèche. Un partenariat important s'est noué avec l'équipe pluridisciplinaire pour assurer une meilleure orientation vers le dispositif et une mobilisation à bon escient (21 orientations en 2022).

PERSPECTIVES

Il est prévu, en lien avec la DEETS, de mobiliser les gestionnaires d'ESAT dans le déploiement de la plateforme départementale emploi accompagné installée en 2022 et d'installer le solde des places complémentaires.

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

Concernant les places dédiées handicap psychique : la cible d'au moins 20 % des places devrait être atteinte avec la mise à jour des autorisations dont 29 % des usagers d'ESAT sont concernés par ce handicap.

10 places de transition sont installées depuis 2019 mais sur le département, l'objectif de 10 % de places de transition n'est pas atteint (1,78 %).

PERSPECTIVES

- Accompagner la mise en œuvre du plan de transformation des ESAT ;
- Promouvoir la fonction ressource des ESAT pour développer la formation et la qualification des usagers ;
- Encourager les ESAT à développer une fonction au travers des conventions MISPE et reconnaître leurs compétences d'évaluation, d'orientation et de formation pour compenser l'absence d'ESRP sur le territoire.

Etablissement et service de réadaptation professionnelle – ESRP

L'absence de structure de ce type constitue un véritable frein vers l'emploi et peut expliquer une compensation par un taux élevé de places d'ESAT en Ardèche. Les usagers sont orientés vers les départements limitrophes ou sur d'autres régions. Certains ESRP se mobilisent pour participer en visio aux équipes pluridisciplinaires.

Soutien à l'autonomie des adultes

Accès au logement

Une modalité d'habitat inclusif à vocation médico-sociale dédiée spécifiquement pour des personnes présentant un handicap psychique et deux habitats PA/PH, ont été créés en 2020. En partenariat avec la CNSA, le Département a acté la reprise du dispositif pour la modalité AVP à compter du 1^{er} janvier 2023.

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH

Le département compte 23 places dont 13, installées par extension en 2020, concernent de la réhabilitation

psychosociale. Deux antennes et un partenariat avec un SAVS permettent de répondre aux besoins.

Un SAMSAH dédié public cérébro-lésé, implanté en Drôme, intervient sur l'Ardèche pour 8 places. L'ARS a validé le projet de transformer 10 places de SAMSAH dit « ordinaire » en places dédiées réhabilitation psychosociale.

Offres médicalisées avec hébergement

Maison d'accueil spécialisée – MAS

Etablissement d'accueil médicalisé – EAM

Le département dispose de 4 places d'accueil temporaire en MAS et de 8 places en accueil de jour uniquement en centre et sud Ardèche, ce qui crée un déséquilibre territorial prégnant. L'offre reste sous tension avec un niveau d'activité à 100 % qui laisse peu de marge de redéploiement.

Des situations complexes gérées dans le cadre du dispositif RAPT relèveront d'une prise en charge en MAS d'ici à 10 ans et le vieillissement des aidants, qui se résumant essentiellement aux familles, ne permettra pas des retours à domicile.

Egalement, le vieillissement des résidents MAS peut difficilement être traité en dehors de l'offre MAS eu égard au niveau de médicalisation requis qui reste supérieur à celui d'un EHPAD.

PERSPECTIVES

Il est donc primordial :

- D'évaluer l'avancée en âge des résidents EAM pour quantifier le public PHV et mesurer les marges de manœuvre en matière d'évolution de l'offre ;
- De travailler le parcours EAM/EHPAD pour une meilleure prise en charge ;
- De définir le degré d'articulation possible entre les plateaux techniques des champs PA/PH et d'opérer un rééquilibrage territorial de l'offre.

Des solutions pour les personnes handicapées vieillissantes

PERSPECTIVES

Deux unités au sein de deux EHPAD au nord et sud du département fonctionnent avec 25 places autorisées. Dans le cadre de la contractualisation, il est prévu d'accompagner les gestionnaires pour développer cette offre d'hébergement.

3.2.5 Aide à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants

Groupe d'entraide mutuelle – GEM

Le département compte 4 GEM : 2 concernent les personnes avec handicap psychique ; 1 les personnes souffrant de polyhandicap et 1 les personnes avec des TND. 2 GEM ont été installés depuis la mise en œuvre du PRS.

PERSPECTIVES

Il est envisagé d'associer les GEM aux travaux de la Communauté 360 pour valoriser le savoir expérientiel des familles et les faire participer à l'évolution de l'offre et de déployer les dispositifs d'auto-détermination.

Répit

Depuis 2017, la plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants initialement dans le champ des TND est opérationnelle et elle s'est élargie à tous les handicaps depuis 2021. Les moyens humains ont été renforcés en 2022 afin de couvrir l'ensemble du territoire et cette plateforme est bien identifiée par les acteurs.

PERSPECTIVES

Il faut permettre à cette plateforme de se positionner comme espace ressources pour accompagner les différents projets en matière de répit.

3.2.6 Territoires de parcours et coopération au service de la RAPT

L'implication des organismes gestionnaires dans les instances de concertation, tels que Communauté 360, RAPT, CDAPH... doit être soutenue pour une meilleure prise en compte des besoins du territoire et l'adaptation de l'offre.

Réponse accompagnée pour tous – RAPT

La majorité des situations correspondent à des enfants ou jeunes adultes, présentant des troubles psychiques, avec très souvent des troubles du comportement, et pour lesquels les réponses territoriales sont inadaptées même si les coopérations avec le secteur de la psychiatrie se sont fortement renforcées.

PERSPECTIVES

Il faut poursuivre la mise en œuvre de réponses articulées Drôme-Ardèche, cohérentes en local, afin de permettre l'accompagnement des jeunes et adultes en

rupture de parcours et également de prise en charge en soins par la mobilisation des acteurs des champs médico-social et sanitaire.

Dispositifs d'appui à la coordination – DAC

Il s'inscrit dans la réorganisation issue de la loi de Modernisation de notre système de santé. Il a pour mission d'assurer une réponse globale aux demandes d'appui des professionnels et acteurs de santé, de contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants et de participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours complexes.

Le [DAC](#) Ardèche résulte de la fusion du réseau de santé Appui santé 07 et des 3 [MAIA](#) du département, il est opérationnel depuis octobre 2022. Les équipes pluridisciplinaires constituées en 3 antennes couvrent chacune un territoire et sont missionnées pour répondre à l'ensemble des besoins en matière de parcours complexes. Le DAC est en charge également de l'accompagnement des patients souffrant de covid long.

Communautés 360

Opérationnelle depuis octobre 2022, la Communauté 360 est portée par un organisme gestionnaire. Elle est pilotée par un comité territorial départemental présidé par la direction départementale de l'ARS, le Préfet, le Département. En Ardèche, cette présidence est complétée par un collectif représentant des usagers.

- Le COTER est composé des services mandataires judiciaires, des organismes d'assurance maladie, des services sociaux départementaux et MDPH, de l'association des maires de France, les représentants des CCAS/CIAS, des services départementaux de l'État, des membres du service public de l'emploi et service public de l'insertion et de l'emploi, les bailleurs sociaux, les fédérations d'organismes gestionnaires médico-sociaux.
- La Communauté 360 a pour missions d'organiser des solutions concrètes répondant aux aspirations des personnes et de leurs aidants, en première intention, dans le droit commun ; de repérer les personnes sans solution pour leur proposer un plan co-construit avec les acteurs du territoire et en premier lieu les associations d'usagers ; d'être un levier d'innovation et de transformation de l'offre de droit commun et spécialisée en lien avec les acteurs institutionnels.

PERSPECTIVES

- Mobiliser les usagers, leurs aidants dans les travaux de la Communauté 360 et d'identifier les causes du non recours aux droits des usagers ;
- Promouvoir la pair-aidance et l'autodétermination ;
- Suivre le lancement du COLAB 360 et de s'appuyer sur les quatre groupes de travail ayant chacun une thématique (l'accès aux soins somatiques, la communication inclusive, l'accès aux sports et loisirs, l'anticipation et la réponse à une situation d'urgence).

3.2.7 Prévention et accès aux soins

Les services de soins infirmiers à domicile – SSIAD

Le département de l'Ardèche compte 20 places dédiées aux personnes en situation de handicap. Elles sont gérées par des organismes gestionnaires détenteurs également d'une autorisation [SSIAD](#) à destination des personnes âgées.

PERSPECTIVES

- Rendre cette offre plus lisible sur l'aspect qualitatif de la prise en charge pour vérifier la réponse effective aux besoins et renforcer la structuration de l'offre de service ;

- Soutenir le renfort entre les [SSIAD](#) et les acteurs du médicosocial ;
- Accompagner la mise en œuvre la réforme des [SSIAD](#) en service d'aide à l'autonomie à domicile.

Actions de prévention

Dans le cadre de la contractualisation CPOM les objectifs en matière de santé publique sont traduits par l'inscription d'actions en lien avec la déclinaison départementale du plan cancer, des actions à conduire en matière de santé bucco-dentaire, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'addictologie.

PERSPECTIVES

La réalisation d'un diagnostic territorial portant sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap permettra d'identifier les besoins et leviers pour en faciliter l'accès.

Santé mentale

Le [PTSM](#) : Les organismes gestionnaires sont tous engagés au travers de fiches action qui ont été collectivement élaborées. L'Agence est en appui de la déclinaison stratégique et opérationnelle de ce plan.

La [MDA](#) : Une Maison départementale des adolescents a été installée, en 2021, dans le bassin d'Annonay et est portée par le centre hospitalier Sainte Marie. Elle a été saisie par 202 personnes en 2022 dont 39 adolescents qui l'ont contactée en direct.

4. [15] - DÉPARTEMENT DU CANTAL

4.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES AGÉES - CANTAL

Compte tenu du maillage territorial actuel sur le département du Cantal, des difficultés structurelles, financières et d'activité de certains établissements et services et des enjeux d'adaptation de l'offre d'hébergement et de maintien à domicile à destination des personnes âgées, une importante restructuration de l'offre en collaboration étroite avec les acteurs et le conseil départemental, doit être conduite et renforcée afin de répondre aux besoins identifiés notamment d'accompagnement de la grande dépendance.

L'objectif est bien de rééquilibrer et d'adapter l'offre existante à destination des personnes âgées en s'appuyant sur une dynamique de recomposition de l'offre tout en intégrant l'axe du virage domiciliaire, le soutien aux aidants et en facilitant le parcours de soins et de vie de la personne en perte d'autonomie.

Cette démarche doit conduire à la mise en place de stratégies communes de recomposition pour bassins de vie afin de conforter et diversifier le fonctionnement de certaines structures, faire évoluer les modes d'accompagnement et proposer de nouvelles prestations par transfert de capacités d'hébergement permanent sur des territoires infra-départementaux prioritaires.

Cette reconfiguration ne pourra aboutir que par une mobilisation de l'ensemble des acteurs, une coopération poussée et un appui de structures sanitaires et de ville.

4.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes souffrant de maladies neurodégénératives, il est envisagé de travailler sur différents points pour améliorer le dispositif en place.

Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA / Equipes spécialisées Alzheimer – ESA

Le Cantal dispose de 6 PASA pour une capacité totale de 82 places.

Il conviendra de conforter cette prestation en optimisant et questionnant l'activité de ceux existants et d'améliorer le maillage en identifiant les implantations géographiques pertinentes. La mutualisation de PASA dans un même territoire en faveur des EHPAD dont l'architecture ne permet pas son installation est à envisager.

20 places d'Equipes Spécialisées Alzheimer sont mises en place ; une réflexion partagée sur les zones d'intervention et l'offre proposée permettra de définir un meilleur maillage départemental.

Unités de vie protégée – UVP, Unités pour personnes handicapées vieillissantes – PHV

Plusieurs UVP sont implantées avec des fonctionnements, des modalités d'accompagnement et une qualité architecturale variables. Ces unités sont amenées à se développer au regard des besoins et des projets proposés par les gestionnaires d'établissement. Il semble intéressant de participer à la définition d'un socle minimal commun d'organisation et de fonctionnement des UVP afin de garantir une prise en charge adaptée sur l'ensemble du département.

Trois structures (EAM) disposent chacune d'une unité dédiée pour PHV sur le territoire pour 28 places autorisées au total et certains EHPAD sans « labellisation spécifique » accueillent également des PHV. Cette offre semble répondre à un besoin croissant sur le département. C'est un axe du schéma départemental de l'autonomie qui dans le cadre des travaux conduits par le Département devra préalablement permettre d'affiner le public ciblé, les besoins précis d'accompagnement pour identifier des projets par redéploiement de places actuellement sous occupées. Les développements de nouvelles places seront étudiés de manière prioritaire sur les territoires conduisant des projets de recomposition de l'offre.

Dans le cadre du PMND, le département dispose d'une offre en EAM en direction de publics spécifiques pour la prise en charge des personnes atteintes de Sclérose en Plaque et Cérébrolésées. Des évolutions en lien avec les gestionnaires concernés permettant de

mettre à profit les compétences et ressources internes des professionnels qualifiés au service des autres partenaires de l'ouest de la région sont en cours en appui au diagnostic et à l'accompagnement. Les autres établissements du département doivent considérer ces établissements comme des « centres ressources » et le partenariat avec ces structures doit être recherché lorsque d'autres établissements ou services sont amenés à développer des projets de service sur ces spécialisations. Un appui à la structuration de ces prestations devra être apporté. Dans le cadre de la filière personnes âgées du département et afin de faciliter les parcours, des coopérations doivent être envisagées avec les services sanitaires et tout particulièrement les services d'[USLD](#) et SSR.

Unité d'hébergement renforcé – UHR

Le département bénéficie d'une Unité d'hébergement renforcé ([UHR](#)) médico-sociale sur le bassin d'Aurillac.

Ce dispositif doit s'inscrire dans l'évaluation régionale des UHR médico-sociales et sanitaires et accompagner l'évolution de l'offre en fonction des résultats de l'évaluation régionale.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Plateforme de répit – PFR

Dans le département, 14 EHPAD disposent de places d'HT pour un total de 52 places autorisées et 37 places d'accueil de jour pour 4 services. Trois places d'hébergement temporaire (HT) financées par redéploiement de moyens et programmées dans le SRS 2018-2023 ont été installées ainsi qu'une offre d'accueil de jour souple de 6 places sur le [BSI](#) de Saint Flour et un renforcement de la Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants des personnes âgées sur le département.

La consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle, dans le département, à :

- poursuivre et accélérer la transformation de places d'hébergement permanent en offre de répit et/ou en accueil de jour ou en hébergement temporaire couplée avec des prises en charge à domicile,
- envisager le déploiement de places d'accueil de nuit par redéploiement,
- réexaminer la situation des services accueils de jour en les adaptant aux besoins afin de structurer une offre efficiente et de qualité sur les trois,
- consolider les prestations complémentaires proposées par la PFAR sur l'ensemble du département par convention et en articulation avec les autres acteurs du secteur.

4.1.2 Soutenir à domicile

Réforme tarifaire des Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD et Services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD ; Mise en œuvre des services autonomie à domicile – SAD

A ce jour, 510 places de [SSIAD](#) sont autorisées dont 22 pour des personnes en situation de handicap, un seul SSIAD fonctionne en [SPASAD](#) sur le département, et aucun ne bénéficie du soutien psychologue en SSIAD. L'offre de SSIAD doit quant à elle être réétudiée afin d'améliorer les modalités d'organisation en soins, rééquilibrer les zones d'intervention pour une ouverture optimale et efficiente et renforcer les services SSIAD sans les déséquilibrer dans le contexte de la mise en place des services autonomie à domicile ([SAD](#)). Dans l'objectif d'égalité d'accès et de couverture territoriale lisible et équilibrée, il conviendra d'anticiper et de définir le maillage territorial des futurs Services autonomie à domicile (SAD).

Centre de ressources territorial – CRT

Dans les prochaines années, le Cantal se verra attribuer un CRT. Il s'agira d'accompagner son installation et sa montée en charge.

4.1.3 Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques dans les territoires

Les structures se trouvent confrontées à des difficultés de plusieurs ordres :

- de recrutement et d'attractivité des professionnels toutes catégories et tout particulièrement des médecins coordonnateurs, IDEC, directeurs avec des besoins d'accompagnement sur le plan managérial, liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique pour certains établissements, en effet, la majorité des EHPAD (28 sur 40, soit 70 %) dispose d'une capacité inférieure à 80 places et 5 d'entre eux disposent de moins de 50 places ;
- de gouvernance, d'organisation globale et financière avec un accroissement des EHPAD cumulant des difficultés majeures (25 EHPAD sur 40) ;
- d'activité avec des taux d'occupation en hébergement permanent en diminution, qui fluctuent et des durées moyennes de séjours réduites du fait d'entrées tardives en EHPAD ;

- d'inadaptation du bâti qui ne répond plus aux attentes des usagers et aux exigences de qualité et d'efficacité nécessaires aux prises en charge ;
- de continuité des prises en charge.

Ces difficultés doivent conduire l'ensemble des parties prenantes d'un territoire de proximité, à travailler en concertation sur des scénarios de partenariats, de mutualisations, de regroupement de nouvelles gouvernances et/ou de recomposition de l'offre pour faire face aux nouveaux enjeux locaux, compléter et renforcer les actions déjà menées comme le développement de directions communes (7 pour des EHPAD relevant de la Fonction publique Hospitalière) ou le partage de compétences.

Ces initiatives doivent être renforcées et confortées en structurant et sécurisant la gouvernance des EHPAD (équipe de direction multi établissements avec pour chaque site des postes d'adjoint en charge du management de proximité), en identifiant des actions communes facilitant le recrutement partagé de ressources rares ou spécifiques, et en recherchant des économies d'échelle. La mise en place d'une véritable culture de la coopération par territoire (mise en réseaux, formations communes, protocoles partagés) facilitera le développement des différents partenariats.

Recomposition de l'offre d'hébergement permanent

Suite aux constats partagés que certains territoires concentrent ces difficultés et présentent un nombre de places en HP importants non occupées et dont l'hébergement proposé n'est plus adapté à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et à la demande, les actions de recomposition de l'offre de places d'HP par bassin sont à définir et à mener. Cet enjeu de recomposition de l'offre en faveur des personnes âgées, de diversification et de développement de prestations nouvelles ne pourra aboutir que par redéploiement des moyens existants sur le département du Cantal.

Les solutions de transformation de l'offre proposées par adaptation des modes d'hébergement et par répartition des activités sur certains EHPAD, devraient tendre :

- à l'identification et au calibrage d'un EHPAD par bassin, de taille économiquement viable offrant des modes de prises en charge diversifiées, avec une plateforme de prestations tournée vers le domicile offrant des services de proximité en direction des personnes âgées. Cette recomposition par bassin devrait également permettre le rééquilibrage des places et une

diversification et optimisation des modalités d'accompagnement ;

- au regroupement rapide des EHPAD disposant de capacités modestes afin d'optimiser les moyens et de partager les coûts de fonctionnement, et en lien avec le centre hospitalier local et ou le GHT du département ;
- à une recherche de solutions et d'accompagnement par un « engagement » des acteurs concernés et des autorités, pour les structures identifiées comme « de référence » sur un bassin et /ou pas en difficultés.

Ces solutions et regroupements ont pour objectif d'assurer une continuité de gouvernance, de garantir des prises en charge soins sécurisées et répondant aux normes de qualité recommandées afin de maintenir une offre adaptée.

Prévention / Infirmier de nuit

Le déploiement de certains dispositifs construits de manière collective et partagé doivent être un levier comme des actions de prévention partagés sur des thématiques tel que les chutes, la dénutrition ou le dispositif d'infirmiers de nuit intéressant pour répondre aux attentes des établissements qui peuvent être très isolés d'un point de vue géographique dans le département et éviter des hospitalisations inutiles. Le dispositif validé sur le bassin d'Aurillac devra être réellement mis en place et dynamisé.

4.1.4 Promouvoir les parcours coordonnés

L'enjeu de fluidification du parcours des personnes âgées et de réduction des hospitalisations doit inciter les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées et notamment les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées à poursuivre et développer leurs interactions sur leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH et sanitaires (télé-médecine, ressources médicales et ressources spécialisées) en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches.

Dans le département du Cantal, il s'agira :

- de développer le renfort du sanitaire au médico-social par les dispositifs d'appui et d'expertise du secteur sanitaire que sont l'EMH, l'EM soins

palliatifs, l'[HAD](#) pour les interventions à domicile et en institution, l'appui au diagnostic par un gériatre avec la plateforme personnes âgées du CH d'Aurillac pour les professionnels de santé,

- de structurer la filière gériatrique et de renforcer l'appui du GHT,
- de mettre en place un dispositif hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation afin de limiter la durée d'hospitalisation et proposer un accueil en proximité du lieu de résidence. La reconnaissance de places d'Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) sera favorisée (en premier sur le bassin d'Aurillac),
- d'asseoir le déploiement du Dispositif d'appui à la coordination ([DAC](#)) en favorisant les synergies avec les acteurs pour fluidifier le parcours des cas complexes.

Pour les établissements et services :

- de participer aux travaux menés par les coordonnateurs territoriaux des contrats locaux de santé avec comme objectif de favoriser l'interconnaissance des acteurs d'un bassin, de faciliter des actions de prévention partagées, et de développer des passerelles inter secteur ville sanitaire médico-social,
- de mobiliser tous les leviers de coopération et d'optimisation entre établissements et services PA et/ou PH, sanitaires, médecines de ville (télé médecine, ressources partagées...) et d'organiser les coopérations dans une logique interdépartementale et infra-territoriale,
- de participer aux actions de recomposition de l'offre afin de répondre à des besoins spécifiques en cohérence avec les orientations des autorités.

4.2 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP - CANTAL

De façon générale, le département du Cantal devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap.

4.2.1 Prévention, repérage, et dépistages précoces

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP
Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP
Plateforme de coordination et d'orientation – PCO

Le département dispose :

- d'un [CMPP](#) départemental avec deux antennes (St Flour et Mauriac). L'antenne de Mauriac a été créée en 2019 par transformation d'un service expérimental avec des modalités d'actions spécifiques ;
- d'un [CAMSP](#) et de l'intervention d'un CAMSP interdépartemental sur le nord-est du département ;
- d'une Plateforme de coordination et d'orientation (PICO CAP) 0-6 ans interdépartementale qui assure une couverture pour l'ouest de la région (les départements du 03-15-63) pour les TND. Cette [PCO](#) est bien identifiée par les acteurs du territoire.

PERSPECTIVES

- La coordination des réponses apportées par les acteurs du repérage précoce ([CAMSP/CMPP/PCO](#)) notamment sur le champ des troubles neuro-développementaux (TND) devra être renforcée (échanges de pratiques, de compétences et spécialisation sur une thématique) en lien avec les acteurs qui assurent ensuite, l'accompagnement sur le département ainsi que l'identification des besoins des offres d'aval afin de fluidifier les parcours des enfants et éviter des situations de ruptures ;
- Le CMPP devra poursuivre l'évolution de ses modes d'accompagnement, se conformer au cahier des charges régional actualisé, à la mise en œuvre des RBPP et mettre en œuvre un plan d'action qualité. Il devra également s'assurer de l'accompagnement de personnes porteuses de troubles complexes des apprentissages et notamment de troubles DYS et de la communication, et développer l'articulation avec le centre de référence et les services IESHA et SESSAD ;
- Pour le CAMSP et le CAMSP interdépartemental, leur articulation et leur rôle pivot dans l'appui au diagnostic simple de niveau 2 devront être renforcés et confortés ;
- La [PCO](#) devra être structurée et adaptée aux besoins de la zone d'intervention couverte qui est large. Le déploiement d'une PCO 7- 12 ans complétera ce dispositif dès 2023.

Diagnostic des adultes TSA et rôle des équipes autisme

L'unité de primo diagnostic pour les TSA joue pleinement son rôle en lien avec le Centre Ressources Autisme ainsi que l'équipe mobile autisme départementale.

PERSPECTIVES

Le diagnostic pour les adultes autistes notamment reste insuffisant et une réflexion sur ses modalités pourrait être menée en appui des centres existants

4.2.2 Offres pour les enfants en situation de handicap

En application des conventions de coopération pour l'école inclusive, 2016-2022 puis 2023-2028, signées entre l'ARS et les 3 académies de la région, plusieurs champs d'action prioritaires sont identifiés.

Scolarisation

Externalisation des unités d'enseignement

Les 6 unités d'enseignement disposent de modalités externalisées vers des écoles primaires ou collèges. Le service de pédopsychiatrie bénéficie également d'une unité d'enseignement dont un temps externalisé dans une école primaire ; 8 conventions d'externalisations ont été signées et 2 dispositifs innovants d'accompagnement à la scolarité ont été formalisés par une convention de partenariat.

Depuis 2016, le taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants accompagnés en ESMS a augmenté. 38,2 % des enfants des établissements médico-sociaux bénéficient pour tout ou partie d'une scolarisation en milieu ordinaire, contre une moyenne régionale de 37 %.

Le DITEP dispose de 3 dispositifs d'enseignement externalisés sur Aurillac et St Flour.

Depuis 2021, une équipe mobile d'appui médico-social pour la scolarisation (EMAS) des enfants en situation de handicap apporte en appui des professionnels de l'Education nationale.

L'instauration en juin 2020 du comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI) a permis de renforcer la synergie entre les acteurs.

PERSPECTIVES

- Poursuivre la coopération entre acteurs (usagers, MDPH, EN, ESMS, ARS, PJJ, ASE...) pour la déclinaison de la convention et valoriser les expériences locales.

L'accompagnement des projets améliorant le parcours scolaire des enfants en situation de handicap, avec une visée inclusive et qualitative.

Unité d'enseignement autisme

Deux Unités d'enseignement maternelle autisme UEMA de 7 places et une Unité d'enseignement élémentaire autisme UEEA dans le bassin d'Aurillac et le sud Cantal sont mises en place avec un partenariat rapproché avec les services de l'Education Nationale.

Une équipe mobile Autisme enfants adultes a été déployée et couvre le département en lien très étroit avec le Centre Régional Autisme et accompagne les professionnels dans l'évolution de leurs pratiques.

PERSPECTIVES

Différents dispositifs envers les enfants TSA devront être confortés afin de fluidifier les parcours, d'où la nécessité de poursuivre l'accompagner spécifiques des enfants sortants d'UEMA.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

Globalement le territoire est couvert par ces services. Toutefois, on peut noter, dans des zones plus difficiles d'accès, en particulier le Nord Est et Ouest Cantal, des besoins « DYS TSA », en raison notamment d'un manque de spécialistes orthophonistes.

Les SESSAD ayant une zone d'intervention départementale (spécialisés dans les TSA, troubles complexes du langage) ont fait évoluer leurs modalités d'actions et développer des mutualisations poussées avec les autres SESSAD implantés par bassins plus généralistes. Les besoins pour ces deux types de déficience sont croissants et concernent l'ensemble du territoire départemental.

Le service accueillant des enfants avec des difficultés complexes du langage a bénéficié d'une extension fin 2021 ainsi que celui pour des enfants avec des troubles psychologiques du comportement.

PERSPECTIVES

- Afin de mieux apprécier la couverture des besoins par les SESSAD, l'ARS lancera une étude régionale.

Partage de ressources entre les SESSAD à encourager et organisation entre niveau 1 (polyvalent) et niveau 2 (spécialisé) à conforter.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP et fonctionnement en dispositif intégré

Le dispositif Intégré DITEP a été mis en place afin de couvrir, sur 3 sites, l'intégralité du département via

différentes modalités d'accompagnement : 63 en DITEP, dont 29 internat 26 semi-internat, 2 en répit, 4 en Hébergement éclaté, 2 en famille d'accueil et 60 places ambulatoires de SESSAD.

PERSPECTIVES

- Poursuite des actions mises en œuvre dans le cadre du plan d'action départemental et évaluations des réalisations.
- Mettre l'accent sur l'amélioration des parcours des jeunes, notamment complexes, par :
 - l'anticipation des situations et diversification des formules d'accompagnement,
 - le renforcement du travail partenarial et la communication notamment avec les services de la pédopsychiatrie.

Instituts médico-éducatifs – IME et fonctionnement en dispositif intégré

Un projet multi partenarial porté par les organismes gestionnaires du secteur de l'enfance handicapée a permis de développer des prestations d'accueil séquentiel-répit à la carte sur différents sites délocalisés du département. Par ailleurs et compte tenu du positionnement de certains établissements cantaliens, limitrophes d'autres départements et d'autres régions, des flux de population, les complémentarités entre les établissements de proximité existent et doivent perdurer.

PERSPECTIVES

Les 3 IME implantés dans les 3 bassins de vie, pourront évoluer vers un fonctionnement en Dispositif (DIME), à l'instar des DITEP, dans le cadre de l'évolution réglementaire. Les projets de Dispositif inscrits dans les CPOM devront permettre une diversification des prestations proposées.

Pôles de compétences et de prestations externalisées – PCPE

Un seul PCPE est présent, dans le bassin d'Aurillac, pour les personnes déficientes intellectuelles et les enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme. Il joue un rôle préventif en intervenant sur les listes d'attente et facilite la planification de certaines réponses en partenariat étroit avec la MDPH, et la Communauté 360.

Aide sociale à l'enfance (ASE) handicap

Le besoin d'une unité de vie dédiée pour des enfants en situations complexes et simultanément bénéficiaires d'une orientation par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et d'une mesure

de protection de l'enfance est avéré. Dans le cadre du déploiement de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, l'ARS souhaite développer cette offre d'accompagnement permettant un temps de pause et d'affiner le projet de vie des enfants déjà repérés avec un étayage en amont et en aval des partenaires.

4.2.3 Offres pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Le département a bénéficié, à compter de 2018, d'une expérimentation relative au dispositif de l'emploi accompagné, dans un cadre interdépartemental avec l'Allier et le Puy-de-Dôme. En 2022, le dispositif est devenu la plateforme départementale de l'emploi accompagné et portée par un acteur local, couvrant l'ensemble du département avec un élargissement à tout type de handicap pour une cible de 60 parcours dans une bonne dynamique partenariale.

Les échanges sont favorisés avec les employeurs des trois bassins de vie Mauriac-Aurillac et Saint Flour pour permettre le recrutement des personnes accompagnées. 42 personnes avec TSA, Déficiants psychiques, intellectuels et pluri handicap ont été accompagnées en 2022.

PERSPECTIVES

L'opérateur devra atteindre sa cible de file active en 2023.

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

7 ESAT couvrent l'ensemble du département, dont un spécialisé dans l'accueil des travailleurs handicapés (TH) présentant des troubles psychiques, un autre pour l'accueil de personnes avec un handicap moteur et un ESAT Hors les murs. Le CPOM de chacun des ESAT présente un objectif de développement de l'insertion en milieu ordinaire des TH, soit par des mises à disposition, soit par des embauches directes.

L'objectif principal est de développer le parcours professionnel des travailleurs, notamment vers la découverte et l'insertion dans le droit commun, en renforçant et professionnalisant l'accompagnement des TH et des entreprises. Une réflexion partenariale reste à mener sur la mutualisation des listes d'attente et l'évolution de l'accompagnement des TH vieillissants. La bonne articulation et la cohérence des différents dispositifs portés par l'ARS et la DDETS-PP est à renforcer notamment.

PERSPECTIVES

Réflexion partenariale à mener sur la mutualisation des listes d'attente et l'évolution de l'accompagnement des TH vieillissants. La bonne articulation et la cohérence des différents dispositifs portés par l'ARS et la DDETS-PP est à renforcer notamment.

Etablissement et service de réadaptation professionnelle – ESRP

Le département ne dispose pas de structure de ce type. Les usagers sont orientés vers les départements en proximité en particulier le Puy-de-Dôme.

PERSPECTIVES

Une réflexion pour la mise en place d'une antenne d'un département limitrophe ou d'une offre bi départementale Cantal/Haute-Loire ou Cantal/Puy-de-Dôme pourrait être lancée.

Soutien à l'autonomie des adultes

Deux dispositifs d'habitat inclusif ont été mis en place dans le département :

- 11 places réparties sur des sites de Mauriac et Aurillac avec un relai par l'Aide à la vie partagée en 2024 ;
- places à venir à Aurillac, accompagnement en milieu de vie ordinaire pour handicapés moteur.
- Le département dispose de 2 SAMSAH tous types de déficience couvrant le département :
- un de 8 places créé fin 2022 par un collectif « consortium » ;
- un de 39 places disposant d'antennes territoriales et de 5 places destinées au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif.

PERSPECTIVES

Des besoins d'accompagnement pour des personnes avec un handicap psychique sont repérés. Le développement de ces services devra être recherché par redéploiement à partir de l'offre d'établissements.

4.2.4 Offres médicalisées avec hébergement

Maison d'accueil spécialisée – MAS Etablissement d'accueil médicalisé – EAM

Le département du Cantal apparaît comme disposant d'une offre importante et diversifiée pour le secteur

adulte. Toutefois, le repérage des adultes TSA, cérébrolésés et Handicap rare est insuffisamment développé sur le département en l'absence d'unité dédiée. De plus, les [MAS](#) du département accueillent en urgence des personnes lourdement handicapées des départements proches en région. Certains établissements EAM « spécialisés » accueillant des personnes atteintes de sclérose en plaque et victimes de cérébrolésion ont une zone d'attraction large interdépartementale voir régionale.

PERSPECTIVES

En raison de leur zone d'attraction étendue, ces deux structures spécialisées cités plus haut doivent développer leur fonction ressources pour d'autres professionnels. Un accompagnement vers des projets expérimentaux type équipe mobile de diagnostic spécialisée ou lieu ressources en redéploiement sont à envisager en raison de leur attractivité. Il s'agit également de les inscrire dans une dynamique de réseau à l'échelle départementale par le développement de filière type AVC et régionale compte tenu du développement de l'offre sur ces deux pathologies. Des situations complexes pour des personnes TSA ou Polyhandicapées nécessitant un temps d'accompagnement éducatif important dans le cadre de petites unités de vie résidentielles sont repérées. Une réflexion sur l'adaptation et la réponse de ces accompagnements doit être menée.

Personnes handicapées vieillissantes - PHV

3 Unités de vie PHV de 8 places chacune en EAM autorisées et reconnues. Des unités dédiées aux travailleurs handicapés vieillissants travaillant à temps partiel, ont aussi été créées par le CD 15, adossées aux foyers d'hébergement. Des EHPAD les accueillent également lorsque leur projet correspond, dans le cadre d'adaptation ou le développement de sections en EHPAD, et avec un partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap.

PERSPECTIVES

- Réflexion partenariale à mener, au niveau des 3 bassins de vie, sur le repérage des différents profils de PHV et sur l'accompagnement à proposer au regard des besoins clairement identifiés ;
- Evaluer la pertinence et optimiser le fonctionnement des unités [FAM](#) actuelles ;
- Envisager leur accueil avec un projet spécifique PHV dans des unités accolées à des structures médico-sociales existantes afin de répondre aux besoins non satisfaits sur les territoires en lien avec la recomposition de l'offre PA.

4.2.5 Aides à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants-répit

Pair-aidance et auto-détermination

Au 1^{er} janvier 2023, le département est doté de 3 GEM. 2 sont dédiés au handicap psychique (Aurillac et St-Flour) et 1 GEM (Aurillac), créé en 2022, est consacré à l'autisme.

PERSPECTIVES

Déployer les dispositifs d'autodétermination et de pair-aidance dans le département, en liaison avec la communauté 360.

Aide aux aidants - répit

Une Plateforme d'Accompagnement et de Répît (PFAR) a été déployée par le même porteur que la PFAR Personnes Agées, en 2021, à destination des accompagnants des personnes enfants et adultes, atteintes de tous types de déficiences. Elle accompagne les aidants dans leurs démarches et propose, en complémentarité des dispositifs déjà existants, différentes prestations dont une offre de répît à la carte de quelques heures ou plus en fonction des besoins repérés. Ses actions doivent être articulées avec celles des acteurs du secteur afin d'optimiser les réponses communes.

PERSPECTIVES

Evaluer la réponse aux besoins proposée par la plateforme de répît et par les offres existantes (HT, AJ). Améliorer leur efficacité le cas échéant et déployer des formules de répît par recompositions d'offres.

4.2.6 Territoires de parcours et de coopération au service de la RAPT

Communauté 360

De façon générale, les gestionnaires des ESSMS du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir une meilleure accessibilité et qualité. Ainsi, ils devront participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées et par territoire, aux travaux d'évolution des prestations offertes.

PERSPECTIVES

- Conforter la Communauté 360 portée par plusieurs acteurs, dans ses actions d'articulation et d'acculturation de l'ensemble des professionnels à de nouvelles pratiques et dans un objectif partagé et commun de réponse aux projets des usagers ;
- Développer le déploiement du soutien à l'autodétermination dans les modes d'interventions actuelles de la Communauté 360 et des acteurs du secteur par la sensibilisation et la formation des professionnels ;
- Encourager les initiatives et les projets portés par des collectifs d'acteurs favorisant les mutualisations et la construction de parcours adaptés ;
- Favoriser l'articulation et les échanges entre acteurs :
 - Pour la gestion de situations individuelles complexes dans l'optique de prévenir les ruptures de parcours ;
 - Par la mobilisation des leviers de coopération et d'optimisation de leurs ressources ;
 - Avec le secteur sanitaire psychiatrie et la pédopsychiatrie, en déclinaison du PTSM et de la stratégie pour le handicap psychique.
- Encourager les partenariats historiques et nouveaux et l'utilisation des outils e-santé et Via Trajectoire PH tels que déployés en région Auvergn-Rhône-Alpes.

4.2.7 Prévention et accès aux soins

La rareté de certaines ressources, les difficultés de recrutement et de fidélisation, toutes catégories de professionnels, de certaines structures obligent les organismes gestionnaires PA/PH à mobiliser tous les leviers de coopération possible (mutualisation, regroupement voire fusion) et à partager leurs ressources (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées).

Certains établissements sont prêts à être « pôle ressources » dans le territoire en mobilisant les compétences internes et développant des services dits expérimentaux type équipe mobile dédiée ou pôle ressources à disposition des autres professionnels.

La montée en charge et la communication du dispositif Handiconsult impulsé par un collectif d'acteurs sanitaires et médico-sociaux publics et privés, doivent être accompagnées sur le territoire du sud-ouest de la région.

PERSPECTIVES

Face à l'évolution des profils accompagnés, les partenariats avec la psychiatrie seront également à renforcer et stabiliser.

Poursuivre les actions de fluidification des parcours aux âges charnières de la vie (passage enfant-adulte, et lors de la perte d'autonomie liée au vieillissement) par le rapprochement des acteurs du handicap et du grand âge, et par un meilleur repérage des signes du vieillissement et des actions de prévention.

5. [26] - DÉPARTEMENT DE LA DRÔME

5.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES ÂGÉES - DRÔME

Dans le cadre du PRS, une importante restructuration de l'offre pour personnes âgées lors de la période 2018 - 2022, en collaboration étroite avec le Département de la Drôme, a été conduite afin de répondre aux besoins identifiés en infra-départemental. En parallèle de cette recomposition, et au regard des besoins projetés (démographie), la Drôme continue à être identifiée comme prioritaire.

5.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA Equipes spécialisées Alzheimer – ESA

La Drôme dispose de 16 Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) pour une capacité totale de 218 places. Depuis 2018, 4 PASA de 14 places chacun ont été installés.

PERSPECTIVES

La Drôme demeure prioritaire pour la création de PASA. L'objectif est de développer l'offre de PASA prioritairement dans les EHPAD de plus de 80 places en tenant compte également de spécificités locales.

Le département est couvert par 5 équipes spécialisées Alzheimer à Domicile (ESA). Le délai d'attente est de 3 à 9 mois selon les équipes. Depuis 2018, 15 nouvelles places ont été autorisées dont 5 places sont en cours d'installation sur 2023 afin de couvrir la dernière zone blanche du Nyons-Baronnies (suite à restructuration de l'offre).

Il est prévu d'évaluer l'offre actuelle proposée par les ESA et redéfinir le cas échéant le territoire d'intervention en fonction des résultats de l'étude. Il s'agira de renforcer les ESAD présentant un taux d'équipement inférieur à la moyenne départementale.

Unités de vie protégée – UVP / Unités pour personnes handicapées vieillissantes – PHV

Le département de la Drôme comptabilise 40 Unités de vie protégée (UVP) au sein des EHPAD pour un total de 811 lits installés en hébergement permanent

(20,90% de l'offre globale en HP) et 53 lits d'hébergement temporaire (soit 50% de l'offre en HT). A noter que deux EHPAD sont totalement dédiés à la prise en charge des personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives. Le fonctionnement des unités, les modalités d'accompagnement et la qualité architecturale sont inégaux en l'absence de cahier des charges national.

A l'avenir, il s'agira de participer à la définition d'un socle minimal commun d'organisation et de fonctionnement des UVP afin de garantir une prise en charge adaptée sur l'ensemble du département.

On compte sur le département une unité spécifique pour l'accompagnement des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) de 12 places au sein d'un EHPAD. Le Département de la Drôme a conduit des travaux dans l'objectif de favoriser le développement de l'offre à destination des personnes handicapées vieillissantes en lien avec les acteurs du secteur du handicap.

PERSPECTIVES

Au regard des travaux conduits et en partenariat avec le Département de la Drôme :

- Créer un espace de réflexion partagée sanitaire et médico-social autour des PHV en prenant appui sur les filières gérontologiques.
- Organiser de formations croisées acteurs du handicap et du grand âge.

Le département ne compte aucune prise en charge spécifique pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson et ce malgré les besoins, l'accompagnement et les collaborations spécifiques nécessaires.

Au titre du présent schéma, il conviendra de favoriser une meilleure connaissance de la maladie et de ses spécificités (formation des professionnels, désignation de personnes ressources, cahier des charges commun).

Unité d'hébergement renforcé – UHR

La Drôme compte une Unité d'hébergement renforcé (UHR) médico-sociale sur la filière gérontologique

Nord Drôme de 14 lits d'HP. Deux UHR sanitaires sont également positionnées l'une sur la filière Drôme Ardèche Centre et la seconde sur la filière Montilienne.

Les UHR devront être positionnées en structure d'appui et d'expertise au sein des filières gérologiques.

Une évaluation régionale des UHR médico-sociales et sanitaires sera conduite.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

Les travaux départementaux sur le répit ont permis de structurer l'offre d'hébergement temporaire (HT) par redéploiement de places existantes.

Il est prévu d'expérimenter de l'Hébergement temporaire d'urgence, l'évaluer et selon les résultats mener une réflexion sur l'extension de ce dispositif sur l'ensemble du département.

Les travaux de restructuration de l'offre ont permis de créer ou redéployer 45 places d'accueils de jour (AJ) afin de répondre à la réglementation et structurer une offre efficiente et de qualité.

Il s'agira de :

- Proposer un appel à candidatures d'AJ de 6 places sur le territoire de St Paul Trois Châteaux, et sur le territoire de Livron/Loriol.
- Engager une réflexion avec les acteurs locaux sur la réponse aux besoins sur le territoire des Baronnie.

En 2019, l'ARS et le Département de la Drôme ont souhaité définir de nouvelles perspectives pour l'offre de répit et soutien aux aidants. Pour cela, les pilotes [MAIA](#) et les 3 filières Gérologiques ont été mandatés pour réaliser un diagnostic territorial de l'offre de répit et d'aide aux aidants en la confrontant aux besoins des aidants, et ce de manière prospective. Les travaux de concertation ont abouti en 2022 à la validation d'un plan départemental en faveur du soutien des aidants en cours de mise en œuvre.

5.1.2 Soutenir à domicile

Le département de la Drôme compte 19 [SSIAD](#) pour 871 places pour personnes âgées de plus de 60 ans.

Les travaux de restructuration de l'offre engagés depuis 2018 ont permis de créer 22 places de SSIAD en 2023. Toutefois, l'analyse du taux d'équipement en SSIAD par territoire d'intervention montre de fortes

disparités. Depuis 2018, un [SSIAD](#) a bénéficié de la mesure de création de 0,50 ETP de psychologue, dispositif qui a été pérennisé en 2022.

Durant le présent schéma, il est programmé de :

- Créer ou renforcer les places de SSIAD par transformation des forfaits soins des résidences autonomes et des EHPA, sur les territoires déficitaires en lits d'hébergement permanent.
- Accompagner le secteur du domicile ([SSIAD](#) et [SPASAD](#)) dans le cadre du déploiement des réformes tarifaires et des [SAD](#). Un travail de concertation sera mené conjointement entre l'ARS et le Département de la Drôme afin de garantir l'égalité d'accès aux soins à domicile.
- Créer un 0,50 ETP de psychologue dans le cadre de l'appel à candidature régional en 2023.

Centre de ressources territorial – CRT

La FG Nord Drôme bénéficie de l'expérimentation d'un DRAD porté par un SSIAD jusqu'à la fin de l'année 2023. A ce titre, la Drôme n'a pas été prioritaire pour la création d'un Centre de Ressources Territorial (CRT).

PERSPECTIVES

Développer des CRT par appel à projets sur la base du cahier des charges national.

Plateforme de répit – PFR

La Drôme compte 3 Plateforme de répit ([PFR](#)), une par filière gérologique, dont une PFR installée en 2022 sur la FG Montilienne.

PERSPECTIVES

- Mettre en place un COPIL PFR/ARS/CD pour un suivi concerté des PFR et organiser des temps d'échanges entre pairs des PFR pour un échanges d'expérience et des pratiques dans une logique bi-départementale.
- Veiller à une couverture des zones blanches sur la FG Drôme Ardèche Centre par réorganisation de la PFR de Valence.

5.1.3 Reconfigurer et conforter les ressources gérologiques dans les territoires

Recomposition et développement de l'offre d'hébergement permanent

Le département de la Drôme est identifié comme prioritaire eu égard à son taux d'équipement actuel. Aussi dans l'hypothèse où la création de places d'hébergement permanent pourrait être programmée suite à l'ouverture de crédits, les priorités suivantes seront poursuivies :

- Améliorer l'offre sur les territoires infra départementaux les moins équipés.
- Privilégier les extensions de capacité des EHPAD de plus de 40 places.

L'ARS a conduit depuis 2018 des travaux de planification et restructuration de l'offre afin de développer une offre en hébergement permanent sur les territoires sous-dotés. Ces travaux ont permis de redéployer 128 places d'HP et la création de places de [SSIAD](#). A noter en 2021 et 2022, la médicalisation de 63 lits d'hébergement permanent.

PERSPECTIVES

durant le SRS, il conviendra de :

- Poursuivre la planification infra-territoriale de recomposition de l'offre avec le Département de la Drôme et en concertation avec les acteurs locaux.
- Diversifier l'offre médico-sociale, au regard des enjeux de prise en charge spécifique et du virage domiciliaire.

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité, peuvent conduire à travailler en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, sur des scénarios de partenariats, de nouvelles gouvernances et/ou de recomposition de l'offre. A ce titre, les projets pourront faire l'objet d'un accompagnement externe (étude de faisabilité et d'opportunité, accompagnements en mode projet...).

Infirmier de nuit

Le département de la Drôme a expérimenté le dispositif d'IDE de nuit dès 2018 au sein de la FG Nord Drôme. Depuis, deux nouveaux dispositifs se sont développés sur les deux autres FG. L'ensemble des dispositifs sont bi-départementaux et démontrent les capacités d'adaptation et de collaboration des acteurs du territoire aux bénéfices des résidents.

Une évaluation régionale des dispositifs doit permettre d'avoir une vision globale de leur activité et organisation, ainsi que de mesurer la pertinence des dispositifs d'astreinte ou de garde. Au regard de ces résultats, toutes les pistes seront analysées pour

permettre d'éviter les hospitalisations non programmées.

Plan d'aide à l'investissement – PAI

Depuis 2018, 11 projets immobiliers ont été soutenus soit au titre du Plan d'Aide à l'Investissement (PAI), soit au titre des Frais financiers. A noter qu'un EHPAD a été retenu pour développer un projet de tiers-lieux.

PERSPECTIVES

- Soutenir les projets de rénovation/reconstruction prioritairement les EHPAD de plus de 80 lits.
- Favoriser et soutenir les projets immobiliers incluant un projet d'ouverture vers l'extérieur.

Prévention

Concernant la prévention, des actions structurantes sur l'hygiène bucco-dentaire ont été développées dans la chaque filière (formation des personnels, malles de soins dentaires). L'accès aux soins dentaires des sujets âgés à domicile ou en EHPAD est complexe tout particulièrement pour les personnes âgées fortement dépendantes ou présentant des troubles cognitifs. Des actions de prévention sur des thématiques tel que les chutes, la dénutrition sont ponctuellement proposées par les acteurs locaux dans le cadre d'Appel à candidature régionaux.

PERSPECTIVES

Développer et structurer les actions de prévention et de repérage des fragilités dans le cadre des Filières gérontologiques.

- Mettre en œuvre les actions territoriales en faveur des personnes âgées de la stratégie départementale de lutte contre les cancers.
- Intégrer selon le diagnostic, un volet en faveur des personnes âgées au sein des Contrats Locaux de santé.

5.1.4 Promouvoir les parcours coordonnés

Les coopérations entre acteurs sont à soutenir notamment dans un contexte de tension RH en mobilisant tous les leviers de coopération et d'optimisation entre les établissements et services PA et/ou PH, sanitaires, médecines de ville (télémédecine, ressources partagées) ; en organisant les coopérations dans une logique interdépartementale et infra-territoriale.

Filières gérontologiques – FG

La Drôme compte 3 Filières gérontologiques (FG), elles sont toutes bi-départementales et sont co-animées par l'établissement de santé de référence et un acteur médico-social. Les filières se sont impliquées activement dans les démarches territoriales notamment sur la thématique du répit.

PERSPECTIVES

- S'inscrire dans l'évaluation régionale des filières en valorisant le travail de partenariats engagé par les filières.
- Ré-impulser l'animation des filières gérontologiques et réamorcer les comités stratégiques des FG 26-07 afin de définir de manière collaborative une nouvelle feuille de route pluriannuelle.

Les dispositifs d'appui et d'expertise par le secteur sanitaire sont développés au sein de chaque filière gérontologique. Pour autant, il est constaté des fonctionnements ou des propositions d'intervention non homogènes ce qui ne permet pas de garantir un égal accès des EHPAD à ces dispositifs. Il conviendra de :

- Approfondir le fonctionnement des EMG extrahospitalières dans le cadre d'un suivi de leur activité mené au niveau régional.
- Soutenir le recours aux EMSP.
- Encourager le recours au dispositif d'[HAD](#) pour des interventions à domicile ou en établissement afin de favoriser la fluidification du parcours de la personne âgée. Il s'agit notamment dans le cadre de la feuille de route nationale 2021/2026 de renforcer son attractivité et l'organisation territoriale.

Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation – HTSH

Concernant l'HT sortie d'hospitalisation, 3 EHPAD sont autorisés à proposer ce type d'HT dont 2 sur Valence et 1 sur Montélimar pour une capacité de 6 places.

Au titre du présent schéma, il est prévu de :

- Expérimenter l'Hébergement temporaire d'Urgence, l'évaluer et selon les résultats étendre ce dispositif sur l'ensemble du département.
- Soutenir le développement de l'offre d'HTSH sur la FG Nord Drôme.

Dispositif d'appui à la coordination – DAC

Le Dispositif d'appui à la coordination ([DAC](#)) permet d'apporter des réponses coordonnées aux professionnels confrontés à des personnes en difficulté dans leur parcours de santé. Le DAC de la Drôme a été mis en œuvre en juillet 2022 et est porté par Drôme Coordination Santé.

Il convient de poursuivre l'accompagnement du déploiement du DAC en favorisant les synergies avec les filières gérontologiques.

Le projet territorial en santé mentale, validé en décembre 2020, comporte 28 fiches action concernant différents publics (enfance, adolescence, jeunes...) et différentes étapes du parcours (repérage, accès aux soins, parcours, rétablissement, soins somatiques, gestion de crise, accompagnement...).

PERSPECTIVES

Mettre en œuvre les actions du PTSM 2021-2025 sur le champ des personnes âgées.

5.2 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP - DRÔME

5.2.1 Prévention, diagnostic et dépistage précoce

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP

Le département dispose de 4 [CMPP](#) et de 6 antennes qui accompagnaient, en 2020, plus de 1 600 enfants.

Dans le cadre du cahier des charges régional et compte tenu du maillage territorial, il n'a pas été fait le choix de nommer un CMPP « tête de pont » sur des

troubles spécifiques notamment « dys ». Sur ce champ, un SESSAD TLA intervient sur le bassin de Valence, élargi à l'Ardèche, et un PCPE, spécialisé dans l'accompagnement des TLA, a été créé sur le bassin Valentinois (intervention sur la partie drômoise).

PERSPECTIVES

poursuivre le déploiement du plan d'actions qualité ainsi que la diffusion et l'appropriation des RBPP dans l'ensemble des CMPP

Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP

Le département dispose de 3 [CAMSP](#) dont un avec une mission ressource autisme. L'accroissement de leurs files actives, ainsi que l'allongement des listes d'attente, impactent les activités déployées, les accompagnements des enfants ainsi que la précocité des prises en charge.

Plateforme de coordination et d'orientation – PCO

Une plateforme d'orientation et de coordination des troubles du neuro développement est en fonctionnement depuis 2021 en Ardèche-Drôme.

PERSPECTIVES

- Renforcer l'accès au diagnostic et aux accompagnements précoces sur le champ des TND et notamment en matière d'autisme
- Développer le maillage de la [PCO](#) Ardèche-Drôme et son articulation avec les différents niveaux d'offre
- Développer la [PCO](#) 7-12 ans en lien étroit avec l'éducation nationale (santé scolaire notamment)
- Poursuivre la structuration de l'offre médico-sociale sur le département en 3 niveaux (généralistes, spécialistes et experts) notamment en faveur du public présentant des TLA et TSA
- Renforcer et mobiliser les offres d'aval (sorties [CAMSP](#) notamment) afin de fluidifier les parcours des enfants et éviter les ruptures

5.2.2 Offres pour les enfants en situation de handicap

Scolarisation

En application de la convention du 21 septembre 2016, conclue entre l'ARS et les 3 académies de la région, et de la convention 2023 -2028.

Externalisation des unités d'enseignement

Le département dispose actuellement de 4 dispositifs externalisés pour 19 établissements disposant d'une unité d'enseignement comprenant un enseignant mis à disposition par l'Education nationale. Le taux d'unités actuellement externalisées s'élève donc à 21 %.

A la rentrée scolaire 2021, 4 054 élèves en situation de handicap sont scolarisés au sein d'un établissement de l'Education nationale dans le département de la Drôme, soit un taux d'évolution de 20,3 % entre 2017 et 2021. A la rentrée scolaire 2021, 446 enfants en situation de handicap sont accompagnés par un

établissement médico-social. Parmi ces enfants et jeunes, 27,5 % bénéficient d'une scolarisation, pour tout ou partie, à l'extérieur de l'établissement médico-social, en milieu ordinaire.

PERSPECTIVES

- Favoriser la scolarisation des enfants en situation de handicap notamment au sein d'une modalité inclusive.
- Développer plus spécifiquement la scolarisation pour les enfants atteints de polyhandicap.
- Poursuivre l'externalisation des unités d'enseignement, dans le 1^{er} et le second degré, pour tous types de handicap.

Unités d'enseignement maternelles et élémentaires Autisme – Dispositifs d'autorégulation

Trois UEMA sont en fonctionnement à Valence, Romans et Donzère.

PERSPECTIVES

Développer, au moins, une UEEA sur le département, et de dispositifs d'autorégulation selon moyens affectés.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

Certains services sont à vocation bi-départementale et couvrent l'Ardèche et la Drôme : les services pour déficients visuels et auditifs (SAAIS, SEFFIS) ainsi que le SESSAD TLA. Depuis 2018, plus de 130 places de SESSAD ont été créées sur le département (par redéploiement ou par mesures nouvelles). Ces places ont permis :

- L'extension des territoires d'intervention des SESSAD et de leur couverture géographique ainsi que la couverture de zones blanches ou insuffisamment couvertes préalablement (Nyons, Crestois/Diois notamment)
- Une augmentation du nombre d'enfants accompagnés par un SESSAD
- La création de 9 places dédiées aux TSA sur le Valentinois
- La création d'un SESSAD pro sur le nord Drôme

Néanmoins, le département présente un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale. Certains handicaps, spécifiquement psychique et autisme, ainsi que certains territoires (sud Drôme, Crestois/Diois, nord Drôme), sont aujourd'hui insuffisamment couverts.

PERSPECTIVES

poursuivre la transformation et la recomposition de l'offre notamment le développement de services tant généralistes que spécialisés.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP et fonctionnement en DITEP (Dispositif)

Les 4 ITEP du département, portés par 2 associations, fonctionnent en dispositif. Cette démarche s'est accompagnée d'une importante recomposition de l'offre pour permettre un accompagnement au plus proche des besoins, dans une dynamique inclusive et d'aller vers avec notamment :

- Une augmentation quantitative de l'offre (21 % de places supplémentaires entre 2015 et 2029, plus 82 % de jeunes accompagnés)
- Une diversification des accompagnements avec le développement de l'offre ambulatoire et de jour, notamment sur des zones blanches ou insuffisamment couvertes
- Le développement de la scolarisation en milieu ordinaire
- La création d'une équipe ressource DITEP sur le bassin Valentinois
- Le renforcement des relations avec les familles et leur implication croissante
- La consolidation des collaborations avec les professionnels de l'ASE, de la PJJ et de la MDPH

PERSPECTIVES

- Poursuivre le fonctionnement en dispositif en passant de 4 à 2 DITEP afin de développer davantage la souplesse administrative et des ajustements dans m'accompagnement des jeunes
- Harmoniser, dans le cadre des travaux régionaux, la mise en place d'indicateurs et d'un cadre commun sur l'ensemble du territoire pour faciliter le décompte de l'activité
- Décliner les 3 axes de la feuille de route départementale DITEP :
- renforcer la coopération entre territoires, l'interconnaissance entre établissements et l'articulation institutionnelle
- favoriser le repérage et le dépistage des situations sur les territoires
- poursuivre l'adéquation des réponses aux besoins identifiés

Instituts médico-éducatifs – IME et fonctionnement en dispositif

Le taux d'équipement IME, dans le département, se conforme à la moyenne régionale. Néanmoins, plusieurs constats peuvent être émis :

- Un IME, spécialisé dans les déficiences auditives avec troubles associés, est à vocation régionale voire interrégionale
- Une offre spécialisée en autisme pour enfants est très largement inférieure à la moyenne régionale (taux d'équipement de 0,58 contre 1,15 en Auvergne-Rhône-Alpes)
- Une offre insuffisante pour des déficiences et handicaps très sévères, relevant notamment de situations complexes
- Un allongement des listes d'attente et des délais d'entrée en IME (constat partagé en sortie d'UEMA, de [CAMSP](#) et de [PCO](#)).
- Une offre insuffisante sur le sud du département pour des enfants polyhandicapés et pour des enfants avec déficiences motrices ce qui génère des coûts, et des temps de transports, importants pour les enfants présentant une grande fatigabilité
- Une absence d'offre de proximité pour les enfants et adolescents sortants d'IEM et de SEM
- Un accroissement du nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement [Creton](#)

Un travail a été engagé avec la [MDA](#) et les IME du territoire sur une harmonisation et une priorisation des admissions en IME. A noter, un DAME en fonctionnement depuis fin 2021 sur le nord du département.

PERSPECTIVES

- Formaliser le DAME et promouvoir le fonctionnement en dispositif.
- Poursuivre la transformation et la diversification de l'offre ainsi que son organisation et sa répartition territoriale ; en adéquation avec les besoins identifiés (gain d'efficacité et optimisation des ressources) : favoriser l'accompagnement des situations complexes, ainsi que des déficiences les plus sévères.
- Développer la fluidité des parcours aux âges ou périodes charnières (3 ans, 6 ans, 16-25 ans) notamment pour les situations en amendement [Creton](#) et en matière de pré professionnalisation
- Développer l'autonomie sociale et l'accès au logement, dans une dynamique inclusive

- Poursuivre les travaux de priorisation et d'harmonisation des admissions.

Équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation – EMAS

3 équipes mobiles d'appui à la scolarisation fonctionnent sur le département sans couvrir le bassin Valentinois. De par ses missions complémentaires aux EMAS, l'équipe ressource DITEP intervient sur ce territoire. Perspective : un renforcement de la couverture des besoins serait nécessaire.

Pôles de compétences et de prestations externalisées – PCPE

A ce jour, 2 PCPE ont été labellisés sur le département avec pour public cible, les jeunes avec troubles du langage et des apprentissages et ceux présentant des troubles du spectre de l'autisme.

PERSPECTIVES

Le PCPE actuel, et ceux futurs, doivent jouer pleinement leur rôle dans le cadre du dispositif d'orientation permanent et de la Communauté 360. En particulier à titre préventif en intervenant sur les listes d'attente et en étant également à même de constituer une ressource pour le suivi de plans d'accompagnement global.

Aide sociale à l'enfance (ASE) handicap

Dans le cadre de la stratégie prévention et protection de l'enfance, l'État, le Département et l'ARS ont contractualisé, pour la période 2022-2024, sur les axes suivants :

- Créer des dispositifs adaptés ASE/handicap afin de garantir l'accompagnement des enfants protégés en situation de handicap.
- Dans ce cadre, 2 lieux de vie, adossés à une structure médico-sociale, ont été mis en œuvre et 2 autres sont en perspective.
- Mettre en place des dispositifs d'accompagnement global et des « passerelles » notamment pour les jeunes en situation de handicap
- Développer un projet innovant pour les situations complexes en articulation avec les professionnels de la pédopsychiatrie.

5.2.3 Offres pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Le dispositif d'emploi accompagné a été renforcé et élargi au public avec troubles du spectre de l'autisme. Depuis 2022, une plateforme départementale de l'emploi accompagné a été structurée et mise en œuvre sur le département.

Perspective : conforter le fonctionnement, l'activité de la plateforme et les coopérations locales

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

Le taux d'équipement en places d'ESAT est supérieur à la moyenne régionale. La Drôme comptabilise 19 ESAT (980 places) dont 4 hors les murs (64 places). Un ESAT a notamment une portée bi-départementale. A noter, que le taux d'équipement adulte, en faveur du handicap psychique, est très largement inférieur à la moyenne régionale (0,14 contre 0,44).

PERSPECTIVES

- Décliner et mettre en œuvre le plan de transformation des ESAT.
- Fluidifier et renforcer l'accompagnement des personnes dans leur parcours professionnel dans et hors ESAT dans une dynamique inclusive.
- Accompagner les projets de formation des travailleurs en situation de handicap ainsi que leur montée en compétences et employabilité.

Etablissement et service de réadaptation professionnelle – ESRP

Le département ne disposant pas de structure de ce type, les usagers sont orientés vers les départements limitrophes ou sur d'autres régions.

PERSPECTIVES

- Développer une offre [ESRP](#) sur le département.
- Développer les partenariats et articulations entre ESRP, ESAT et entreprises adaptées.

Soutien à l'autonomie

Accès au logement

Cinq projets d'habitat inclusif ont été déployés et soutenus sur le département. A échéance des conventions pluriannuelles, de forfait habitat inclusif, la continuité sera assurée par le Conseil départemental

à travers l'Aide à la vie partagée (AVP). Dans le cadre de l'AVP, 15 projets seront déployés d'ici 2028.

Depuis 2021, le département dispose d'une Maison Tremplin, adossée à un foyer d'accueil médicalisé. Elle permet aux résidents du [FAM](#) de vivre de façon autonome tout en étant suivis sur le volet santé et problématique psychiatrique mais aussi dans la gestion de la vie quotidienne et sociale. Cette maison constitue une étape, une passerelle, vers un logement de droit commun avec des services d'accompagnement de droit commun et/ou médico-sociaux.

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH

Un SAMSAH est autorisé sur le département et accompagne un public handicap psychique ainsi qu'un public cérébro-lésé. Implanté en Drôme, ce service intervient également sur le territoire de l'Ardèche. 22 places de SAMSAH rétablissement maillent le territoire. A noter toutefois, que le taux d'équipement en SAMSAH est inférieur à la moyenne régionale.

PERSPECTIVES

Développer l'offre de service SAMSAH.

5.2.4 Offres médicalisées avec hébergement

Offres médicalisée avec hébergement

Maison d'accueil spécialisée – MAS Etablissement d'accueil médicalisé – EAM

Sur le secteur adulte, le taux d'équipement en [MAS](#) est supérieur à la moyenne régionale, celui en [FAM](#) est inférieur. Le département comporte peu d'offre spécialisée TSA ou en faveur des troubles psychiques. Par ailleurs, les modalités d'accueil et d'accompagnement apparaissent quant à elles, peu diversifiées. Le développement d'une offre séquentielle en MAS (accueil de jour, répit...) est une priorité majeure du territoire ainsi que la spécialisation au profit de certains handicaps tel que l'autisme.

PERSPECTIVES

- Assurer une gestion plus dynamique des entrées et des sorties : priorisation des admissions, travail sur les transitions et leur anticipation.
- Renforcer les plateaux techniques, la médicalisation et le recours aux expertises.

Actions spécifiques pour les Personnes handicapées vieillissantes - PHV

Le département comporte différents dispositifs en faveur des personnes handicapées vieillissantes ; notamment une unité dédiée en EHPAD ou encore des unités spécifiques en foyers d'accueil médicalisé. Néanmoins, le vieillissement ainsi que l'évolution des projets de vie nécessitent une anticipation tenant compte des choix de vie et des besoins de la personne et de ses proches.

PERSPECTIVES

- Favoriser le développement des coopérations entre les établissements et les services personnes âgées et personnes en situation de handicap.
- Créer un espace de réflexion partagée, sanitaire et médico-social, autour des PHV en prenant appui sur les filières gérontologiques et en favorisant leur ouverture aux acteurs du handicap (besoins spécifiques PHV, apporter des réponses partagées, outils communs...).

5.2.5 Aide à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants / répit

Aide à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir

PERSPECTIVES

promouvoir et déployer l'autodétermination à travers un AMI puis un conventionnement à mettre en œuvre avec la Communauté 360.

Pair-aidance

Le département compte 5 GEM dont un GEM en faveur du public avec autisme, créé en 2020. Perspectives : des besoins en GEM handicap psychique non couverts actuellement

Aide aux aidants – Répit

Sur le champ de l'autisme, une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants est en place depuis le 1^{er} janvier 2017. Cette dernière a été renforcée avec également un élargissement du public accompagné (enfants, adultes, toutes déficiences).

Sur le secteur enfant, 2 projets sont en fonctionnement et permettent un répit et un appui aux aidants lors des périodes de congés scolaires et de week-end.

Actuellement, le département dispose d'une offre d'hébergement temporaire et d'accueil de jour très

faible (moins de 4 % des places [FAM/MAS](#)). Les constats sont :

- une offre de répit insuffisante en hébergement temporaire ;
- une offre d'accueil de jour adulte quasiment inexistante ;
- une absence d'accueil d'urgence pour des adultes dont les parents vieillissent et/ou sont confrontés à des accidents de la vie.

PERSPECTIVES

- Renforcer et développer l'offre de répit en faveur des enfants notamment lors des périodes de fermeture des établissements médico-sociaux, les week-end et vacances scolaires.
- Poursuivre la transformation de l'offre et le développement d'offres modulaires, tremplin et de répit sur le champ adulte.
- Promouvoir l'utilisation des locaux et bâtiments existants en faveur du répit dans le cadre d'une expérimentation d'une offre « handi & B ».
- Poursuivre et déployer les formations d'aide aux aidants.

5.2.6 Territoires de parcours et coopération au service de la RAPT

Actions pour les situations complexes, Dispositifs d'appui à la coordination – DAC

Depuis 2016, le département de la Drôme est engagé dans Réponse accompagnée et le dispositif d'orientation permanent. Les référents [RAPT](#) sont bien identifiés par l'ensemble des acteurs et partenaires du territoire. Néanmoins, la dynamique est mise à l'épreuve par plusieurs facteurs (absence d'acteurs en GOS, augmentation du nombre de situations non RAPT, augmentation de la file active, hausse des placements directs en établissement médico-social).

PERSPECTIVES

- Renforcer le principe de coresponsabilité.
- Développer les formations notamment croisées (ASE, handicap, pédopsychiatrie, Education nationale).

Dispositif d'appui à la coordination – DAC

Le dispositif d'appui à la coordination portée par une association est en œuvre depuis juillet 2022.

PERSPECTIVES

Développer les articulations et le partenariat entre le [DAC](#) 26 et la Communauté 360.

Communautés 360

La Communauté 360, co-portée par 4 associations, est animée par la Maison départementale de l'autonomie. Installée en 2023, elle s'appuie sur les instances de gouvernance et les ressources existantes du territoire. Elle se caractérise par une articulation étroite avec la Réponse accompagnée pour tous. Perspectives : poursuivre et développer l'interaction des acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap pour une fluidification du parcours inclusif des personnes.

5.2.7 Prévention et accès aux soins

Accès aux soins

La rareté de certaines ressources, notamment humaines, ainsi que l'isolement de certaines structures, appellent les établissements et services à mobiliser tous les leviers de coopération et à optimiser leurs ressources (télé médecine, ressources médicales et ressources spécialisées...). Au-delà du déploiement de la charte Romain Jacob, et de la désignation de référents handicap dans les établissements sanitaires, l'accès aux consultations de médecine générale et aux consultations spécialisées est à améliorer.

PERSPECTIVES

- Faciliter l'accueil des personnes en situation de handicap en établissements de santé.
- Améliorer l'accès aux soins courants notamment en développant les dispositifs d'exercice coordonnés ([CPTS](#)) et de coordination ([DAC](#)).
- Améliorer l'accès aux soins préventifs et à l'éducation à la santé des personnes en situation de handicap.

Santé mentale

Le projet territorial en santé mentale, validé en décembre 2020, comporte 28 fiches action concernant différents publics (enfance, adolescence, jeunes...) et différentes étapes du parcours (repérage, accès aux soins, parcours, rétablissement, soins somatiques, gestion de crise, accompagnement...).

PERSPECTIVES

Poursuivre la mise en œuvre du PTSM 2021-2025.

6. [38] - DÉPARTEMENT DE L'ISÈRE

6.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES ÂGÉES - ISÈRE

6.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA Equipes spécialisées Alzheimer – ESA

Des nouveaux PASA ont été autorisés, notamment sur l'agglomération de Grenoble. L'intégration de projet de PASA dans la création de nouveaux établissements ou lors des opérations en réhabilitation d'EHPAD, se généralise.

Depuis 2018, 98 places de PASA ont été installées en Isère et 4 places sont attendues en 2023 (extension de 2 places sur 2 PASA existants). L'Isère compte ainsi 398 places de PASA.

L'Isère étant territoire prioritaire, le développement des PASA par création ou par redéploiement va se poursuivre sur la période à venir prioritairement dans les EHPAD de plus de 80 places.

S'agissant des ESA, 10 nouvelles places ont été installées, portant à 110 places l'offre sur le territoire.

Unités de vie protégée – UVP / Unités pour personnes handicapées vieillissantes – PHV

Des unités protégées complémentaires sont entrées en fonctionnement dans le cadre des nouvelles constructions ou réhabilitations d'établissements afin de répondre aux besoins des usagers qui rentrent en institution avec des troubles cognitifs importants et de plus en plus dépendants. Les EHPAD construits depuis 2018 intègrent, a minima, 2 unités de vie protégée chacun. Plusieurs constructions sont en cours sur la filière Sud Isère. Une réflexion sera menée pour objectiver le fonctionnement des unités existantes.

Par ailleurs, le département de l'Isère dispose de plusieurs initiatives pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Ainsi, l'Isère compte 3 EHPAD spécialisés (sur les filières de Grenoble Sud Isère, Voiron, et Vienne) et de 10 EHPAD comportant des unités dédiées à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes. D'autres EHPAD proposent des prises en charge en unité classique.

Unité d'hébergement renforcé – UHR

Une unité d'hébergement renforcé de 12 places a été installée en 2018 portant à deux [UHR](#) l'offre sur le territoire.

Pour ce qui concerne la prise en charge des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, aucun établissement ne dédie spécifiquement une partie de son projet d'établissement à ce type d'accompagnement mais le CHU de Grenoble bénéficie d'un centre expert Parkinson qui propose des formations financées par l'Agence pour les Etablissements et Services Médico-Sociaux à destination de plusieurs départements de l'ex région Rhône-Alpes.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

25 places d'hébergement temporaire réparties sur le département ont été installées depuis 2018. Quelques places ont été transformées en hébergement permanent pour répondre aux besoins locaux.

La perspective attendue est la création de 45 places d'HT sur les filières de Bourgoin et Grenoble Sud Isère. Ces places sont d'ores et déjà autorisées dans le cadre de projets immobiliers en cours. Le territoire dispose de 165 places d'hébergement temporaire.

L'Agence soutient par ailleurs une expérimentation d'accueil séquentiel (quelques jours par semaine) dans la Nord Isère afin de permettre l'accueil de personnes âgées dépendantes et le répit de leurs aidants.

Enfin, le dispositif de l'hébergement temporaire de sortie d'hospitalisation est à promouvoir.

Pour l'accueil de jour, 26 nouvelles places dont 9 places itinérantes sur des zones montagneuses du département (Chartreuse, Trièves, Vercors), sont à présent opérationnelles. La poursuite de la reconfiguration de l'offre est programmée avec un travail de mise aux normes réglementaires, notamment le seuil minimal de fonctionnement de 6 places. Des redéploiements de places pourront ainsi être autorisés de façon à mettre en œuvre de nouveaux accueils de

jour. En termes de perspectives de création supplémentaire, 6 places sont autorisées et sont en cours de mise en œuvre dans le cadre d'un projet de reconstruction d'établissement dans le Nord Isère. Au total, le territoire dispose de 247 places d'accueil de jour.

L'Isère bénéficie par ailleurs de 3 Plateformes d'accompagnement et de répit ([PFR](#)) qui permettent de couvrir les besoins exprimés sur le territoire : Sud Isère, Bourgoin et Vienne.

Pour ce qui concerne le Plan Maladies dégénératives « répit aidants », 8 actions ont été aidées en Isère pour un montant de 205 000€.

6.1.2 Soutenir à domicile

Soutien psychologue en Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD

4 places de [SSIAD](#) ont été ouvertes sur la filière de Grenoble depuis 2018.

Sur l'Isère, les SSIAD personnes âgées représentent 1 736 places en direction des personnes âgées ainsi que 98 places en faveur des personnes en situation de handicap.

Le déploiement de nouvelles places de services est attendue sur le département dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des services autonomie à domicile et la réforme de la tarification.

Soutien psychologue en Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD / Expérimentation SSIAD MND (maladie neurodégénérative) et SSIAD renforcé

Dans le cadre de la mesure 21 du Plan sur les maladies neurodégénératives, des mi-temps de psychologues ont été financés dans certains [SSIAD](#) par appel à candidatures lancé en 2020.

En 2023, un nouvel appel à candidatures devrait permettre de développer de nouveaux mi-temps de psychologues au sein de SSIAD isérois.

Par ailleurs, une expérimentation SSIAD dédiée aux maladies neurodégénératives lancée en 2020 a fait l'objet d'une pérennisation dans le Sud Isère.

Enfin, une expérimentation de 10 places de SSIAD renforcée a été menée sur l'agglomération grenobloise.

Centre de ressources territorial – CRT

Une expérimentation dispositif renforcé d'aide à domicile (DRAD) est actuellement menée dans le nord-Isère. Le cahier des charges d'octobre 2020 précise les contours de ce dispositif qui vise à apporter des services nouveaux à des personnes âgées vivant à domicile, en mettant l'accent sur la coordination des intervenants au domicile, l'expertise gériatrique des acteurs du territoire ainsi que la sécurisation du domicile avec une astreinte professionnelle et des objets connectés.

Dans le cadre du développement des Centres de ressources territoriaux, un appel à candidatures sera lancé en 2023 dans le département afin d'installer des centres de ressources territoriaux dans le département à l'instar de ce qui a été créé en 2022 dans d'autres départements d'Auvergne Rhône Alpes n'ayant pas déployé de dispositifs expérimentaux de type DRAD.

Réforme tarifaire des Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD et Services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD ; Mise en œuvre des services autonomie à domicile – SAD

Actuellement 30 [SSIAD](#) / [SPASAD](#) sont autorisés sur la métropole pour 1597 places. Le prochain SRS nécessitera d'accompagner le secteur dans les réformes de la tarification des SSIAD et des services autonomie à domicile ([SAD](#)) à compter de 2023, notamment avec la meilleure prise en compte des besoins en soins et le niveau de dépendance des personnes dans la tarification.

Pour la mise en œuvre de la réforme des SAD, une étape préalable de clarification des territoires des SSIAD (Département de l'Isère) est indispensable.

Des places de SSIAD devraient pouvoir être créées. En fonction de la structuration des acteurs du territoire dans le cadre de cette réforme, il s'agira ensuite d'évaluer les capacités cibles à déployer sur le volet soins pour les services autonomie qui souhaiteront intégrer les deux services, aides et soins à domicile.

6.1.4 Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques dans les territoires

Recomposer et développer l'offre d'hébergement permanent

Depuis 2018, 140 lits d'hébergement permanent ont été installés pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement dans le département.

L'offre totale représente 8311 places d'hébergement permanent.

131 lits d'hébergement sont d'ores et déjà autorisés et financés mais leur ouverture a pris du retard en raison des contraintes dans la construction du bâti et les travaux. Par ailleurs, des redéploiements de places sont en cours sur la filière de Grenoble Sud Isère.

Le département de l'Isère est identifié comme prioritaire eu égard à son taux d'équipement actuel mais également en raison des projections démographiques.

Aussi, dans l'hypothèse où la création de places d'hébergement permanent supplémentaires pourrait être programmée sur le département, les priorités suivantes sont poursuivies :

- Améliorer l'offre sur les territoires infra départementaux les moins équipés, comme la filière Sud Isère.
- Privilégier les extensions de capacité des EHPAD de plus de 40 places.

Il est à noter que la réhabilitation-humanisation des établissements existants est un axe important de travail mené conjointement avec le conseil départemental : d'une part il s'agit d'améliorer les conditions de prise en charge des résidents et de travail des salariés, d'autre part les établissements doivent se mettre en conformité avec les normes de sécurité incendie.

Cet axe est soutenu dans le cadre du Plan d'aide à l'investissement. 8 établissements ont pu obtenir une subvention depuis 2018 pour un montant de 14 millions d'euros.

Prévention

Sur le volet prévention en EHPAD, 18 dossiers ont été financés suite aux différents appels à candidature en 2019 et 2022 pour un montant de 850 000 €.

6.1.5 Promouvoir les parcours coordonnés

La question de la coordination dans les territoires, entre le social, le médico-social, et le sanitaire, reste un enjeu fort.

En Isère, depuis 2022, le [DAC](#) (dispositif d'appui à la coordination) est mis en place. La structuration avec les autres dispositifs de coordination est en cours.

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité, ont conduit, par ailleurs, à travailler ces dernières années en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, sur des scénarios de recomposition de l'offre (regroupements, mutualisation, etc.).

Les établissements et services ont pu mobiliser tous les leviers de coopération et d'optimisation entre établissements PA et/ou PH et hospitaliers en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération :

- Mise en place de la télémédecine ;
- Dispositif partagé d'IDE de nuit ;
- Optimisation des ressources médicales et spécialisées ;
- Mutualisation ;
- Regroupement voire fusion.

Plusieurs opérations de regroupement par le biais de directions commune ou d'opérations fusions de gestionnaires publics ont été opérées en Isère depuis 2018.

Dans le département, les établissements utilisent l'outil Via Trajectoire dans toutes ses composantes.

La démarche ESMS numérique, qui connaît une bonne dynamique en Isère, contribue à la fluidité du parcours de soins et de prise en charge des personnes âgées grâce notamment en favorisant les échanges et le partage d'informations et de données sécurisées.

Le soutien des équipes mobiles gériatriques et des astreintes téléphoniques est à poursuivre dans le cadre de l'amélioration de la fluidification du parcours de la personne âgée, à domicile ou en institution, et pour prévenir les hospitalisations non programmées.

6.2 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP - ISÈRE

La transformation de l'offre médico-sociale initiée dans le précédent schéma doit être poursuivie dans le département de l'Isère avec notamment le développement de services et de dispositifs plus inclusifs et plus modulaires. Dans le cadre du schéma 2023-2028, une attention particulière sera portée à la réduction des inégalités territoriales.

6.2.1 Prévention, repérage, et dépistage précoces

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP

Un seul [CMPP](#) existe en Isère. L'accompagnement effectué mobilise différents acteurs dont les actions doivent permettre une cohérence et une fluidité du parcours de l'enfant.

PERSPECTIVES

- Approfondir l'articulation plus avec les autres acteurs du territoire, tels que la plateforme de coopération et d'orientation mais également les parents, à travers diverses actions (groupe de veille partenariale, groupe thématiques à destination d'usagers et de familles d'usagers...).
- Renforcer la qualité des accompagnements par la recherche d'une meilleure adéquation du fonctionnement du CMPP aux orientations du cahier des charges régional, ainsi qu'aux RBPP formulées par la HAS ; poursuivre la formation des professionnels aux différentes prises en charge et RBPP (clinique du nourrisson...).
- Réaliser le projet d'accueil et d'accompagnement des 0 à 3 ans.

Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP

Il existe 367 places de [CAMSP](#) en Isère, dont 55 dédiées à l'accompagnement des enfants présentant des troubles du spectre autistique. Durant le précédent schéma, 41 places ont été installées pour répondre aux besoins repérés, augmenter les files actives, et réduire les inégalités territoriales.

PERSPECTIVES

- Renforcer la qualité des accompagnements, notamment en poursuivant la formation des professionnels aux différentes prises en charge et RBPP.
- Réduire les délais d'accès.

Plateforme de coordination et d'orientation – PCO

Ouverture, en 2019, d'une Plateforme de Coopération et d'Orientation ([PCO](#)) destinée à faciliter l'accès au diagnostic des enfants de moins de 7 ans susceptibles de présenter ou présentant des troubles du neuro-développement. L'objectif est de leur permettre de bénéficier d'interventions précoces avant même la pose de ce diagnostic.

Entre l'ouverture et janvier 2023, plus de 1 500 enfants et leur famille ont pris contact avec la plateforme et plus de 900 parcours ont été validés. Les moyens de la plateforme ont été renforcés en 2022 pour permettre une augmentation de la file active et une réduction des délais avant intégration des enfants dans un parcours de soin et d'accompagnement coordonné.

PERSPECTIVES

- Développer une articulation plus étroite avec les autres acteurs du territoire, notamment les acteurs de ligne 2 : CAMSP, CMPP, SESSAD.
- Déployer une PCO 7-12 ans en articulation avec la PCO 0-6 ans.
- Engager la mise en place d'un parcours de rééducation et réadaptation coordonné pour les enfants présentant un polyhandicap.

Diagnostic des adultes TSA et rôle des équipes autisme

Le nord de l'Isère bénéficie de la présence d'une équipe de liaison autisme à domicile. Elle permet de diagnostiquer des adultes porteurs de troubles du spectre de l'autisme. L'Isère bénéficie également de deux équipes mobiles de liaison, une à destination des adultes et une autre des enfants. Celles-ci interviennent dans les instituts médico-éducatifs (IME), les foyers de vie, les maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'accueils médicalisés, en apportant un soutien aux équipes afin de prévenir et/ou accompagner les situations de crise, accompagner les établissements dans l'évolution de leurs pratiques.

PERSPECTIVES

- Etudier la possibilité, pour les équipes mobiles, d'intervenir auprès d'autres structures du handicap afin de faciliter les accès au diagnostic des troubles du comportement

- Relancer des actions de repérage des adultes autistes dans les ESSMS, dans le cadre de la mesure 37 de la Stratégie Nationale Autisme (actions engagées en 2019, avant la crise sanitaire).

6.2.2 Offres pour les enfants en situation de handicap

Scolarisation

Externalisation des unités d'enseignement

A la rentrée scolaire 2021, 51,4 % des établissements médico-sociaux de l'Isère ont une unité d'enseignement avec une modalité externalisée (19 ESSMS sur 37). Ce taux a augmenté de 25,8 points depuis la rentrée scolaire 2017. 49,9 % des élèves en situation de handicap sont scolarisés dans le premier degré et 50,1 % dans le second degré (en région Auvergne-Rhône-Alpes, cette répartition est de 51,7 % dans le premier degré et 48,3 % dans le second degré).

PERSPECTIVES

- Favoriser les inclusions individuelles, notamment pour les DITEP.
- Poursuivre l'externalisation d'unités d'enseignement pour le 1er et 2nd degré (cible de 80% des EMS avec un dispositif externalisé, 80% des enfants bénéficiaires).
- Développer la scolarisation des enfants quel que soit leur type de handicap, dont des unités externalisées pour enfant polyhandicapées (UEEP).

Unités d'enseignement autisme (UEMA et UEEA), Dispositifs d'autorégulation – DAR

Une UEMA a été créée en 2014. Deux autres UEMA ont été créées entre 2018 et 2022, ainsi que deux UEEA. Ces structures permettent de compléter globalement l'offre de scolarisation pour les enfants autistes mais aussi d'accompagner, au sein de l'école, des enfants ayant besoin d'un étayage plus important.

PERSPECTIVES

- Poursuivre la mise en place d'unités d'enseignement autisme en veillant à la couverture territoriale des besoins.
- Mettre en œuvre des dispositifs innovants sur le territoire, notamment dispositifs d'autorégulation.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

Dans le contexte de la transformation de l'offre, 89 places de SESSAD ont été créées depuis 2018 (hors

dispositif intégré). Ces places ont été réparties pour réduire les inégalités territoriales et concernent toutes les déficiences, y compris les troubles du langage et des apprentissages.

L'offre pour les enfants souffrant de troubles DYS a également été renforcée par la création d'un SESSAD qui intervient dans des zones non couvertes par le SESSAD spécialisé « Delphidys », et en complément du PCPE. Par ailleurs, plusieurs autres actions ont été mises en place durant le précédent schéma et vont se poursuivre dans ce schéma :

- Création d'une équipe ressources TSA, sous la forme d'expérimentation, qui intervient auprès des SESSAD pour enfants déficients intellectuels dont la prise en charge ne nécessite pas nécessairement la mobilisation d'un SESSAD TSA.
- Référencement des zones d'intervention pour une meilleure orientation et une meilleure efficacité.
- Reprise des animations inter-SESSAD pour faciliter les échanges et les pratiques.
- Application de la mesure de l'activité en file active.

PERSPECTIVES

- Création de nouvelles places, notamment pour les enfants présentant des troubles du spectre autistique. 127 places sont programmées.
- Evaluer le fonctionnement et le positionnement de l'équipe ressources TSA dans son rôle d'équipe experte.
- Poursuivre l'animation autour des échanges de pratiques avec une participation des SESSAD, y compris spécialisés.
- Renforcer la couverture des zones blanches.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP, DITEP

La majorité des ITEP du département fonctionnent en dispositif. Depuis 2018, une évolution de l'offre vers des dispositifs ambulatoires a été entreprise avec la création de 62 places de SESSAD et de 9 places d'accueil de jour.

Les DITEP et les structures de protection de l'enfance de chaque territoire ont été invités à fluidifier les accompagnements par les différents dispositifs et à mettre en place une collaboration plus efficace dans l'intérêt des enfants. L'écriture d'une charte de bonnes pratiques entre ces dispositifs permettra de formaliser le partenariat.

PERSPECTIVES

- Renforcer l'offre par la création de 26 places d'accueil de jour, de 48 places de SESSAD. Un PCPE est d'ores et déjà prévue sur la durée de ce schéma actualisé.
- Ecrire une charte de bonnes pratiques entre les structures de protection de l'enfance et les DITEP ainsi que la convention DITEP.
- Mettre en places les 4 axes de la feuille de route DITEP :
 - Développer l'interconnaissance entre les partenaires impliqués et notamment les structures de protection de l'enfance, l'Education nationale et les DITEP.
 - Mettre en œuvre des moyens de réponses concrètes en proximité des besoins des jeunes et de leurs familles, plus particulièrement sur les zones peu dotées en ressources.
 - Apporter des réponses adaptées à l'évolution des publics de jeunes accompagnés dans le cadre du dispositif intégré.
 - Mieux prévenir les situations à risque et améliorer leur gestion lorsqu'elles surviennent
 - Poursuivre la réduction des inégalités territoriales.
 - Réinstaurer un partenariat fort avec la pédopsychiatrie.

Instituts médico-éducatifs – IME / Institut d'éducation motrice – IEM : fonctionnement du dispositif

Depuis 2018, 19 places d'accueil de jour ont été créés. 2 dispositifs ont été mis en place dans le précédent schéma à titre expérimental.

PERSPECTIVES

- Renforcer l'offre par la création de 46 places d'accueil de jour pour enfants souffrant de troubles du spectre autistique durant les premières années du schéma.
- Conclure et faire vivre la convention partenariale relative aux DIME et DIEM fixant les modalités de fonctionnement de ces dispositifs.
- Poursuivre la mise en place des dispositifs.
- Créer une animation spécifique interDime permettant un échange des pratiques entre professionnels.
- Fluidifier le parcours des jeunes en situation d'amendement [Creton](#).
- Accompagner les IME vers une évolution des pratiques : rendre plus flexibles les modalités

d'accueil, adapter les accompagnements à l'accueil d'un public plus complexe.

- Evaluation du dispositif institut d'éducation motrice (mis en œuvre en septembre 2021).

Equipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation – EMAS

Depuis fin 2020, 7 équipes mobiles d'appui à la scolarisation ont été déployées et couvrent tous les territoires de l'Isère. Une inter-EMAS régulière regroupe ces structures et permet un échange sur les pratiques.

PERSPECTIVES

- Améliorer le suivi d'activité des EMAS (indicateurs...).
- Renforcer la communication par les EMAS auprès de la communauté éducative sur leur rôle et leur articulation avec les autres fonctions ressources (y compris celles de l'Education nationale).

Pôles de compétences et de prestations externalisées – PCPE

Les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) peuvent assurer une première réponse sur une potentielle rupture, avoir un rôle de suite (rassurer des parents sur la fin d'un SESSAD) et jouer un rôle préventif sur les listes d'attente. 7 PCPE existent aujourd'hui en Isère à destination de différents publics présentant des troubles Dys, TSA, troubles du comportement, etc.

PERSPECTIVES

- Consolider l'action des PCPE actuels et s'assurer de leur articulation avec les autres offres de services (SESSAD, EMAS...).
- Créer de nouveaux PCPE, notamment à destination des adultes.
- Renforcer les liens entre la communauté 360 et les PCPE.

Aide sociale à l'enfance (ASE) handicap

Une attention particulière est portée au public à double vulnérabilité (protection de l'enfance et handicap). Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance, deux dispositifs ont été autorisés et sont co-financés :

- Une équipe mobile auprès des assistants familiaux et lieux de vie (formation et guidance) qui accueillent des enfants en situation de handicap afin d'éviter un épuisement et une rupture des

prises en charge de ces jeunes. Ouverture mi 2022 pour une capacité de 26 suivis.

- IMECS : 10 places pour enfants en situation très complexe à ouvrir.

PERSPECTIVES

- Montée en charge et évaluation de deux dispositifs.
- Signature d'une charte de bonnes pratiques entre DITEP et MECS.

6.2.3 Offres pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Emploi accompagné

Le dispositif d'emploi accompagné a pour objectif de permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder et de se maintenir dans l'emploi par la sécurisation de leur parcours professionnel en milieu ordinaire de travail. Le chef de file de la plateforme départementale a été désigné en 2022 et la plateforme fonctionne depuis en 2023.

PERSPECTIVES

- Assurer l'atteinte des objectifs en termes d'activité eu égard aux moyens alloués à la plateforme.
- Dynamiser la communication sur le dispositif et favoriser son inscription dans l'ensemble des offres pour l'emploi des travailleurs handicapés.

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

Les ESAT isérois ont requalifié 20 % de leurs places à destination des personnes handicapées psychiques et 10 % de leurs places en places de transition sur la durée du dernier schéma.

Afin de permettre une meilleure orientation des personnes en situation de handicap, un dispositif d'accueil et d'orientation a été créé dans le nord Isère. Associé à des places d'hébergement, ce dispositif a vocation à permettre une immersion des personnes handicapées en ESAT avant une orientation MDPH. Ce dispositif existe également dans le sud Isère.

PERSPECTIVES

- Optimiser le taux d'activité des ESAT, envisager des redéploiements entre gestionnaires et/ou la requalification de places vers d'autres déficiences.

- Inscrire ce dispositif dans l'évolution des offres pour les travailleurs handicapés.
- Evaluer le dispositif d'accueil et d'orientation du nord Isère.
- Travailler, notamment avec le Département, sur des modalités d'accueil modulaires, pour les travailleurs vieillissants.

Etablissement et service de réadaptation professionnelle – ESRP

Un [ESRP](#) a ouvert à Grenoble en janvier 2023.

PERSPECTIVES

- Assurer une montée en charge rapide et de qualité de ce nouvel ESRP via des partenariats renforcés avec les acteurs de la formation de droit commun et de l'emploi en milieu ordinaire et protégé (ESAT).
- Accompagner l'inscription du dispositif dans le cadre des nouvelles missions des ESRP.

Soutien à l'autonomie

Un SAMSAH pour adultes souffrant de troubles du spectre autistique a été créé dans le nord Isère, en 2022. Le département est aujourd'hui couvert par deux SAMSAH pour adultes autistes.

50 places de SAMSAH spécialisé dans la réhabilitation psycho-sociale ont également été créées, en complément des 109 places de SAMSAH pour personnes handicapées psychiques.

5 dispositifs d'habitat inclusif ont été financés depuis 2019 : 2 à destination des personnes âgées et 3 à destination de personnes en situation de handicap. Cette compétence a été transférée au Département en fin d'année 2022, dans le cadre de l'aide à la vie partagée (AVP), financée à 80 % par la CNSA.

PERSPECTIVES

- Développer les SAMSAH toutes déficiences.
- Poursuite de l'action du SAMSAH rétablissement avec un axe sur l'accès au logement.
- Maintenir une attention sur l'accès au logement via la Conférence des financeurs et de l'habitat.

Fluidification des parcours des jeunes adultes en « amendement Creton »

Dans le cadre des CPOM, les gestionnaires ont pour objectif de lutter contre la chronicisation des parcours en :

- suivant de manière centralisée les orientations et sorties afin de proposer au plus vite une solution ;

- élargissant les partenariats pour trouver des solutions d'aval en proximité ;
- travaillant avec les départements d'origine sur le retour des enfants à l'âge adulte (handicap rare et épilepsie sévère notamment) ;
- mettant en place une articulation fluide avec les ESAT (stages, MISP...) et places d'évaluation pour accompagner les personnes en situation de handicap dans la formalisation de leur projet.

Lors des commissions d'admission des ouvertures d'établissements et services, une priorisation des adultes en situation d'amendement [Creton](#) est opérée.

PERSPECTIVES

- Dans le cadre des CPOM, l'objectif de sortie des adultes en amendement Creton est une priorité. A cette fin, les structures doivent notamment :
 - Assurer un suivi centralisé des orientations et sorties afin de proposer au plus vite une solution ;
 - Elargir les partenariats pour trouver des solutions d'aval en proximité ;
 - Anticiper, au plus tôt, les solutions avec les structures basées dans les départements d'origine pour les enfants issus d'autres départements ou régions (exemple : établissement à recrutement régional...);
 - Proposer des stages et utiliser les places accueil et d'évaluation mises en place pour accompagner les personnes en situation de handicap dans la formalisation de leur projet.
- Prioriser les adultes en situation d'amendement Creton lors des commissions d'admissions des ouvertures d'établissements et services.

Offres médicalisées avec hébergement

Maison d'accueil spécialisée – MAS

Etablissement d'accueil médicalisé – EAM

Personne handicapées vieillissantes – PHV

Durant le précédent schéma, 137 places d'établissements d'accueil médicalisés et maison d'accueil spécialisées ont été ouvertes. Une attention particulière a été apportée à l'accueil des adultes en situation d'amendement [Creton](#). Le département possède des unités Personnes handicapées vieillissantes (PHV) dans les EHPAD. Toutefois, les liens entre les deux secteurs PA/PH sont à renforcer. 2 places de foyer de vie ont été médicalisées pour accueillir des personnes handicapées vieillissantes.

PERSPECTIVES

- Développer l'offre pour adultes : 79 places (23 places de [MAS](#) et 56 places d'EAM) sont d'ores et déjà programmées.
- Optimiser les places d'hébergement temporaire pour permettre du répit et des stages en structures, notamment via les CPOM.
- Renforcer l'interconnaissance des acteurs du secteur grand âge et du handicap.

6.2.4 Aides à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants / Répit

Aides à l'autodétermination et au pouvoir d'agir

PERSPECTIVES

- Déployer dans le département un dispositif d'autodétermination et des postes de facilitateurs de parcours.
- Mettre en œuvre le lien avec les autres dispositifs.

Pair-aidance

7 GEM ont été créés sur la période 2018-2023. 8 GEM existent aujourd'hui en Isère : 6 GEM pour des personnes handicapées psychiques, 1 GEM pour personnes traumatisées crâniennes, 1 GEM pour personnes TSA.

Parmi ces 8 GEM, 2 GEM pour des personnes handicapées psychiques sont itinérants (pays voironnais et nord Isère). Ils permettent de favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide mutuelle dans des zones plus rurales

PERSPECTIVES

- Favoriser les échanges inter GEM.
- Poursuivre le suivi du fonctionnement des GEM (activité, budget, rôle et présence du parrain...).

Aide aux aidants / Répit

La plateforme de répit a été créée en Isère en 2017 dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap. Elle a notamment pour missions de répondre au besoin d'information des proches aidants sur les aides et dispositifs existants sur le répit et l'accueil temporaire, de soulager les aidants

et leur permette du répit, de les informer sur les formations disponibles pour mieux accompagner le proche en situation de handicap, etc.

Cette plateforme de répit a été renforcée en 2021 et s'adresse désormais à toutes les déficiences.

PERSPECTIVES

- Garantir les liens étroits de la plateforme avec la communauté 360 Isère.
- Evaluer le fonctionnement et l'activité de la plateforme.
- Optimiser le taux de mobilisation des places d'accueil de jour et des places d'accueil temporaire dans les structures.

6.2.5 Territoires de parcours et de coopération au service de la RAPT

Communauté 360

La communauté 360 existe depuis janvier 2021. Il conviendra de renforcer les articulations initiées entre le [DAC](#) et la communauté 360 et le service de la MDPH en charge de la [RAPT](#), notamment sur la question des situations complexes. Par ailleurs, plusieurs PCPE interviennent dans le cadre des ruptures de parcours,

PCPE TSA, polyhandicap et rattachés à des DITEP. Il n'existe pas encore de PCPE adulte en Isère

PERSPECTIVES

- Créer des PCPE adultes, sous réserve des disponibilités budgétaires.
- Renforcer les liens entre la communauté 360 et les PCPE.

Prévention et accès aux soins

Le centre hospitalier universitaire de Grenoble possède une unité d'accueil et de soins pour personnes sourdes et malentendantes, ainsi que le dispositif national d'urgence 114.

Dans le cadre médico-social, 4 places de MAS externalisée ont été créées. Elles assurent une coordination du parcours de soins somatiques des usagers accompagnés en ESSMS, non communicants oralement et présentant des troubles importants du comportement.

PERSPECTIVES

- Réaliser un diagnostic territorial portant sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap permettant d'identifier les besoins non couverts et les leviers d'amélioration à apporter.

7. [42] - DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

7.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES ÂGÉES – LOIRE

7.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

Pôles d'activité et de soins adaptés (PASA)/ Equipes spécialisées Alzheimer (ESA)

S'agissant du déploiement des PASA dans les EHPAD, il s'est agi d'installer les PASA créés avant 2018 conformément et dans le respect du cahier des charges national. Par ailleurs deux nouveaux PASA ont pu être créés et financés en 2018 et 2019, dans 2 EHPAD de plus de 80 places, et en veillant au bon maillage territorial.

Le développement d'accompagnement spécifiques pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives est à poursuivre dans le département.

Selon les possibilités de recomposition de l'offre il conviendrait de :

- Créer de nouvelles places au sein des Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) au sein des [SSIAD](#).
- Déployer de nouveaux Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) dans les EHPAD non pourvus et prioritairement ceux dont la capacité est supérieure à 80 places.

S'agissant des ESA, il s'agira d'étudier la possibilité de créer nouvelles places d'équipes MND/ESA pour intervenir à domicile par recomposition de l'offre. A noter que le taux d'équipement départemental en ESA est aujourd'hui inférieur au taux d'équipement régional (0,7 pour 1 000 hab. au niveau départemental au regard de 0,9 au niveau régional).

Unités de vie protégée – UVP / Unités pour personnes handicapées vieillissantes – PHV

Afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes atteintes de troubles cognitifs en EHPAD il est prévu de continuer à promouvoir la création d'Unités de Vie Protégée à moyens constants dans les EHPAD en soutenant les opérations de restructuration.

La DD promeut la présence d'au moins une UVP dans tous les projets immobiliers qui émergent depuis 3 ans.

A noter que les EHPAD reconstruits ou restructurés sur la période 2018-2023, au nombre de 6, sont tous équipés d'une UVP.

Le développement de places pour personnes handicapées vieillissantes (PHV), y compris souffrant de handicap psychique, est un enjeu important dans la Loire qui manque de places en établissements pour adultes porteurs de handicap. Il convient donc de :

- Promouvoir l'orientation des PHV dont le profil le permet vers les EHPAD afin de désengorger les [MAS](#) et les [FAM](#).
- Travailler avec le Département afin d'identifier et spécialiser des places d'EHPAD pour la prise en charges de PHV, en s'assurant de la mise en place d'un étayage adapté en termes de personnel d'accompagnement à la vie sociale ; travailler également sur les prix de journée hébergement pour ces personnes afin de lever les freins liés au reste à charge.

Les places d'UVP et de PHV n'ont pas encore été recensées dans la Loire, un travail sera mené durant le présent SRS.

Unités d'hébergement renforcés (UHR)

Une seule [UHR](#) médico-sociale est actuellement autorisée dans la Loire. Une évaluation du fonctionnement de celle-ci est programmée.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

Durant le précédent SRS, des transformations d'offre d'HT ont été réalisées entre établissement d'un même organisme gestionnaire afin d'adapter cette offre au plus près des besoins. Comme dans le reste de la région, le financement des places d'HT a été rebasé à hauteur de 11 900 € la place pour atteindre le coût moyen régional.

Afin d'améliorer l'adéquation de l'offre aux besoins, il convient de conduire un état de lieux des taux d'occupation des places d'HT et d'AJ. Au regard de cette étude, les actions suivantes seraient à mener :

- Promouvoir l'élaboration de véritables projets de service dédiés sur l'offre AJ et HT via la contractualisation et les échanges divers avec les établissements et services médico-sociaux (ESMS) afin de permettre la communication sur les objectifs thérapeutiques et de prévention poursuivis.
- Redéployer de nouvelles places d'HT et d'AJ en priorité sur les territoires les moins dotés. Pour les accueils de jour ces opérations sont à réaliser conformément aux seuils réglementaires, si besoin en itinérant dans les zones rurales.

De façon générale, il s'agit de favoriser le répit des aidants par un meilleur maillage territorial en matière d'accueil séquentiel (AJ, HT). Concernant les Plateformes de répit ([PFR](#)) installées dans le département, il s'agit de conduire un état des lieux de leurs activités afin de s'assurer qu'elles répondent aux besoins sur leur territoire d'intervention et proposer des améliorations le cas échéant.

7.1.2 Soutenir le domicile

Pour favoriser le soutien à domicile plusieurs opérations ont été réalisées :

Un accueil de jour itinérant de 10 places a été créé par appel à projet sur un territoire rural, permettant de faire profiter de ce dispositif innovant un bassin de population élargi et participant à limiter les temps de transports d'usagers.

Sept [SPASAD](#) ont été mis en œuvre et les zones d'intervention de plusieurs Equipes spécialisées Alzheimer ont été revues afin d'assurer un meilleur maillage territorial.

Le schéma confirme le virage domiciliaire à travers l'amélioration du soutien et du répit des aidants et en mettant en œuvre les services autonomie à domicile ([SAD](#)).

Soutien psychologue en Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD

Dans le cadre d'un appel à candidatures lancé en 2020, 2 postes de psychologue ont été attribués à des [SSIAD](#) de la Loire. Un second appel à candidatures lancé en 2023 permettra de poursuivre la création de temps de psychologues dans les SSIAD pour améliorer le repérage des fragilités psychiques.

Centre de ressources territorial – CRT

Dans le cadre d'un premier appel à projets lancé en 2022, le département de la Loire s'est vu attribuer un

CRT qui sera mis en œuvre par un EHPAD. Il conviendra d'accompagner son déploiement et s'assurer qu'il met en œuvre les deux volets de sa mission.

Réforme tarifaire des Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD et Services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD ; Mise en œuvre des services autonomie à domicile – SAD

L'ARS veillera à accompagner la réforme de la tarification des [SSIAD](#) dès 2023 et elle participera, en lien avec le Département, à déployer et à accompagner la mise en place des services autonomie à domicile ([SAD](#)) conformément à la réforme.

Il est prévu de mettre en cohérence les territoires géographiques des [SAAD](#) et des SSIAD en partenariat avec le Département pour structurer l'offre et favoriser le maillage territorial, en y intégrant un objectif de réduction des temps de déplacement du personnel.

Les capacités des SSIAD pourraient être renforcées par recomposition de l'offre en fonction des opportunités.

De manière plus globale, il conviendra de favoriser l'articulation entre le domicile et l'hébergement en EHPAD en activant divers leviers :

- Mobiliser les acteurs existants (conférence des financeurs, [DAC](#), CRT, [PFR](#)...) sur le soutien des aidants.
- Promouvoir la mise en œuvre d'actions de prévention à domicile par réponse à des appels à projet.

7.1.3 Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques dans les territoires

Recomposition de l'offre pour les personnes âgées (PA) : Hébergement permanent (HP), Hospitalisation temporaire (HT), Accueil de jour (AJ) et sous occupation structurelle des HP

Avec des taux d'équipement supérieurs aux taux d'équipement régionaux en matière de places d'EHPAD, HT, AJ, [SSIAD](#), dans le PRS 2018-2023, la Loire a été classée dans le groupe 2 en terme d'offre. A ce titre le département n'était pas prioritaire pour la création de places nouvelles. Son levier d'actions était la recomposition infra départementale de l'offre en faveur des services.

Durant le précédent SRS, et afin de répondre aux besoins spécifiques du territoire, un redéploiement de places d'HP (issues de la fermeture d'un EHPAD de faible capacité) a été réalisé afin de créer de nouvelles places d'UVP dans le nord du département. A cet effet un appel à projets a été lancé en 2021 pour la création de 19 places d'UVP. C'est un EHPAD qui n'avait pas d'UVP qui a remporté l'appel à projet et qui va pouvoir mettre en place une UVP de 12 lits.

Par ailleurs, les reconstructions ont été l'occasion de rapprochements/fusions entre établissements :

- Rattachement d'un hôpital local à un CH plus grand pour améliorer la gestion et favoriser une recomposition de l'offre plus efficiente de 3 sites géographiquement distincts. Cette opération a permis de créer 24 places d'HP dans la Loire.
- Construction d'une « cité des aînés » regroupant 3 anciens établissements vétustes et proposant EHPAD et Résidence Autonomie sur le même site.

Une autre opération de fusion entre deux CH a également été opérée afin d'améliorer la gouvernance, les mutualisations et les économies d'échelles.

En concertation avec le Département, il s'agira d'étudier la possibilité de transformer ponctuellement ou définitivement des places d'HP en places d'HT, AJ, [SSIAD](#) afin de répondre au besoin croissant en places d'accueil séquentiel, ou en autres dispositifs (PASA, [UHR](#)) pour améliorer les prises en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs et la grande dépendance, le tout au regard des taux d'équipement existant sur les différentes filières.

Regroupement et rapprochement d'établissements et services médico-sociaux – ESMS

Les projets de regroupement d'établissements seront soutenus afin de permettre :

- La recomposition de la gouvernance d'EHPAD limitant ainsi la vacance fréquente de postes de direction d'ESMS.
- La progression vers une logique de pôle ressources.
- Contribuer à l'attractivité des métiers en favorisant la mutualisation de ressources humaines sur les territoires (médecin coordonnateur, IDE de nuit, etc.).

Infirmier (diplômé d'Etat) de nuit

Sur les années 2018, 2019 et 2020, cinq dispositifs IDE de nuit ont été créés et installés dans le département dans une logique de mutualisation entre établissements et permettant de limiter grandement le nom-

bre d'hospitalisations en urgence. A ce titre, ce sont 63 EHPAD qui bénéficient de ce dispositif pour un total de 4877 places d'EHPAD.

Afin d'optimiser les moyens déployés sur les dispositifs IDE de nuit déjà créés dans le département, il conviendra de s'assurer de leur bonne mise en œuvre. Par ailleurs il est prévu de favoriser la généralisation de ce dispositif en veillant au maillage du territoire par le biais des appels à projets.

Filières gérontologiques / Dispositif d'appui à la coordination – DAC

L'offre proposée sur l'ensemble du territoire doit être consolidée dans une démarche par filière gérontologique. Le comité stratégique des filières (inter filières) est à organiser avec le CD.

Il convient de reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires en fonction des besoins et des disparités.

L'ARS souhaite développer sa participation aux instances et aux actions des filières gérontologiques, à la conférence des financeurs et au [DAC](#) dans le cadre de sa mission d'animation territoriale.

Plan d'aide à l'investissement – PAI

La modernisation de 577 places d'EHPAD a eu lieu sur les 5 années, par reconstruction ou restructuration de 6 EHPAD dont 4 ont été accompagnés financièrement par des subventions PAI/CNSA. Au-delà de 577 places d'HP, ont été également reconstruits un AJ rattaché, 3 PASA, un [SSIAD](#) et une résidence autonomie de 35 places.

Dans le cadre de la stratégie d'aide à la modernisation des EHPAD en lien avec le Département, l'ARS doit continuer d'accompagner la construction des EHPAD de demain. Sur une trentaine de projets existant dans la Loire il convient de :

- Affiner la stratégie départementale pour mieux cibler les établissements à soutenir financièrement dans le cadre du Plan d'aide à l'investissement (PAI) et des aides à l'investissement du département.
- Accompagner et soutenir en priorité les projets de regroupement d'EHPAD et les projets mettant en œuvre les orientations de la CNSA : sentiment d'être chez soi, ouverture vers l'extérieur, facilitation des soins, viabilité économique, mutualisations inter-établissements, EHPAD « plateforme », participation au virage domiciliaire

Prévention

Le schéma confirme le virage domiciliaire à travers l'amélioration de la prévention de la perte d'autonomie à domicile, notamment en s'associant aux acteurs de terrain.

Dans la Loire il s'agit de continuer de promouvoir la mise en œuvre d'actions de prévention (plan régional antichute, thématique nutrition, santé orale, iatrogénie médicamenteuse, dépression, douleur) via la contractualisation d'objectifs au sein du CPOM avec les établissements mais également en actionnant plusieurs leviers :

- Mobiliser les acteurs existants et soutenir leurs projets de prévention : conférence des financeurs, CRT, [DAC](#).
- Développer des travaux communs avec le service Prévention et Promotion de la Santé de l'ARS.
- Promouvoir les appels à projet auprès des établissements afin qu'ils s'impliquent dans des actions de prévention.
- Déployer les temps de psychologues dans les [SSIAD](#) pour améliorer le repérage des fragilités psychiques.

7.1.4 Promouvoir les parcours coordonnés

Afin de favoriser le parcours de la personne âgée, des partenariats entre les différents acteurs du secteur doivent se poursuivre ou être développés. Les enjeux sont de fluidifier le parcours de soins de la personne âgée, de soutenir les professionnels de terrain.

En termes de coopérations avec le secteur sanitaire, l'ARS a promu, dans le cadre de la contractualisation, la nécessité de conventionner avec les équipes mobiles extrahospitalières et ce sont un grand nombre de conventions qui ont été signées et qui fonctionnent très bien avec les équipes mobiles d'hygiène, de soins palliatifs, et plus récemment, équipes mobiles gériatrique et neuro-géronto-psychiatrique, ainsi qu'avec l'hospitalisation à domicile ([HAD](#)).

Equipes mobiles gériatriques

L'Agence prévoit de poursuivre la promotion des coopérations entre les structures médico-sociales et les structures sanitaires afin que les établissements s'appuient davantage sur les interventions des équipes mobiles extrahospitalière : équipes mobiles gériatriques, neuro-psycho gériatrique et de soins palliatifs.

Les leviers de promotion sont la contractualisation d'objectifs de recours aux équipes dans les CPOM et l'animation territoriale.

Dans la Loire le besoin de recours aux équipes mobiles de neuro-psycho-gériatrie est d'autant plus prégnant que le nombre de personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques est en augmentation dans les EHPAD qui n'ont ni les compétences ni les moyens nécessaires.

Par ailleurs l'ARS doit améliorer sa connaissance des équipes mobiles existantes sur le département (leur CH de rattachement, leur nombre, leurs zone d'intervention, leur activité) et mesurer les besoins supplémentaires éventuels.

Hospitalisation à domicile – HAD

Il s'agit également de continuer à promouvoir le recours à l'[HAD](#) afin de limiter les hospitalisations.

Gestion des urgences, accès soins palliatifs

L'ARS entend favoriser la diminution du recours aux urgences en promouvant différents dispositifs lors de ces échanges avec les structures : mutualisation des ressources médicales inter-établissement, IDE de nuit, télé-médecine, télé expertise. La coopération lors des urgences est également conseillée par la mise en place du DLU et du DMP.

Il est prévu de continuer à promouvoir le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs.

Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation – HTSH

En matière de coopération entre les structures médico-sociales et les structures sanitaires, le dispositif hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation doit être amélioré et pérennisé afin de limiter la durée d'hospitalisation et proposer un accueil en proximité du lieu de résidence.

Filières gérontologiques

L'étude du fonctionnement des filières gérontologiques lancée en 2023 et confiée par l'ARS à ALCIMED permettra d'affiner les attendus en termes d'amélioration des parcours et de définir le rôle que de chacun des acteurs dans ce réseau.

Coopération entre acteurs - Dispositif d'appui à la coordination – DAC

Comme vu ci-dessus, il s'agit de promouvoir de la coopération entre les structures médico-sociales et les

structures sanitaires ainsi qu'entre les différents professionnels du secteur du grand-âge.

A cet effet le [DAC](#) pourra être mobilisé pour faciliter les liens.

Le développement de partenariats avec des professionnels de santé et/ou des établissements sanitaires

pour mettre en œuvre la télémédecine et la télé-expertise permettra de faire face à la pénurie médicale dans les établissements.

Il s'agit de promouvoir l'accès à ces consultations aux personnes âgées à domicile et de poursuivre l'accompagnement et le soutien individuels aux directeurs et cadres grâce au déploiement de formations.

7.2 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP – LOIRE

Le département de la Loire est caractérisé par une population relativement jeune, avec un taux de pauvreté de 15,1% qui est l'un des plus élevés de la région Auvergne-Rhône-Alpes, dans un environnement semi-rural. Un des enjeux principaux sera la mise en œuvre du plan de résorption du nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement [Creton](#) afin de fluidifier les parcours des personnes en situation de handicap.

7.2.1 Poursuivre les avancées en matière de repérage des troubles et des interventions précoces

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP

Le département dispose de 4 [CMPP](#), qui couvrent l'ensemble du département, hormis le territoire Centre. Le nombre d'enfants accompagnés en moyenne par soignant est inférieur au niveau régional, et ce pour les 4 CMPP avec de potentielles possibilités de développement d'activité.

PERSPECTIVES

- Conforter les CMPP dans leur travail partenarial avec l'éducation nationale, en réactivant la convention régionale CMPP/Education nationale/ARS, et le COPIL afférent.
- Accompagner l'évolution des ressources humaines des CMPP pour augmenter les files actives de ces derniers au vu des listes d'attente importantes et de la nécessité de solutions d'aval pour la [PCO](#) 0-6 ans.
- Engager un travail pour réduire la durée moyenne d'accompagnement au travers de la définition de critères de sortie et du plan de résorption de nombre de personnes relevant de l'amendement Creton qui bloque la sortie des CMPP en IME (cf. paragraphe dédié).

Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP

Le département dispose de 5 [CAMSP](#) dont il s'agit de valoriser et conforter le rôle de coordination dans les CPOM.

PERSPECTIVES

- Renforcer les ressources humaines des CAMSP pour augmenter les files actives de ces derniers au vu des listes d'attente importantes et de la nécessité de solutions d'aval pour la PCO, et soutenir les projets innovants en matière de repérage et d'accompagnement très précoces.
- S'assurer du positionnement des CAMSP en tant que services de niveau 2 de diagnostic simple, avec un accompagnement à la formation si nécessaire.

Plateforme de coordination et d'orientation – PCO

La [PCO](#) Loire-Haute-Loire a enregistré 910 entrées fin 2022, elle est très repérée par les acteurs de niveau 1.

PERSPECTIVES

- Au regard du nombre de demandes, la PCO 0-6 ans a été renforcée en moyens par l'ARS, pour un renfort RH effectif en 2023.
- Conforter les partenariats en formalisant le conventionnement avec les CAMSP, [CMPP](#), SESSAD, PCPE, etc.
- Déployer la PCO 7-12 ans Loire-Haute-Loire à horizon 2023 – 2024 en lien étroit avec l'éducation nationale (santé scolaire)

7.2.2 Offre pour les enfants en situation de handicap

Scolarisation

Externalisation des unités d'enseignement et répartition territoriale

A la rentrée scolaire 2021, 4 761 élèves en situation de handicap sont scolarisés au sein d'un établissement de l'Education nationale dans le département de la Loire soit une augmentation de + 27.5 % entre 2017 et 2021.

En 2021, 90 % des établissements médico-sociaux enfants du département de la Loire disposent d'une unité d'enseignement. Ce sont 71 % des ESMS qui disposent d'une modalité externalisée, 78 % en incluant seulement les établissements qui disposent d'une UE ce qui représente 34 classes externalisées et 20 dispositifs externalisés supplémentaires déployés entre 2017 et 2021.

PERSPECTIVES

- Garantir la qualité et sécuriser les UEE déjà existantes.
- Créer une première UEE polyhandicap sur le territoire ligérien.
- Accompagner le déploiement de nouvelles externalisations, notamment pour les enfants avec déficience sensorielle : Accompagner la montée en charge de l'unité d'enseignement externalisée pour déficients visuels.
- Déployer selon les crédits disponibles une unité d'enseignement externalisée pour déficients auditifs avec handicaps rares sur notre territoire.

Poursuivre les actions pour une scolarisation inclusive des enfants avec TND

Le département de la Loire compte 3 UEMA, 1 UEEA et 1 DAR.

PERSPECTIVES

Développement de la programmation d'UEMA/UEEA et DAR en lien avec l'actualisation de la Stratégie Nationale Autisme-TND, une UEEA est programmée pour la rentrée 2023 sur le secteur roannais.

Poursuivre le déploiement des places ambulatoires / Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

Entre 2018 et 2022, 198 places ambulatoires ont été créées (157 places redéployées et 41 places créées). Néanmoins, le département de la Loire présente un taux d'équipement en SESSAD inférieur à la moyenne

régionale (3.21 % pour 3.58 % en région). Les listes d'attente restent très importantes au niveau des SESSAD TSA.

PERSPECTIVES

Pour permettre le déploiement de nouvelles places de SESSAD, il est nécessaire d'approfondir l'état des lieux et d'identifier les besoins et les modalités d'accompagnement de manière très fine, afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de zones blanches, ni au niveau des territoires, ni en termes des déficiences. L'ARS lancera une étude spécifique sur les services dans la région dont la Loire.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP et fonctionnement en DITEP (Dispositif)

Les 7 ITEP implantés sur le département fonctionnent en dispositif DITEP. Cette démarche s'est accompagnée d'une importante recomposition de l'offre au travers des CPOM pour permettre un accompagnement au plus proche des besoins, dans une dynamique inclusive et d'aller vers. L'évolution de la répartition des places est la suivante : Fin 2017 : 26 % en internat, 31 % en accueil de jour et 43 % en ambulatoire.

Fin 2022 : 15 % en internat, 26 % en accueil de jour et 59 % en ambulatoire. Conformément à la feuille de route, a été développé un important dispositif de prévention pour une prise en charge précoce des difficultés de comportement détectées en milieu scolaire ordinaire, à travers la création par redéploiement de crédits de 5 PCPE pour une file active totale de 111 enfants.

PERSPECTIVES

- Pour répondre aux besoins de jeunes lors des périodes où leur parcours en inclusion ordinaire devient plus difficile, le nombre de places d'accueil de jours sera maintenu afin d'éviter la rupture scolaire.
- Poursuivre les orientations territoriales relatives au fonctionnement en DITEP en déclinant les axes de la feuille de route départementale dont le renforcement du partenariat avec la pédopsychiatrie, partenaire indispensable pour assurer une qualité de prise en charge aux jeunes accueillis.

Instituts médico-éducatifs – IME et fonctionnement en dispositif

Le taux d'équipements IME, sur la Loire, est au-dessus de la moyenne régionale. Néanmoins, plusieurs constats peuvent être émis comme un allongement des listes d'attente et des délais d'entrée en IME, notamment sur les IME TSA, un accroissement du nombre de

jeunes dits en « amendements [Creton](#) ». A noter également le passage de 3 IME en mode dispositif depuis 2021.

PERSPECTIVES

- Inciter, au travers des CPOM, au passage en dispositif pour les IME, pour les organismes gestionnaires qui sont en capacité de le déployer.
- Une convention multi-partenariale (intégrant les services de la CAF, ASE, PJJ, MDPH, CPAM, pédopsychiatrie...) sera à formaliser à l'instar de celle qui a été co-signée dans le cadre de la mise en place des DITEP.

Equipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation – EMAS

4 EMAS fonctionnent et couvrent l'ensemble du département de la Loire. Les délais de réponse s'allongent suite aux sollicitations de l'éducation nationale, notamment sur les territoires Sud et Centre.

PERSPECTIVES

- Apporter une meilleure lisibilité et articuler l'action des dispositifs existants au service de l'école inclusive : EMAS et PCPE avec les EMPR, enseignants missionnés pôle ressource.
- Renforcer les EMAS sur les territoires en tension.

Pôle de compétences et de prestations externalisées – PCPE

Au 31 décembre 2022, le département de la Loire compte 12 PCPE : 7 sont dédiés sur le secteur de l'enfance, 3 émergent sur le secteur de l'enfance et des adultes et 2 sur le secteur adulte, ce qui correspond à une file active totale entre 350 et 400 usagers par an.

PERSPECTIVES

- Apporter une meilleure lisibilité et articuler l'action des dispositifs existants : EMAS et PCPE et dispositifs de soutien à l'autodétermination, en recentrant les PCPE sur de la prestation directe.
- Il n'y aura pas de création de nouveau PCPE sur le secteur « enfant » mais des renforts de PCPE déjà existants, notamment pour les personnes avec polyhandicap.
- Le soutien direct à des écoles de proximité particulièrement repérées comme accueillant des enfants le plus souvent issus de milieux « fragilisés » mené par un PCPE est une action qui a fait ses preuves sur le territoire et qui pourrait se développer sur d'autres écoles.

Partie spécifique pour les enfants en situation de handicap et suivis par l'aide sociale à l'enfance

PERSPECTIVES

Déployer la fiche action de l'avenant 2023 de la stratégie protection de l'enfance sur le département de la Loire :

- Conforter sur le territoire la mise en place de l'équipe mobile en soutien des familles d'accueil et MECS et le dispositif jeunes majeurs avec handicap psychique, en lien avec le secteur de pédopsychiatrie et psychiatrie.
- Mettre en place des formations croisées entre professionnels de l'ASE et du médico-social.

7.2.3 Offre pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Implication des opérateurs de l'enfance (notamment IME, ITEP, SESSAD) dans le projet professionnel des jeunes, toutes formes de passerelles avec la nécessité de travailler davantage la transition sur le secteur adulte de manière co-construite.

Emploi accompagné

Depuis 2022, une plateforme départementale de l'emploi accompagné a été structurée et mise en œuvre sur le département.

PERSPECTIVES

Déploiement de la plateforme Emploi accompagné tout handicap

- Décliner une coordination opérationnelle sous forme de guichet unique.
- Favoriser le développement de l'activité et l'atteinte de la file active contractualisée avec une coopération entre co-traitants au sein de la plateforme.
- Poursuivre le parcours professionnel des travailleurs handicapés par l'accompagnement et le suivi des travailleurs sortant d'ESAT vers le milieu ordinaire par la plateforme emploi accompagné.

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

Sur le département de la Loire, 1339 places se répartissent au sein de 15 ESAT. Le taux d'équipement est conforme au taux d'équipement régional.

PERSPECTIVES

Mise en œuvre du plan de transformation des ESAT, du parcours professionnel et des droits des travailleurs handicapés.

- Mettre en œuvre les conventions entre les ESAT et la plateforme emploi accompagné permettant le parcours des travailleurs handicapés pour favoriser les entrées progressives sur le marché du travail par le cumul d'une activité partielle en ESAT et d'un contrat de travail à temps partiel en milieu ordinaire. Renforcer l'accompagnement dans l'emploi à la sortie de l'ESAT par la plateforme emploi accompagné.
- Développer les modalités de réintégration des travailleurs au sein de leur ESAT d'origine au cours de la durée de validité de la décision de la CDAPH en cas de rupture de son contrat de travail en milieu ordinaire.
- Renforcer l'autodétermination au sein des ESAT par l'accès facilité à la formation professionnelle, la systématisation du projet individualisé contenant un chapitre projet de vie.
- Poursuivre la mise en œuvre de nouvelles activités et le développement d'activités existantes financées au titre du FATESAT contribuant à la montée en compétence et l'employabilité des travailleurs handicapés : cible supérieure ou égal à 70 % de montée en compétence/employabilité du nombre de TH ou mise en œuvre d'un dispositif permettant la reconnaissance de compétences/expériences.
- Entamer une réflexion sur les besoins du territoire de l'offre d'activité proposée par les ESAT et les IME qui ont une visée professionnelle.
- Mener une étude sur le taux d'activité des ESAT afin d'optimiser leur activité.

Etablissement et service de réadaptation professionnelle – ESRP / Etablissement et service de pré-orientation – ESPO

La structure implantée sur le département (96 places), à vocation interrégionale, va décliner la réforme des CRP en [ESRP](#) : l'expertise de la réadaptation professionnelle devra faire l'objet d'une convention avec la MLA permettant la mise en œuvre des prestations diversifiées et une déclinaison du fonctionnement en plateforme de service en lien avec la plateforme emploi accompagné et les ESAT afin de répondre aux besoins identifiés sur le territoire.

Soutien à l'autonomie

Accès au logement

Un projet pour jeunes adultes TSA a ouvert ses portes en 2021 sur Saint-Etienne, sur financements médico-sociaux. Le reste des offres créées d'habitat inclusif a été transféré au Département via l'AVP.

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH

L'équipement en SAMSAH en 2022 est supérieur à celui régional : taux équipement de 0,43 (moyenne rég. : 0,35). Le département a bénéficié notamment de 28 places de « SAMSAH rétablissement » pour les personnes avec troubles psychiques et avec un objectif d'aide au logement.

PERSPECTIVES

L'ARS lancera une étude spécifique sur les services afin d'affiner l'état des lieux des SAMSAH sur le département de la Loire, afin d'identifier les besoins et les modalités d'accompagnement de manière très fine, pour s'assurer qu'il n'y ait pas de zones blanches, ni au niveau des territoires, ni en termes de déficiences.

Offre médicalisée avec hébergement

Plan de résorption du nombre de jeunes adultes sous amendement Creton dans les structures enfants

Le département de la Loire est un des départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes où le nombre de jeunes sous « amendement [Creton](#) » est le plus élevé, notamment en proportion du nombre de places installées. Ainsi, en décembre 2022, ce sont 162 jeunes concernés pour 764 places (IME/EEAP/IEM) ce qui correspond à 21 % du nombre de personnes relevant de l'amendement Creton sur le nombre total de places installées.

Conjointement avec les services du Département, un plan de résorption du nombre de jeunes adultes sous amendement Creton sera mis en œuvre sur le département de la Loire. Il comprendra :

- la création de 24 places d'EAM,
- un redéploiement interne qui permet la création de 5 places [MAS](#) externalisée d'accueil de jour,
- la montée en charge progressive du PCPE adulte ouvert en dont le public « Creton » avait été ciblé.
- Pour s'adapter aux besoins actuels et répondre aux demandes des jeunes et de leurs familles, et pour accompagner progressivement le secteur adulte vers une organisation en dispositif : développement de la modalité accueil de jour dans les [FAM](#)-MAS.

- Déployer l’habitat inclusif, en s’appuyant sur le forfait d’aide à la vie partagée (compétence spécifique du Département).
- Déployer un partenariat resserré avec des EHPAD pour la continuité du parcours des usagers accueillis en [FAM/MAS](#) (PHV).
- Optimiser le nombre de places dans les ESAT, notamment au regard de la plateforme emploi accompagné, et conforter les stages dans les ESAT.

Maison d’accueil spécialisée – MAS Etablissement d’accueil médicalisé – EAM

Bilan : Les taux d’équipement dans les 42 pour ces deux types d’établissement sont inférieurs à la moyenne régionale.

PERSPECTIVES

sont programmées la création de 5 places de MAS externalisées et la création de 24 places d’EAM.

- Développer le nombre de places en accueil de jour.
- Création de 6 places « cas complexes » sur notre territoire, essentiellement pour des jeunes adultes TSA.
- Médicalisation de 43 places de foyers de vie en EAM, selon l’identification réalisée par la MDPH en 2021.

Actions spécifiques pour les Personnes handicapées vieillissantes - PHV

La stratégie pour les personnes handicapées vieillissantes s’articule autour des axes déjà identifiés par ailleurs à savoir : l’augmentation de la capacité des EAM/MAS ; le développement de partenariats avec les EHPAD ; l’accès aux soins renforcé grâce aux PCPE ainsi qu’un besoin de médicalisation dans les foyers de vie.

7.2.4 Aide à l’auto-détermination, au pouvoir d’agir et aide aux aidants-répit

Aide à l’auto-détermination, au pouvoir d’agir

Reconnaissance du dispositif de soutien à l’autodétermination pré-existant dans la Loire, avec renfort au travers la création de deux postes de médiateurs de parcours inclusif rattachés à la Communauté 360 sur les territoires en zones blanches (Nord et Centre Forez, vallée du Gier).

Pair-aidance : Groupes d’entraide mutuelle – GEM, autres actions...

Le département ligérien dispose de 5 GEM dont un spécifique pour l’autisme. La création d’un 6ème GEM orienté troubles psychiques a été acté pour juin 2023. Un besoin a été identifié sur le public jeune. Il contribue également à la mise en œuvre de l’autodétermination.

Aide aux aidants – Répît

PERSPECTIVES

Poursuivre avec chaque établissement le développement, seul ou en partenariat, de l’offre d’aide aux aidants : accueils séquentiels, accueil de jour, répît, urgence...

- Plateforme d’accompagnement et de répît :
 - Conforter le rôle de la plateforme en place depuis 2017 et ouverte à l’accompagnement de tout type de handicap depuis 2022.)
 - L’accueil temporaire apparaît comme la modalité d’accueil attendu par les usagers et les familles. Des places seront à développer pour s’inscrire dans les prises en charge nouvelles en dispositif.
 - Soutien du projet multi-partenarial pour la création de places de répît et diversification des modalités d’accueil pour répondre aux besoins des familles : nuitée, vacances scolaires, en week-end ou en semaines, en accueil de jour ou en internat pour enfants et adultes sur notre territoire.

7.2.5 Territoires de parcours et de coopération au service de la réponse accompagnée

Actions pour les situations complexes, Dispositifs d’appui à la coordination – DAC

De façon générale, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l’accompagnement des personnes en situation de handicap afin de garantir accessibilité et qualité en participant aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours mis en place et dans le cadre desquels des opérations d’évolution voire de recomposition de l’offre seraient définies et mises en œuvre. La rareté de certaines ressources, l’isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement

voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

Soutien au déploiement de la démarche de la communauté 360 sur notre territoire

Structuration de la communauté 360 sur notre territoire et une articulation avec les dispositifs de coordination dont les [DAC](#). Le déploiement de la démarche Communauté 360 doit favoriser l'acculturation de l'ensemble des professionnels aux différents dispositifs relevant du champ du handicap dans un objectif de réorientation ciblée aux besoins des usagers.

7.2.6 Prévention et accès aux soins

Le département est couvert par une unité d'accueil et de soins pour les personnes sourdes, et bénéficie d'un dispositif handiconsult. La montée en charge de ce dernier doit s'accompagner d'un renforcement de la communication sur le territoire, d'une offre en soins adaptée et d'une meilleure articulation avec les acteurs des départements limitrophes, afin de répondre aux besoins en soins des populations en situation de handicap.

8. [43] - DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-LOIRE

8.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES ÂGÉES – HAUTE-LOIRE

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées. Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place.

Compte tenu des tensions actuelles en terme de recrutement de personnel sur le département de la Haute-Loire, et des taux d'occupation des structures, il est souhaité que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télé médecine, ressources médicales et ressources spécialisées en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Les établissements et services devront s'attacher à s'impliquer dans le cadre des contrats locaux de santé et/ou contrat local de santé mentale en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

8.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

Pôles d'activité et des soins adaptés (PASA) Equipes spécialisées Alzheimer (ESA)

Les projets de déploiement de PASA inter-établissements n'ont jusqu'à présent pas pu être mis en œuvre.

Plusieurs établissements de la Haute-Loire disposent d'un lieu configuré en PASA, pour autant, faute de financement, ceux-ci ne sont pas labélisés, 8 EHPAD du département de plus de 80 lits n'ont pas de PASA (dont 1 dispose d'un ESA).

De nouveaux PASA pourraient être déployés par recomposition de places actuellement inoccupés afin de répondre aux besoins de ce type de prise en charge.

Pour répondre au besoin de développement de ce type de service, les établissements sont invités désormais, pour tout projet de reconstruction, à prévoir la possibilité de locaux adaptés à la mise en œuvre de PASA

Les projets de PASA inter-établissements pourraient être expérimentés.

Durant le précédent SRS, il n'y a pas eu de nouveau déploiement depuis 2018. A ce jour, chaque Bassin de santé intermédiaire ([BSI](#)) dispose d'un ESA.

La couverture territoriale des ESAD n'est pas optimale à ce jour (1 ESAD par BSI soit des temps de trajet entre patients qui peuvent dépasser 30 minutes sans prise en compte dans l'allocation de ressources de ces ESAD).

Avant d'envisager de nouveaux déploiements et sous réserve de crédits, un bilan du fonctionnement des ESA du département devra être conduit.

Il convient de souligner que le développement des ESA, comme de tous les services à domicile, est lié au développement en parallèle des solutions d'aval notamment l'AJ et l'HT. En effet, il est attendu des établissements d'hébergement, et des structures gérant les [SSIAD](#), Accueil de jour ou hébergement temporaire une réflexion commune et transversale. Les objectifs recherchés étant la coopération et le rapprochement.

Dans le cadre du PMND, afin de compléter l'offre en direction de certains publics spécifiques, et notamment les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, l'objectif consistera à travailler avec certains établissements pour développer des compétences d'accompagnement par formation des équipes en place.

Unités pour personnes handicapées vieillissantes - PHV

En référence aux préconisations du SRS 2018-2023 concernant les personnes en situation de handicap et

dans l'objectif de libérer des places en foyer de vie, [FAM](#) et [MAS](#), à titre expérimental et en lien avec le département, a été développée sur la Haute Loire, une offre spécifique pour les personnes handicapées vieillissantes, à compter de 55 ans dans des EHPAD volontaires ou déjà engagés dans ce sens.

Deux structures (un EHPAD et un FAM) disposent chacune d'une unité de 8 places de PHV à titre expérimental sur le territoire. Un bilan de fonctionnement a été réalisé en 2020 et l'expérimentation reconduite.

Cette offre répond à un besoin croissant sur le département. Ainsi, un certain nombre de structures proposent désormais ce type de prise en charge mais en l'absence de cahier des charges national, et de nouveaux crédits pour le département, elles ne sont pas identifiées en tant que tel au-delà des 2 structures précitées.

Dans l'attente d'un cahier des charges national définissant précisément la norme en termes de prise en charge et au regard des besoins croissants des personnes handicapées vieillissantes, le cahier des charges départemental relatif aux unités PHV sera à réviser notamment afin d'assouplir et diversifier les modalités d'accompagnement à d'autres formes que l'hébergement complet pour apporter des réponses souples et adaptées.

Compte tenu des taux d'occupation actuel et des données d'évolution démographique, il sera envisagé la possibilité de reconnaissances de places supplémentaires à titre expérimental par redéploiement de places actuellement sous occupées.

Les développements de nouvelles places seront étudiés de manière prioritaire sur les territoires conduisant des projets de recomposition de l'offre tel que celui engagé du territoire du Mezenc Loire Meygal.

Unité d'hébergement renforcé – UHR

Le département comporte une [UHR](#) de 14 places. Une évaluation régionale sera conduite durant le SRS.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

Les 6 places d'hébergement temporaire (HT) programmées dans le SRS 2018-2023 ont été installées sur le département.

16 EHPAD disposent de places d'HT sur le département pour un total de 56 places installées, Sur l'exercice 2022 le taux d'occupation moyen de ces places est de 72,04 %.

Le taux d'équipement en places d'accueil de jour est parmi les plus élevés de la région, tandis que les taux d'équipement en places d'hébergement temporaire est légèrement au-dessus de la moyenne régionale.

Ces places contribuent fortement à préparer l'entrée dans l'institutionnalisation et offrir un panel d'offre diversifié aux aidants correspondant aux nouvelles attentes des usagers.

Compte tenu des taux d'occupation actuels et en fonction des besoins, la consolidation de l'offre du soutien à domicile appelle, dans le département, à :

- poursuivre la transformation de places d'hébergement permanent en offre de répit et/ou en accueil de jour ou en hébergement temporaire couplée avec des prises en charge à domicile.
- Envisager le déploiement de places d'accueil de nuit par redéploiement.
- Réexaminer la situation des accueils de jour qui sont en deçà du seuil réglementaire de 6 places

Face aux besoins du territoire du Brivadois, l'extension de place d'accueil de jour pourraient être envisagées par recomposition de l'offre ou redéploiement.

Les établissements devront développer les projets de services en référence aux recommandations des cahiers des charges hospitalisation temporaire et accueil de jour.

Afin de soutenir les aidants, les établissements sont invités à communiquer sur les types d'offres de répit proposés et les places disponibles. Les professionnels notamment médecin libéraux et médecins coordonnateurs sont invités à promouvoir ce dispositif auprès des personnes âgées et de leurs aidants.

Une attention particulière devra être portée sur les prises en charges à domicile.

A ce jour il existe deux Plateformes d'accompagnement et de répit (PFAR) l'une sur le Bassin de santé intermédiaire ([BSI](#)) du Puy-en-Velay, l'une sur le BSI de la Jeune Loire.

Prenant en compte l'ouverture récente de la seconde [PFR](#), Il convient de revoir l'articulation entre les 2 PFR, et d'analyser les apports de ces plateformes sur le territoire avant d'envisager un nouveau déploiement qui pourrait être priorisé alors sur le territoire brivadois.

8.1.3 Soutenir à domicile

L'offre actuelle en Service de soins infirmiers à domicile – SSIAD – Service services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) – Service autonomie à domicile – SAD

Sur les 3 expérimentations en [SPASAD](#) (Brivadois, ADMR43, Haut Lignon) déployées jusqu'en 2021, un seul SPASAD reste reconnu depuis 2022 en attente de la future réforme et de son passage en [SAD](#).

Il est également à souligner la fusion des 3 [SSIAD](#) ADMR en un seul SSIAD avec 3 antennes nouvellement réparties.

Dès lors, il convient de réétudier l'offre de SSIAD notamment sur le [BSI](#) du Puy-en-Velay. En effet, sur ce bassin, le développement de places de SSIAD PA et PH est souhaitable car outre le taux d'équipement, la question des déplacements trop importants rend le développement des services difficilement viables en zone rurale. Une nouvelle étude régionale sur la couverture des SSIAD est envisagée.

Dans le cadre de la recomposition de l'offre sur le territoire Mezenc Loire Meygal (BSI du Puy-en-Velay) et le projet de déploiement d'un pôle gérontologique regroupant plusieurs services dédiés à la personnes âgées, l'extension du nombre de places de SSIAD par recomposition répondrait aux besoins de la population de ce secteur.

Réforme de la tarification des SSIAD et SPASAD/ Mise en œuvre des services autonomie à domicile – SAD

Au regard de la réforme conduisant à la création [SAD](#), les porteurs seront accompagnés progressivement vers la mise en œuvre des nouvelles dispositions impliquant la révision des autorisations des [SSIAD](#).

Dans l'objectif d'égalité d'accès et de couverture territoriale lisible et équilibrée, il conviendra de définir le maillage territorial des futurs SAD en co-pilotage avec le Département de la Haute Loire. Les SSIAD seront amenés à se rapprocher des [SAAD](#) dans le cadre du passage en SAD.

Des échanges réguliers seront menés afin d'accompagner les SSIAD dans l'application de la réforme.

En lien avec l'étude régionale, une évaluation départementale du fonctionnement des SSIAD pourra être envisagée en préparation à la mise en œuvre de cette réforme.

Centre de ressources territorial – CRT

Le département de la Haute-Loire se verra doté d'au moins un centre de ressources territorial répondant aux attentes des usagers du territoire notamment pour assurer une offre domiciliaire complète.

8.1.4 Reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires

Une logique territoriale de démarches coordonnées qualité et efficience

Des travaux ont été engagés en Haute-Loire, et avec le Département, pour développer une logique de territoire de coopération. Il s'agit, compte-tenu des enjeux de chaque territoire, de mener l'élaboration d'un diagnostic partagé par territoire de parcours et de coopération aux fins de définition d'un plan d'actions Qualité et Efficience. Les structures se trouvent confrontées à des difficultés de plusieurs ordres :

- de recrutement et d'attractivité des professionnels toutes catégories et tout particulièrement des médecins coordonnateurs, IDEC, directeurs,
- liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique pour certains établissements,
- de gouvernance, d'organisation globale et financière avec un accroissement des EHPAD cumulant des difficultés majeures,
- d'activité avec des taux d'occupation en hébergement permanent en diminution, qui fluctuent et des durées moyennes de séjours réduites du fait d'entrées tardives en EHPAD,
- d'inadaptation du bâti qui ne répond plus aux attentes des usagers et aux exigences de qualité et d'efficience nécessaires aux prises en charges,
- de continuité des prises en charge.

Ces difficultés doivent conduire l'ensemble des parties prenantes d'un territoire de proximité, à travailler en concertation sur des scénarios de partenariats, de mutualisations, de regroupement de nouvelles gouvernances et/ou de recomposition de l'offre pour faire face aux nouveaux enjeux locaux, compléter et renforcer les actions déjà menées comme le développement de directions communes ou le partage de compétences.

Ces initiatives doivent être renforcées et confortées en structurant et sécurisant la gouvernance des EHPAD en identifiant des actions communes facilitant le recrutement partagé de ressources rares ou spécifiques, et en recherchant des économies d'échelle et rechercher des économies d'échelle dans les achats, les mutualisations.

La recomposition de l'offre

Il est observé un fort déséquilibre d'équipement entre l'Est et l'Ouest du département. Les actions de recomposition de l'offre devront prendre garde à limiter les écarts entre les différents territoires de parcours.

Un certain nombre d'EHPAD de la Haute-Loire ont vu leur taux d'occupation chuter fortement. Ce phénomène a été accentué par la crise COVID et la demande croissante des personnes âgées d'être prises en charge à domicile le plus longtemps possible.

Certains territoires concentrent notamment un nombre important de places non occupées et dont l'hébergement n'est plus adapté à la prise en charge des personnes âgées et ne répondant que partiellement à la demande.

Suite à différentes études portées notamment sur le territoire Mezenc-Loire Meygal, les conclusions conduisent à envisager une recomposition de l'offre d'hébergement sur ce territoire.

Capacités dédiées de gérontopsychiatrie

En référence à la programmation du SRS 2018-2023, de nouvelles places d'EHPAD ont été autorisées sur le [BSI](#) du Puy-en-Velay. Ainsi, a été autorisée la construction sur le Puy-en-Velay d'un EHPAD gérontopsychiatrie à vocation départementale, porté par le centre hospitalier Sainte-Marie.

Partiellement en 2009, puis sur une ouverture complète en septembre 2021, l'EHPAD Marie PIA est venu renforcer l'offre territoriale.

Afin de mieux répondre aux besoins de prise en charge psychiatrique de la personne âgée, cet établissement conduit une réflexion sur l'évolution de son projet médical afin de développer une alternative forte à l'hospitalisation complète qui passera par un renforcement significatif des moyens dédiés aux équipes mobiles gérontopsychiatriques.

Un suivi attentif du fonctionnement de cet EHPAD sera mené.

8.1.5 Promouvoir les parcours coordonnés

Dans le département de la Haute-Loire, il est attendu des établissements qu'ils s'articulent et s'intègrent dans les actions du [DAC](#) (dispositif d'appui à la coordination) créé depuis juillet 2022 et qu'ils utilisent systématiquement l'outil « Via Trajectoire ». Afin d'assurer la promotion, des actions de communication seront poursuivies notamment en direction des médecins traitants et des EHPAD.

Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation – HTSH

Face aux difficultés des prises en charge hospitalières saturées et notamment au niveau des services des urgences, une véritable dynamique a été mise en place entre les centres hospitaliers altiligériens et les EHPAD afin que les personnes âgées soient accueillies dans des conditions respectueuses et adaptées à leur besoin.

La Haute-Loire dispose d'un seul EHPAD disposant d'une reconnaissance de 2 places HTSH. Or, près de 14 EHPAD ont participé aux dispositifs expérimentaux « Braun » (été 2022 et automne hiver 2023) permettant aux personnes âgées d'être accueillies en EHPAD en sortie d'hospitalisation.

Ce dispositif a montré son efficacité.

Afin de pérenniser ce dispositif de prise en charge en sortie d'hospitalisation et de fluidifier le parcours de la personne âgée, des reconnaissances complémentaires de places d'Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) seront favorisées. Ces places seront déployées par transformation de places.

L'objectif sera de disposer d'au moins 2 EHPAD par BSI disposant d'une telle reconnaissance.

Infirmier de nuit

Face aux difficultés des EHPAD la nuit et afin d'éviter des hospitalisations inutiles, ont été déployés sur la Haute Loire plusieurs dispositifs d'astreinte ou de garde d'IDE de nuit.

Entre 2018 et 2022, 3 dispositifs IDE de nuit ont été financés couvrant 19 EHPAD (= 1 533 places ouvertes)

Fin 2022, 2 nouveaux dispositifs ont été reconnus et financés : 1 via l'EHPAD les Patio du Velay associant 14 autres EHPAD, 1 via l'EHPAD du CH Yssingaux et associant 4 EHPAD.

Certains EHPAD ont intégré des dispositifs portés par des établissements hors département du fait de leur localisation géographique.

La quasi-totalité de la Haute Loire bénéficie des dispositifs « IDE de nuit ». Pour autant, leurs fonction-

nements sont hétérogènes. Une évaluation régionale des dispositifs en place doit permettre de mesurer la pertinence des dispositifs de garde ou d'astreinte et d'explorer toutes les pistes et leviers pour éviter les hospitalisations non programmées de résidents d'EHPAD sur chaque territoire.

8.2 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP – HAUTE-LOIRE

De façon générale, le département de la Haute-Loire doit faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services (offre médico-sociale ambulatoire).

La transformation de l'offre sur le champ de l'enfance dans le département de la Haute-Loire s'appuie sur le même découpage territorial que celui retenu dans le schéma départemental de Haute-Loire à savoir trois territoires : territoire de la Jeune Loire, territoire du Velay et territoire Lafayette.

8.2.1 Prévention, repérage, et dépistages précoces

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP

Le département dispose d'un [CAMSP](#) et de l'intervention d'un CAMSP interdépartemental sur le territoire Lafayette (Nord-Ouest du département).

La couverture des zones blanches altiligériennes en [CMPP](#) et CAMSP a fait l'objet d'une contractualisation avec les associations gestionnaires concernées.

Dans le cadre de la Stratégie pour l'Autisme au sein des TND 2018-2022, un acteur ligérien s'est vu désigné porteur d'une Plateforme interdépartementale Loire - Haute-Loire de coordination et d'orientation ([PCO](#)) pour enfants de 0 à 6 ans avec troubles du neuro-développement à compter du 1er janvier 2021, et son déploiement sur chacun des 2 départements est réalisé par un acteur déjà implanté sur le territoire concerné. Une convention de partenariat entre les trois porteurs Loire/Haute-Loire précise les modalités de mise en œuvre de cette [PCO](#), afin de couvrir les deux départements.

Plateforme de coordination et d'orientation – PCO

La Plateforme de coordination et d'orientation ([PCO](#)) Loire/Haute-Loire a enregistré 910 entrées, elle est très repérée par les acteurs de niveau 1. Au regard du nombre de demandes, la PCO a été renforcée en moyens par l'ARS, pour un renfort RH effectif à compter de 2023.

PERSPECTIVES

- La couverture totale du département par le CMPP sera effective dès 2023 avec l'ouverture d'une nouvelle antenne sur Brioude couvrant ainsi les besoins sur le territoire Lafayette. L'ouverture d'une antenne du CAMSP sur le territoire de la jeune Loire est programmée pour 2025.
- Le décret 2021-383 du 1^{er} avril 2021 rendant possible l'extension du forfait d'intervention précoce aux enfants avec troubles du neuro-développement de 7 à 12 ans, une PCO TND élargie à cette population, pourra être déployée sur les départements de Loire /Haute-Loire à horizon 2023-2024.

8.2.2 Offre pour les enfants en situation de handicap

L'ensemble des propositions relatives au secteur de l'enfance sera mis en œuvre en lien avec la MDPH et l'Education Nationale.

Scolarisation

Les démarches menées pour renforcer et améliorer le parcours scolaire des enfants en situation de handicap se sont faites en étroite collaboration avec les services de l'Education nationale (EN).

L'instauration en juillet 2020 du comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI) a permis de créer une nouvelle synergie entre les acteurs.

PERSPECTIVES

Dans le cadre de ce schéma régional de santé, il conviendra de pérenniser le bon partenariat avec l'E.N., de poursuivre les démarches engagées s'agissant du CDSEI, et de déployer sur le département de la Haute-Loire la convention Ecole Inclusive II ARS-Education Nationale 2023-2028.

Externalisation des unités d'enseignement et répartition territoriale

Depuis la rentrée scolaire 2021, une nouvelle modalité d'enseignement externalisée fonctionne sur le territoire de la Jeune Loire. Elle a été créée par redéploiement d'un dispositif internalisé implanté sur le territoire du Velay.

Pour rappel, dans le département 6 ESMS disposent d'une unité d'enseignement (UE). Ces 6 UE sont dorénavant constituées de 6 dispositifs externalisés (dépassement de l'objectif cible 2018) et de 15 dispositifs internalisés.

33,8 % des enfants des établissements médico-sociaux bénéficient pour tout ou partie d'une scolarisation en milieu ordinaire, contre une moyenne régionale de 37 %.

Les 2 DITEP de Haute-Loire offrent des dispositifs d'enseignement externalisés. En revanche, seul un IME détient une modalité d'enseignement externalisée.

PERSPECTIVES

Il conviendra de poursuivre l'externalisation des dispositifs d'enseignement, notamment ceux des IME.

En lien avec l'Education nationale, il sera recherché la création d'une unité d'enseignement au sein de l'EpEAP (établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés) qui en est dépourvu.

Unités d'enseignement Autisme

Depuis la rentrée scolaire 2021, une seconde unité d'enseignement en maternelle autisme, de 7 places, est déployée sur le territoire du Velay. Celle-ci vient en complément de celle déjà implantée sur le territoire de la Jeune Loire. Le département de la Haute-Loire ne dispose en 2023 d'aucune unité d'enseignement élémentaire autisme (UEEA).

PERSPECTIVES

- Création d'une UEEA sur le bassin du Puy-en-Velay, dont l'ouverture est programmée pour la rentrée scolaire 2023.
- Le territoire de la Jeune Loire devra également être doté d'une UEEA. En absence de mesure nouvelle, ce projet ne serait possible que par redéploiement de moyens issu de la transformation de l'offre IME.
- Des réflexions sur le déploiement d'unités d'enseignement autisme sur le territoire Lafayette pourront être menées en concertation avec l'EN et la MDPH afin d'identifier les éventuels besoins, et sous réserve de faisabilité de la part des partenaires.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

L'évolution des places de SESSAD est actée s'agissant des DITEP. Pour ce qui concerne les places de SESSAD en lien avec les IME, la transformation est engagée et reste à poursuivre.

Ainsi, la transformation en cours sur le champ de l'enfance a permis de réduire l'offre d'internat au profit de l'offre de service, et d'accueil de jour. L'offre de service comprend aujourd'hui 306 places, dont des places spécialisées nouvellement créées par déploiement venant renforcer les territoires insuffisamment couverts.

La couverture des territoires Lafayette et Jeune Loire dépourvus en offre SSEFIS (déficience auditive) a pu être envisagée dans le cadre d'un redéploiement à moyens constants.

PERSPECTIVES

- La transformation de l'offre largement initiée doit se poursuivre dans le cadre des CPOM en cours de négociation et ceux à venir, avec des redéploiements de moyens, en lien et avec l'appui des pôles territoriaux - PCPE Enfance.
- La couverture des besoins en SESSAD spécialisés, dont les SEFFIS est à rechercher.

Dispositifs instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques – DITEP

Les deux gestionnaires d'ITEP et de SESSAD ont fait évoluer leurs structures en DITEP, avec un déploiement concerté afin de couvrir l'intégralité du département des 3 modalités d'accompagnement.

PERSPECTIVES

- Poursuivre les redéploiements prévus dans le cadre de la contractualisation.
- Les 2 DITEP sont en cours de redéploiement géographique et de transformation pour offrir aux 3 territoires les 3 modalités d'accompagnement.
- Les acteurs du département de la Haute-Loire s'attacheront plus particulièrement à répondre aux objectifs suivants : renforcement du travail partenarial, amélioration du parcours des jeunes de 6 à 18 ans, voire 22 ans, avec un focus sur la professionnalisation (la sortie du DITEP et le suivi post DITEP), prévention des situations complexes.

Instituts médico-éducatifs – IME et fonctionnement en dispositif

Une étude conduite en 2019 sur les besoins interdépartementaux en vue d'une recombinaison de l'offre ITEP-IME de la Haute-Loire dans une perspective de fonctionnement en mode dispositif intégré, a permis d'objectiver et conforter, de façon neutre, les orientations envisagées quant à l'évolution de l'offre départementale en faveur des enfants en situation de handicap. Ainsi, la recombinaison de l'offre sur chacun des 3 territoires doit permettre d'apporter des réponses de proximité, adaptées et adaptables dans une logique de parcours répondant aux besoins des usagers, quelle que soit la nature du handicap de la personne.

Les places d'ambulatoire et d'accueil de jour ont d'ores et déjà été renforcées sur le bassin du Velay, par transformation de places d'internat.

PERSPECTIVES

- La transformation des IME sera conduite de manière progressive afin d'aboutir en fin de SRS au passage à 100 % en mode dispositif. Le fonctionnement en mode dispositif sera à déployer au sein des IME-SESSAD.
- Dans le cadre de la contractualisation, est actée l'évolution de l'offre IME sur le territoire Lafayette. Cela permettra d'une part, de créer des places d'accueil de jour et ambulatoire sur ce même territoire, et d'autre part de créer par redéploiement interne une unité d'enseignement élémentaire autisme (UEEA) de 10 places et un institut d'éducation motrice (IEM).
- L'UEEA et l'IEM seront implantés sur le territoire du Velay.
- La transformation de l'offre IME devra être poursuivie, notamment sur le territoire de la Jeune Loire.

Equipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation – EMAS

Le département dispose depuis novembre 2020 d'une équipe mobile d'appui médico-social pour la scolarisation (EMAS) des enfants en situation de handicap.

PERSPECTIVES

L'EMAS devra renforcer et conforter ses actions de soutien auprès de la communauté éducative pour sécuriser les parcours des élèves en situation de handicap.

Pôles de compétences et de prestations externalisées – PCPE

Depuis mai 2022, le département de la Haute-Loire dispose de trois pôles territoriaux, dotés chacun d'un PCPE enfance. L'objectif est d'aboutir à une meilleure fluidité des parcours par la mise en œuvre d'actions concertées et coordonnées et de disposer d'une offre adaptée sur chacun des trois territoires. Ces pôles territoriaux ont également pour ambition d'améliorer la connaissance collective et partagée des écarts entre les besoins et les solutions d'un territoire.

PERSPECTIVES

- Chacun des 3 territoires de la Haute-Loire devra disposer d'un projet de territoire spécifique.
- Ces pôles territoriaux devront développer un partenariat étroit avec la MDPH, et s'articuler avec les autres dispositifs de coordination (C360°, PCPE adulte notamment).

Aide sociale à l'enfance (ASE) handicap

Dans le cadre de la réponse adaptée pour tous, le département de la Haute-Loire a eu l'opportunité d'autoriser la création d'une structure expérimentale destinée à l'accueil de jeunes relevant de l'ASE et du handicap, dont l'accompagnement au sein de la structure d'origine arrive à une impasse et relève d'une situation complexe.

L'unité expérimentale cas complexes, d'une capacité totale de 5 places d'hébergement temporaire, a ouvert ses portes en novembre 2020.

PERSPECTIVES

- Dans le cadre du déploiement de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, le département de la Haute-Loire a la possibilité de déployer des moyens nouveaux afin de développer une offre d'accompagnement médico-social au titre du handicap, pour mieux répondre aux besoins

des enfants simultanément bénéficiaires d'une orientation par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et d'une mesure de protection de l'enfance.

- Bien que répondant à des besoins avérés, l'unité expérimentale cas complexes devra évoluer pour véritablement apporter la plus-value attendue et s'articuler avec les futurs projets issus de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance.

8.2.3 Offre pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Implication des opérateurs de l'enfance dans le projet professionnel des jeunes

L'accompagnement à la professionnalisation des jeunes en situation de handicap par les structures du champ de l'enfance est identifié comme étant un axe d'amélioration pour les structures en charge des jeunes en situation de handicap (cf. § « perspectives DITEP »).

PERSPECTIVES

Il s'agira pour les ESMS du champ enfance, notamment les DITEP, de renforcer leurs compétences en matière d'accompagnement à la professionnalisation des jeunes, en s'appuyant le cas échéant sur les dispositifs existants (PCPE, Plateforme emploi Accompagné, etc.). Il pourra être envisagée la création de passerelles de nature à répondre à cet objectif.

Emploi accompagné

Le département bénéficie depuis 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné, portée par un acteur extérieur à la Haute-Loire, dans un cadre interdépartemental avec l'Ardèche et la Drôme. Dès 2021, 1 ETP intervient sur la Haute-Loire dans le cadre de ce dispositif emploi accompagné, lequel est dès lors décliné localement par un acteur départemental.

Cette offre étoffée s'est transformée en 2023 en une plateforme dédiée à la Haute-Loire, et portée par une association atiligérienne, couvrant l'ensemble du département avec un élargissement à tout type de handicap.

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

S'agissant de l'offre d'ESAT, la contractualisation menée jusqu'à présent a conduit à des évolutions, par transformations de places existantes. La requalification des places d'ESAT en faveur des personnes en

situation de handicap psychique a dépassé la cible initiale. Elle correspond au public d'ores et déjà accompagné par les ESAT. On observe cependant sur le département une zone blanche en terme d'accompagnement des travailleurs handicapés en attente d'une place en ESAT.

PERSPECTIVES

- Mettre en œuvre le plan de transformation des ESAT.
- Dans le cadre du déploiement de la plateforme Emploi Accompagné, il conviendra de veiller à la bonne articulation et la cohérence des différents dispositifs portés par l'ARS et la DDETS-PP notamment.
- Le poste de chargé d'insertion financé au profit des 7 ESAT départementaux devra faire l'objet d'une évaluation annuelle afin d'objectiver sa plus-value ou d'envisager un redéploiement plus adapté pour favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des travailleurs handicapés.
- Il conviendra de poursuivre la requalification des places traditionnelles dédiées aux travailleurs handicapés psychiques en places transitionnelles, avec une cible minimale de 11 places (soit +6).
- Une réflexion partenariale au sein du comité de suivi départemental de la plateforme emploi accompagné sera à mener pour organiser l'accompagnement des personnes en situation de handicap en attente de places en ESAT.
- Renforcer l'autodétermination au sein des ESAT par l'accès facilité à la formation professionnelle, la systématisation du projet individualisé contenant un chapitre projet de vie.
- Mener une étude sur le taux d'activité des ESAT afin d'optimiser leur activité.

Soutien à l'autonomie des adultes

Habitat inclusif

Trois habitats inclusifs ont été déployés sur le département. Ils sont implantés sur les trois territoires de la Haute-Loire : Velay, Lafayette et Jeune Loire.

PERSPECTIVES

Dans le cadre du transfert de gestion lié au déploiement de l'aide à la vie partagée, ces 3 dispositifs relèvent à compter du 1^{er} janvier 2023 de la compétence du Département.

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH

Le département dispose de 3 services, avec un taux d'équipement identique au taux régional, qui interviennent respectivement sur un des trois territoires de la Haute-Loire. La mise en œuvre du cahier des charges, relatif aux 3 SAMSAH du département a donné lieu à une réorganisation territoriale de cette offre qui désormais, couvre l'intégralité du territoire altiligérien, et s'adresse à toute personne bénéficiant d'une orientation de la MDPH, quel que soit son handicap. Cette réorganisation s'est accompagnée d'un renfort de l'offre existante par la création de 5 places supplémentaires. Le département dispose désormais de 35 places de SAMSAH.

PERSPECTIVES

L'ARS lancera une étude spécifique sur les services afin d'affiner l'état des lieux des SAMSAH. Certains profils nécessitent un accompagnement spécifique (troubles psychiatriques) ou plus long que celui prévu par le cahier des charges départemental actuel. Une réflexion sera menée afin de prendre en compte ces situations spécifiques. La réflexion devra être poursuivie afin de déployer sur le département une offre SAMSAH de réhabilitation psychosociale (9 places environ avec financement dédié) en faveur des personnes souffrant de handicap psychique.

Répit

La transformation de l'offre sur le champ adulte s'opère progressivement, notamment par le renfort de l'offre d'hébergement temporaire.

PERSPECTIVES

- La transformation de l'offre sur le champ adulte sera à poursuivre en lien avec les orientations du schéma départemental, notamment s'agissant de l'offre de répit (hébergement temporaire) en établissements d'accueil médicalisé.
- Néanmoins, l'offre actuelle ne permet pas de répondre à l'intégralité des besoins départementaux. La transformation des places d'hébergement permanent au profit d'une offre de répit, à capacité constante, se heurte à cette difficulté.
- Les projets de territoire visant à répondre aux besoins des usagers devra se faire en lien avec la Communauté 360°.

Offre médicalisée avec hébergement

Etablissement d'accueil médicalisé – EAM

Le Territoire de la Jeune Loire ne possède qu'un seul EAM de petite capacité et dédié aux autistes TED. Il y a opportunité à porter la réflexion en intégrant l'offre ligérienne.

Septembre 2021, un nouvel établissement médicalisé a ouvert ses portes sur le Puy-en-Velay dans le cadre du regroupement des 3 FAM implantés sur ce territoire, sur un site unique.

Maison d'accueil spécialisée – MAS

Le département ne dispose d'aucune place de MAS spécialisée sur les troubles du spectre de l'autisme et psychiatriques, bien que ces accompagnements soient d'ores et déjà réalisés.

PERSPECTIVES

- En fonction des besoins, qui restent à quantifier, il s'agira de requalifier des places existantes de MAS sur le territoire du Velay pour disposer d'une unité dédiée à l'accompagnement de personnes souffrant de troubles du spectre de l'autisme (a minima 6 places TSA).
- Une vigilance particulière sera portée afin que l'ensemble des structures puissent disposer de moyens permettant de garantir la qualité et la sécurité attendues, notamment pour ces prises en charge spécifiques.

Personnes handicapées vieillissantes - PHV

- Le département dispose de 2 unités expérimentales pour PHV de 8 places chacune, implantées respectivement sur le territoire du Velay et de la Jeune Loire. Ces unités PHV constituent des passerelles et concourent à la fluidité des parcours de vie.
- Actuellement, 10 % de la population accompagnée par les ESMS PH altiligériens ont plus de 60 ans, soit 2 points de plus que la moyenne régionale (source pôle performance ARS).

Le vieillissement de la population doit conduire à développer ces dispositifs pour adapter les accompagnements à l'évolution des besoins, et renforcer la dynamique des parcours. A ce jour, l'absence de place disponible se traduit par le maintien de jeunes adultes en structures pour enfants, ou contraint à rechercher une solution hors département dans l'attente d'une réponse adaptée de proximité.

PERSPECTIVES

Le cahier des charges départemental relatif aux unités PHV devra être révisé. Il conviendra de pérenniser les 2 unités actuelles, et de créer, par transformation, des places (en lien avec le secteur PA) afin de répondre aux besoins non satisfaits sur les territoires de la Jeune Loire et du Velay.

8.2.4 Répondre aux besoins spécifiques

Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA Équipes spécialisées Alzheimer – ESA

Le département a bénéficié en 2018 et 2019 de la pérennisation du financement des activités PASA. A ce titre, 3 PASA ont été installés, dont un PASA éclaté sur 2 EHPAD.

Régulièrement, des demandes de création et de financement de PASA sont sollicitées par les EHPAD dans le cadre des CPOM et/ou des projets de restructuration.

Sous réserve de crédits disponibles, il s'agira de développer les PASA prioritairement dans les EHPAD de plus de 80 places, bénéficiant de locaux à cet effet et/ou souhaitant proposer un parcours pour les personnes avec troubles cognitifs. Des projets émergent sur le département notamment sur les Bassin de santé intermédiaire ([BSI](#)) de Thiers et Issoire.

Le département du Puy-de-Dôme bénéficie de 50 places ESA réparties sur 5 [SSIAD](#) pour une capacité de 10 places chacune. Il existe une forte demande sur ce type d'offre auxquelles les ESA ne peuvent à ce jour répondre, en raison de leurs disponibilités et de leur territoire d'intervention.

Les ESA de plusieurs départements en Auvergne-Rhône-Alpes, dont ceux du Puy-de-Dôme, se réunissent une fois par an pour une rencontre inter-ESA afin d'échanger sur l'actualité du secteur et sur les projets/ateliers proposés par l'ESA accueillant.

Il conviendra de s'assurer de la possibilité de couverture territoriale harmonisée en ESA et de soutenir le développement de places d'ESA sous réserve de crédits disponibles

Unités de vie protégée – UVP / Unités pour personnes handicapées vieillissantes – PHV

Le département bénéficie également d'une offre d'accueil expérimentée par plusieurs établissements en gériatrie-psycho-geriatrie à destination des PHV en lien avec les projets de télé-expertise et les services hospitaliers. Ces derniers proposent un réel projet de

service et d'accompagnement personnalisé grâce à du personnel dédié et une organisation travaillée en équipe.

Une réflexion sera menée sur le développement d'unités spécifiques, d'unités gériatrie-psycho-geriatrie ou PHV dans les EHPAD qui souhaitent diversifier leur offre d'accompagnement, en fonction des besoins identifiés sur le secteur du Handicap.

Unité d'hébergement renforcé – UHR

Le département a bénéficié de l'installation d'une [UHR](#) de 12 places en 2018 ce qui fait un total de 2 UHR pour 26 places sur le département. L'évaluation régionale des UHR est programmée au cours du prochain SRS.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

Durant les 5 années du précédent schéma, des places d'hébergement temporaire ont été déployées dans différents territoires du département et une plateforme d'accompagnement et de répit itinérante a été créée sur le territoire des Combrailles en 2018.

Les BSI de Riom, Thiers et du Mont Dore sont dépourvus d'offre en accueil de jour et sont identifiés comme prioritaires pour le développement de cette offre. Sur Thiers, le projet d'extension et de reconstruction de l'EHPAD du CH prévoit un AJ itinérant de 11 places.

En 2022, l'ARS a augmenté la capacité des AJ inférieurs à 6 places pour parvenir à ce seuil afin de leur permettre de mettre en place une vraie logique de service. Il reste des disparités entre territoires, notamment sur la question des transports du fait de la mauvaise couverture en AJ ne permettant pas de répondre à toutes les demandes.

Durant le présent SRS, il est prévu de :

- Consolider l'offre en AJ en réponse aux besoins et ainsi répondre à la question des transports.
- Lancer un appel à candidatures pour la création d'un accueil de jour itinérant ou non de 6 places sur le [BSI](#) de Riom.
- Mener une réflexion sur le BSI du Mont Dore.

Les BSI d'Ambert et du Mont-Dore sont déficitaires en termes d'hébergement temporaire et sont donc identifiés comme prioritaires pour le développement de cette offre de répit. Les solutions de redéploiement infra-départemental pourront être étudiées pour minimiser ces écarts. Toutefois, les BSI présentent des disparités territoriales et tous n'ont pas un besoin équivalent en HT. Aussi, la DD 63 s'attachera à étudier

les besoins réels en complément du taux d'équipement par [BSI](#).

Les axes de travail durant le SRS sont les suivants :

- Mener une réflexion sur le maillage territorial des places HT.
- S'assurer d'une offre suffisante en places d'HT dans le cadre de la programmation du redéploiement de l'offre sur le département suite à des opérations de fermeture et ou transformation concertée de l'offre.

8.2.5 Aides à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants-répît

Groupe d'entraide mutuelle – GEM

Depuis le 1^{er} avril 2021, la Haute-Loire dispose d'un second GEM dédié aux personnes ayant des troubles du spectre de l'autisme. En complément d'un premier GEM spécialisé sur le handicap psychique déjà existant.

Aide aux aidants / Répît

Une plateforme d'accompagnement et de répît des aidants non professionnels auprès de personnes en situation de handicap, dont les personnes atteintes de troubles du spectre autistique, est déployée sur le département de la Haute-Loire depuis le 1^{er} janvier 2022.

PERSPECTIVES

Une analyse sera à conduire afin d'identifier la contribution de ces dispositifs à l'auto-détermination et au pouvoir d'agir des personnes.

8.2.6 Territoires de parcours et de coopération au service de la RAPT

La création récente des 3 pôles territoriaux - PCPE enfance, du PCPE adulte et de la communauté 360° visant à fluidifier les parcours de vie des personnes en

situation de handicap avec une visée véritablement inclusive est de nature à renforcer les coopérations entre associations pour tendre vers un zéro sans solution et améliorer la qualité des accompagnements.

PERSPECTIVES

- Les organismes gestionnaires devront s'emparer de la démarche de co-construction avec les acteurs de proximité afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins et attentes des usagers qu'ils doivent accompagner de manière articulée.
- Il s'agira de poursuivre les actions de fluidification des parcours aux âges charnières de la vie (passage enfant-adulte, et lors de la perte d'autonomie liée au vieillissement) par le rapprochement des acteurs du handicap et du grand âge.
- Face à l'évolution des profils accompagnés, les partenariats avec la psychiatrie seront également à renforcer et stabiliser.
- L'instauration des différents comités départementaux (C 360, CDS Ecole Inclusive, CDS Plateforme emploi accompagné...) et leur bonne articulation devront permettre de tendre vers un territoire porteur de solutions pour les usagers.
- Les partenariats historiques et nouveaux sont à conforter.
- Chaque organisme gestionnaire s'attachera à alimenter, de façon régulière et exhaustive, l'outil Via Trajectoire PH.

8.2.7 Prévention et accès aux soins

La réalisation d'un diagnostic territorial portant sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap doit permettre d'identifier les besoins et les leviers disponibles pour faciliter l'accès aux soins.

Le renforcement de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social est à poursuivre afin de permettre une meilleure fluidification des parcours.

9. [63] - DÉPARTEMENT DU PUY DE DÔME

9.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES ÂGÉES – PUY DE DÔME

Les personnes âgées de plus de 75 ans dans le département du Puy de Dôme représentent 10 % de la population, soit un taux légèrement supérieur à la moyenne régionale (9,37 %). En termes d'offre médicalisée, le département dispose d'un taux global d'équipement de 117,1 places pour 100 personnes de 75 ans et plus, supérieur à la moyenne régionale (109,7). L'offre d'accueil spécifique (Alzheimer et PHV) de 14,5 %, est également supérieure à la moyenne régionale (12,9 %). En revanche, le département dispose d'une offre en hébergement temporaire légèrement inférieure à la moyenne régionale (1,7 % contre 1,8 %). L'offre en accueil de jour est plus marquée : 1,7 % contre 2,4 %. Enfin concernant l'offre à domicile, il est à noter une offre légèrement inférieure en places de [SSIAD](#) et d'ESA par rapport à la moyenne régionale.

Les enjeux seront donc de développer l'offre alternative à l'hébergement permanent afin d'accompagner le virage domiciliaire en soutenant le développement de l'offre en accueil de jour et de services de soins à domicile y compris des équipes de soins Alzheimer afin de prévenir l'aggravation des troubles de cette maladie.

9.1.1 Soutenir à domicile

Poste de psychologue en Service de soins infirmiers à domicile – SSIAD / SSIAD renforcé

Le département bénéficie depuis 2020 d'un [SSIAD](#) renforcé par un temps de psychologue (0.5 ETP), initialement dans le cadre d'une expérimentation puis de manière pérenne.

Un nouvel appel à candidatures sur le temps de psychologue en SSIAD a été lancé sur le début d'année 2023, celui-ci s'adresse aux SSIAD porteurs d'un ESA. 4 SSIAD sont éligibles à candidater au titre de ce nouvel appel à candidatures dans le département.

Réforme tarifaire des [SSIAD](#) et [SPASAD](#), mise en œuvre de la réforme des services à domicile ([SAD](#)), développement de l'offre de SSIAD.

En 5 ans, 22 nouvelles places de SSIAD ont été ouvertes afin de maintenir une offre pour les personnes âgées.

L'offre SSIAD est à développer car le taux d'équipement du département est légèrement inférieur au taux régional, y compris sur les places PH.

PERSPECTIVES

- Réaliser un état des lieux des [SSIAD](#) (TO, file active, difficultés, leviers de réponse) par Bassin de santé intermédiaire ([BSI](#)) en vue de redéployer l'offre PA au domicile.
- Créer des places pour l'offre PA à domicile, réfléchir au repositionnement des SSIAD/futurs [SAD](#) sur le territoire pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile nécessitant des soins complexes et une coordination des acteurs.
- Accompagner les SSIAD du territoire dans la réforme tarifaire et organisationnelle en Service autonomie à domicile en fonction des besoins de chaque service par une aide à la recherche de coopérations avec des [SAAD](#) (réunions avec les acteurs du territoire, encourager les mutualisations, envisager des modalités d'organisation différentes (ex : services à horaires décalés), porter une réflexion sur le maillage territorial (pertinence des communes d'intervention).

Centre de ressources territorial – CRT

Le département bénéficie d'une expérimentation Dispositif renforcé d'accompagnement à domicile (DRAD) portée par un [SSIAD](#) jusqu'à la fin d'année 2023.

Un appel à candidatures relatif à la création d'un Centre de ressources territorial (CRT) sera lancé conformément au cahier des charges des CRT (volet 1 à créer intégralement) dans le département du Puy-de-Dôme.

9.1.2 Reconfigurer conforter les ressources gérontologiques dans les territoires

Le redéploiement envisagé de l'offre devra être étudié en fonction de l'évolution de la population sur chaque bassin de santé intermédiaire afin de répondre au mieux à ses besoins dont l'enjeu majeur est le maintien à domicile.

Recomposition de l'offre/ regroupements / fusion d'ESMS

En 2018, 14 places d'hébergement permanent et temporaire ont été redéployées et 3 places d'hébergement temporaire ont été créées.

Dans le cadre de la loi NOTRe, des regroupements d'EHPAD territoriaux concernant au total 8 EHPAD sur 3 EPCI différents ont été autorisés à l'Ouest et à l'Est du département.

En 2019, la fermeture de l'EHPAD de Tauves a permis un redéploiement de l'offre sur le Bassin de santé intermédiaire ([BSI](#)) du Mont Dore : création d'un SSIAD de 20 places porteur d'une expérimentation « DRAD », extension de 10 places de l'EHPAD de La Tour d'Auvergne et future extension de l'EHPAD du CH du Mont Dore.

En 2022, le regroupement géographique de 2 EHPAD appartenant à un même organisme gestionnaire associatif a été autorisé au sud de Clermont-Ferrand.

En 2023, la transformation d'un EHPAD de 25 places en Résidence Autonomie a permis de compléter la politique de redéploiement de l'offre en fonction des besoins, en outre, un EHPAD spécialisé dans l'accueil des PHV a été transformé en établissement relevant du Handicap pour une meilleure adéquation de l'offre aux besoins.

Dans le secteur public, 3 directions communes ont été créées concernant au total 13 EHPAD :

La question des EHPAD isolés relevant de la fonction publique hospitalière est régulièrement abordée et sera à approfondir afin de garantir une viabilité de ces structures sur les territoires au-delà des directions communes mises en place.

Plusieurs réflexions et/ou travaux seront menés :

- Envisager une étude conjointe avec le Département afin d'évaluer le degré et la nature des sous-occupations de certains EHPAD : chronique ou temporaire à cause de difficultés de recrutement afin de réfléchir à consolider une offre diversifiée sur les [BSI](#) déficitaires en priorité.
- Poursuivre le soutien au développement des directions communes lorsque cela est nécessaire et accompagner les établissements dans leurs recherches de mutualisation des moyens jusqu'aux projets de regroupement.
- Se saisir des demandes de Plan d'aide à l'investissement (PAI) dans le cadre de construction et reconstruction de structures du Puy-de-Dôme afin de :
 - Mettre en œuvre les objectifs de recomposition de l'offre du département.
 - Identifier les établissements et services rayonnant sur leur territoire.
 - Répondre aux besoins de médicalisation des établissements.
 - S'interroger sur les coopérations, mutualisations et regroupements à mettre en place.

Infirmier de nuit

L'ARS finance des projets d'infirmiers de nuit pour répondre aux attentes des établissements qui peuvent être très isolés d'un point de vue géographique dans le département. Six dispositifs d'IDE de nuit sont en place représentant une couverture de 54 % des EHPAD. En 2022, 2 nouveaux EHPAD ont été retenus.

Il est ainsi prévu de poursuivre le déploiement du dispositif tout en étudiant l'opérationnalité des dispositifs existants / validés.

Prévention

Dans le cadre d'une expérimentation « article 51 », un dispositif itinérant (bus) de soins bucco-dentaires est déployé auprès des EHPAD du département hors métropole de Clermont-Ferrand et bassin de Lezoux. Plusieurs EHPAD présents sur ce bassin bénéficient de l'intervention d'un chirurgien-dentiste via le CH de Thiers dans le cadre d'une convention FIR renouvelée en 2022.

Par ailleurs, de nombreux ESMS ont participé aux actions de formation suivantes : « Soutenir la démarche d'accompagnement aux soins palliatifs » en 2019 et 2020 ; sur les maladies neurodégénératives entre 2018 et 2021 et sur le dépistage et l'évaluation de la prise en charge de la douleur entre 2020 et 2021.

Concernant les actions de la Conférence des financeurs plus d'une centaine d'actions collectives sont financées chaque année.

Les actions d'activités physiques et prévention des chutes représentent 20,25 %, l'action bucco-dentaire 6,25 %, la prévention du suicide et dépression 2,5 %.

Par ailleurs, un dispositif article 51 est déployé par la MDPH et porte également sur le public des personnes âgées. Il s'agit du dispositif EQLAAT (Equipe locale d'accompagnement sur les aides techniques), qui permet à une équipe pluri professionnelle d'apporter un accompagnement à des aides techniques pour des personnes à domicile, évaluer leurs besoins et agir comme levier de la prévention des chutes.

PERSPECTIVES

- Développer une approche territoriale sur les actions de prévention et conférence des financeurs : privilégier les projets mutualisés autour d'un besoin territorial sur un Bassin de santé intermédiaire (BSI) (soit par manque de dispositif, soit besoin d'un public) en s'appuyant sur les CLS.
- Poursuivre le déploiement de l'expérimentation du bus bucco-dentaire et d'autres initiatives locales permettant de déployer des actions concourant à développer l'accès à la prévention et aux soins buccodentaires.
- Poursuivre la déclinaison du plan anti-chutes au sein du département par le biais des appels à candidatures en complémentarité avec les actions financées par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

9.1.3 Promouvoir les parcours coordonnés

Dispositif d'appui à la coordination – DAC et gouvernance territoriale

Concernant les acteurs de la coordination des situations complexes, les [MAIA](#) ont intégré le [DAC](#), au 1^{er} août 2022.

Issu de l'ancienne région Auvergne, le Puy-de-Dôme est organisé en bassins de santé intermédiaires et non en filières gérontologiques. Les [BSI](#) sont organisés afin

d'offrir une ressource hospitalière de proximité à chaque habitant.

Les besoins et les réponses en termes de prévention, de soins ambulatoire et médico-sociales sont identifiés au sein d'un contrat local de santé animé par un coordinateur local de santé.

Une réflexion sera impulsée pour permettre de développer des gouvernances territoriales à l'échelle de bassins permettant des coopérations inter-secteurs et inter-établissements.

Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation – HTSH

Plusieurs EHPAD sans places d'HT mais bénéficiant de liens réguliers et consolidés avec leur centre hospitalier territorial, se sont mobilisés dans le cadre du dispositif dérogatoire HTSH issu des mesures Braun à l'été 2022, et reconduit sur l'hiver 2022-2023. A ce jour, 5 EHPAD ont été retenus dont 2 renouvellements et 3 nouveaux projets.

PERSPECTIVES

- Maintenir voire développer le nombre de places HTSH proposés sur le département.
- Mener une réflexion sur le maillage territorial du dispositif HTSH et notamment à l'ouest du département par la transformation de places HP en places HT.
- S'assurer d'une complémentarité des deux types d'offre d'HT.

Coopérations entre acteurs médico-sociaux

Sur le volet systèmes d'information : de nombreux EHPAD se sont inscrits dans le programme ESMS numérique. Un tiers des EHPAD du département ont répondu à l'AAC télémédecine.

Afin de favoriser la fluidification du parcours de la personne âgée, le recours au dispositif d'[HAD](#) sera encouragé pour des interventions à domicile ou en institution. Il s'agit notamment dans le cadre de la feuille de route nationale 2021/2026 de renforcer l'attractivité et l'organisation territoriale.

L'appui des équipes mobiles de soins palliatifs permettant un parcours de soins gradués et de proximité est à encourager également, en coordination avec la médecine.

La poursuite du développement d'équipes mobiles gériatriques extra hospitalières au sein de la région est un autre levier d'amélioration de la couverture en soins des personnes âgées dépendantes.

De manière générale, le renfort de l'appui du sanitaire au médico-social permet d'éviter les hospitalisations.

9.2 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP – PUY DE DÔME

De façon générale, le département du Puy-de-Dôme présente une offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap avec des taux d'équipement hétérogènes entre établissements et services.

Le département se situe à un niveau intermédiaire en termes d'équipement, et devra faire évoluer son offre dans le cadre de recomposition infra départementale (redéploiement).

9.2.1 Prévention, diagnostic et dépistage précoce

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP

Le département dispose de 1 [CMPP](#). Suite à la parution du cahier des charges régional en 2018, le CMPP du Puy-de-Dôme s'est conformé aux nouvelles règles. En 2022, 297 enfants ont été suivis avec un délai d'attente de 6 mois.

Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP

Le département dispose d'un [CAMSP](#) et de l'intervention sur le Sud-Est du département d'un CAMSP interdépartemental basé dans la Haute-Loire. Le CAMSP de Clermont-Ferrand dispose depuis 2017 d'une unité labellisée de diagnostic simple et d'évaluation des troubles envahissants du développement de l'enfant. L'objectif poursuivi est de pouvoir disposer d'une entrée unique en termes de diagnostic simple.

PERSPECTIVES

adapter la capacité du CAMSP aux besoins au regard de la file active de 300 enfants/an qui limite les accompagnements au-delà de l'âge de 3 ans.

Plateforme de coordination et d'orientation – PCO

Le Puy de Dôme bénéficie des interventions de la plateforme interdépartementale de coordination et d'orientation sur les TND pour les 0-6 ans dont l'activité représente 65% de la plateforme composée d'un temps de médecin et d'un temps de coordinateur. Le département est confronté à une carence dans la ressource en orthophonistes.

Dans le département, l'association RECITAL regroupe des professionnels médico-sociaux et médicaux à titre bénévole et assure une fonction ressources spécialisée

dans les problématiques liées aux « dys », à destination des libéraux, des ESMS et des services l'Education nationale. Elle est un acteur essentiel pour la prévention et le repérage.

PERSPECTIVES

- Création d'une [PCO](#) pour les 7-12 ans avec TND incluant les troubles DYS à compter de 2023.
- Renforcer la coordination des acteurs de la petite enfance et à poursuivre l'engagement dans des démarches qualité intégrant les RBPP.

9.2.2 Offre pour les enfants en situation de handicap

Scolarisation

Les dispositifs ci-dessous ont été déclinés dans le cadre de la convention régionale de la convention conclue entre l'ARS et les 3 académies de la région pour 2016-2022, renouvelée pour les années 2023-2028 :

Externalisation des unités d'enseignement

A la rentrée scolaire 2020-2021, la part des établissements ayant une UE avec au moins une modalité externalisée est de 82.6 %.

PERSPECTIVES

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 80 % d'ici à 2028. Poursuivre la montée en charge de l'activité des unités externalisées afin de répondre aux demandes. Mettre en œuvre des dispositifs innovants (UEE polyhandicap...).

Unités d'enseignement pour enfants avec TSA

2 UEMA sont en fonctionnement à Clermont-Ferrand et au sud de Clermont-Ferrand. Une troisième UEMA en fonctionnement en 2023 sur l'est du département. Une UEEA en fonctionnement au sud de Clermont-Ferrand.

PERSPECTIVES

Évaluer les effets sur le parcours des enfants post unités, et travailler le parcours de sortie. Développer des unités dans les territoires non équipés, en fonction des moyens disponibles.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

Le département est globalement couvert par les SESSAD avec un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale. Un point de vigilance reste l'accès aux accompagnements spécialisés « autisme », deux SESSAD étant dédiés sur le département du Puy-de-Dôme, alors que les besoins constatés sont très importants.

En 2021, 5 places supplémentaires de SESSAD dédiées aux TSA ont été créées sur le nord de la métropole clermontoise portant à 50 le nombre total de places. Ce SESSAD de niveau 2, intervient auprès des SESSAD généralistes en tant que besoin pour leur apporter expertise et complémentarité. En 2023, 20 places ont été créées au sud de la métropole afin de mailler le sud du département. Sur la base d'une file active de 1,5, cela représentera 38 jeunes accompagnés.

PERSPECTIVES

réaliser une étude régionale en 2023-2024 portant sur le fonctionnement des SESSAD et leur articulation sur le territoire. Faire évoluer l'offre pour une meilleure adéquation aux besoins notamment de niveau 2.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP et fonctionnement en DITEP (Dispositif)

Le département comporte 2 DITEP. Ces derniers ont connu une évolution du nombre de places de 27 % (243 à 309) et du nombre de jeunes accueillis de 65 % (188 à 311). En 2021, le taux d'offre en internat est de 20.95 %, en semi-internat, le taux est de 37.3 % et en ambulatoire, le taux est de 44,6 %.

PERSPECTIVES

mettre en œuvre les actions prévues à la feuille de route départementale notamment améliorer la coordination et la fluidité des parcours. Faire vivre la convention départementale DITEP.

Instituts médico-éducatifs – IME et fonctionnement en dispositif

Les IME évoluent vers le DIME, à l'instar des DITEP, et ce, par anticipation ou en application de l'évolution réglementaire. Dans le cadre des CPOM, plusieurs organismes gestionnaires ont souhaité mettre en place un DIME à titre expérimental. Cela concerne les déficiences sensorielles dont les troubles de la communication et du langage (284 places), la déficience intellectuelle (467 places), la déficience du psychisme (106 places) et les TSA (107 places). Une attention particulière sur l'offre relative aux TSA en IME sera faite au regard du taux d'équipement qui se situe en dessous de la moyenne régionale. Enfin, le besoin en

internat pour la réponse aux situations complexes fera l'objet d'un suivi compte tenu de la fragilité de l'offre dans le département. Une réflexion sur la mutualisation des locaux d'internat devra ainsi être menée.

PERSPECTIVES

conclure des conventions entre la MDPH, l'Education nationale, les organismes gestionnaires pour une adaptation en fonction de l'évolution du projet personnalisé des enfants. Réguler les admissions pour réserver aux IME les situations les plus déficitaires. Développer des actions de formations auprès des jeunes pour une transition vers le champ adulte. Poursuivre le développement de l'offre de répit et d'accueil séquentiel.

Etablissements sensoriels

Le département dispose de deux organismes gestionnaires spécialisés dans la déficience auditive et la déficience visuelle. Ces deux établissements et services accueillent des jeunes issus des départements ne bénéficiant pas d'une offre identique. Ainsi, le centre régional pour déficients visuels dispose d'une antenne dans la Haute-Loire et d'une antenne dans la Loire et l'Institut départemental des jeunes sourds accueille en internat des jeunes provenant des départements limitrophes.

PERSPECTIVES

poursuivre l'accès au droit commun, scolarisation inclusive et anticiper les ruptures de parcours notamment scolaire.

Equipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation – EMAS

En 2020, une équipe mobile d'appui à la scolarisation a été créée afin d'être en appui des professionnels de l'éducation nationale dans l'accompagnement des enfants en situation de handicap.

PERSPECTIVES

mettre en œuvre le protocole territorial de fonctionnement de l'EMAS et renforcer son intervention sur les territoires en tension.

Pôles de compétences et de prestations externalisées – PCPE

5 PCPE dans le secteur de l'enfance spécialisés dans les troubles du spectre de l'autisme, la déficience intellectuelle, le polyhandicap et les troubles de la conduite et du comportement et un généraliste ont été créés sur le département.

PERSPECTIVES

les PCPE devront s'articuler avec les autres dispositifs de coordination dont la Communauté 360° et l'EMAS.

Aide sociale à l'enfance (ASE) handicap

Dans le cadre du contrat de prévention et de protection de l'enfance signé avec le Département, en 2020, une équipe mobile à destination des professionnels de l'aide sociale à l'enfance a été créée afin de pouvoir leur apporter son expertise sur l'accompagnement des enfants en situation de handicap. De même, une unité de vie de 4 places a été créée pour des enfants en situation complexe nécessitant un accompagnement personnalisé.

PERSPECTIVES

poursuivre l'inclusion des élèves en situation de handicap à travers le développement de l'activité des unités externalisées. Evaluer les dispositifs mis en place en déclinaison du CDPPE et être attentif aux nouveaux projets.

9.2.3 Offre pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Implication des opérateurs de l'enfance (notamment IME, ITEP, SESSAD) dans le projet professionnel des jeunes, toutes formes de passerelles, etc..

La problématique de l'insertion professionnelle pour certains jeunes en situation de handicap moteur en particulier entre 16 et 25 ans est posée.

PERSPECTIVES

engager les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux à travers les CPOM pour répondre à ces enjeux.

Emploi accompagné

Le département bénéficie depuis 2018 d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné, portée par l'ADIS, dans un cadre interdépartemental avec l'Allier et le Cantal. En 2022, l'ADIS a été autorisée à porter la plateforme départementale d'emploi accompagné pour le Puy-de-Dôme.

PERSPECTIVES

conforter l'activité de la plateforme afin d'atteindre la file active contractualisée et consolider les partenariats opérationnel et institutionnel dans le cadre de la politique de l'emploi des travailleurs handicapés.

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

Le département du Puy-de-Dôme a converti 60 places dédiées au handicap psychique dans le cadre de la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale.

PERSPECTIVES

poursuivre le développement de places d'ESAT de transition. Renforcer l'autodétermination au sein des ESAT par l'accès facilité à la formation professionnelle, la systématisation du projet individualisé contenant un chapitre projet de vie. Optimiser l'activité des ESAT et développer les actions en faveur du parcours inclusif (emploi et formation) des TH qui le souhaitent et le peuvent.

Etablissement et service de réadaptation professionnelle – ESRP

Les quatre structures (2 [ESRP](#) et 2 ESPO) dans le département ont une vocation interrégionale représentant 88 places sont invitées à transformer leur offre en déclinaison du nouveau cadre réglementaire des ESRP.

PERSPECTIVES

développer de nouvelles prestations, améliorer la couverture territoriale des besoins, élargir les publics en faveur des jeunes, des travailleurs d'ESAT et des personnes avec risque d'inaptitude. Faciliter l'accès aux offres de formation de droit commun et contribuer ainsi au parcours renforcé vers l'emploi des personnes en situation de handicap.

Soutien à l'autonomie

Accès au logement

Le département a développé des habitats inclusifs à vocation médico-sociale, à destination prioritairement des personnes présentant un handicap psychique (relais pris par le Département dans le cadre de l'AVP).

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH

Le département est doté de 4 SAMSAH spécialisés (déficience motrice, handicap psychique et cérébro-lésés, TSA), présente un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale et une absence d'offre généraliste.

31 places de SAMSAH destiné au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif, ont été créées.

PERSPECTIVES

évaluer leur activité et leur implication dans les méthodes de la réhabilitation psycho-sociale ; puis conforter ou réorganiser cette offre sur le département en fonction des résultats. Développer une offre généraliste sur tout le territoire, en couvrant les zones blanches et une offre spécialisée sur les TSA au regard des besoins constatés.

Offres médicalisées

Actions pour la réduction du nombre de jeunes sous amendement Creton

Un premier PCPE adulte a été créé en 2023 qui vient compléter le secteur de l'enfance.

PERSPECTIVES

impliquer les PCPE enfants et adulte dans la recherche de solution pour les jeunes sous amendement [Creton](#) et les situations complexes.

Maison d'accueil spécialisée – MAS

11 places de [MAS](#) ont été créées dans le cadre des orientations stratégiques quinquennales handicap psychique et polyhandicap, dont 6 en hébergement complet à égale répartition entre les deux types de déficiences, 1 en hébergement temporaire pour répondre à des situations complexes ou critiques, et 4 en accueil de jour. L'offre en MAS dans le département est inférieure à la moyenne régionale et des demandes récurrentes de places en MAS spécialisée en psychiatrie et sur les TSA sont exprimées par les acteurs et les familles.

PERSPECTIVES

Développer l'offre d'accueil en MAS afin de mieux répondre aux besoins.

Etablissement d'accueil médicalisé – EAM

Le département dispose de places en EAM inférieur à la moyenne régionale.

PERSPECTIVES

compte tenu des besoins constatés (liste d'attente, jeunes maintenus en amendement Creton en IME situations présentées en GOS 2 pour des situations complexes), poursuivre la médicalisation de places de foyers de vie pour jeunes adultes.

Actions spécifiques pour les Personnes handicapées vieillissantes – PHV

Le département a vu sa capacité en places d'EAM augmentée pour assurer le maintien des résidents

avançant en âge : en 2020, 24 places pour un EAM ont été autorisées. Au 1^{er} janvier 2023, un EHPAD spécialisé dans le handicap psychique a été transformé en EAM de 50 places afin d'être en cohérence avec le public accueilli. 3 EHPAD accueillent des PHV en sortie d'aval du secteur hospitalier de psychiatrie.

PERSPECTIVES

inscrire dans les CPOM la prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type PCPE. La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des [SSIAD](#), ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures.

9.2.4 Aide à l'autodétermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants / répit

Pair-aidance

En 2021, un GEM TSA a été créé sur le département. En 2022, un AAC pour la création d'un GEM supplémentaire a été lancé (avec effet en 2023). Le département est relativement bien couvert avec 6 GEM au total dont 1 pour traumatisés crâniens, 4 pour handicapés psychiques et 1 pour TSA.

PERSPECTIVES

Poursuivre l'appropriation de ces dispositifs par les personnes elles-mêmes même en l'absence de professionnels.

Aide aux aidants / répit

Des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ont été créées et installées en 2018 : 1 place d'HT pour des situations critiques pour des publics soit polyhandicapés soit handicapé psychique.

Une plateforme de répit et 8 places d'accueil de jour ont été créées en 2021 à destination principalement des enfants permettant ainsi de compléter l'offre. Un AAC a été lancé en 2023 dans deux départements dont le 63 afin de créer des offres modulaires de répit pour les enfants.

9.2.6 Territoire de parcours et de coopération

Actions pour les situations complexes, Dispositif d'appui à la coordination – DAC

Une unité pour cas complexe de 6 places dont une temporaire sera ouverte en 2025 afin de pouvoir accueillir des personnes avec de troubles qui imposent de les accompagner de façon individuelle le temps nécessaire. En outre, en août 2022, le dispositif d'appui à la coordination de situations complexes a été mis en place. Il a pour mission d'être l'interlocuteur des professionnels de santé qui peuvent le saisir au sujet d'une situation complexe qui nécessite la coordination de multiples professionnels afin d'éviter la rupture de parcours de santé.

Rôle de la communauté 360

En 2022, un appel à projet relatif à la création d'une communauté 360 a été lancé pour une mise en œuvre en 2023. Elle participera à la prévention de la dégradation de situations en apportant une réponse inconditionnelle à toute demande pour éviter toute rupture de parcours. Pour les situations les plus complexes, un lien avec le référent [RAPT](#) de la MDPH sera effectué. Elle assurera le développement de l'auto-détermination afin de renforcer le pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap.

PERSPECTIVES

accompagner l'installation de la Communauté 360 dans le département en lien avec la MDPH et conforter son rôle dans la facilitation des parcours notamment de personnes en situation complexe.

9.2.7 Prévention et accès aux soins

Description des dispositifs spécifiques d'accès aux soins existants sur le territoire

Des formations sur la prise en charge des soins palliatifs et de la douleur ont été proposées et suivies par certains ESMS qui accompagnent des publics lourdement handicapés ou en fin de vie.

Le dispositif Handiconsult inter-établissements (CHU-CH de Riom et CH de Brioude) est en activité. Il permet une prise en charge adaptée et de qualité des personnes en situation de handicap sur un territoire élargi.

A également été mise en place une unité d'accueil et de soins des personnes sourdes au CHU, permettant de répondre à un besoin en soins non couvert sur l'ouest de la région.

Un dispositif expérimental article 51, porté par la MDPH du Puy de Dôme, permet d'accompagner les personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie dans la découverte, l'acceptation, l'apprentissage et l'accoutumance à l'aide technique. Il s'agit d'une équipe mobile pluriprofessionnelle dénommée EQLAAT, qui permet de prévenir la perte d'autonomie.

PERSPECTIVES

poursuivre les actions favorisant la prévention et l'accès aux soins et généraliser les dispositifs EQLAAT (à compter de 2025) par des aides techniques afin de garantir le maintien à domicile le plus longtemps possible.

10. [69] - DÉPARTEMENT DU RHÔNE

10.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES ÂGÉES – RHÔNE

Compte tenu de la situation actuelle de l'offre dans le département du Rhône, avec des taux d'équipement relativement favorables, les besoins non couverts avérés et objectivés ne pourront être satisfaits que par des mesures de recomposition de l'offre, sauf pour d'éventuelles mesures nouvelles ou orientations nationales qui seraient ciblées (les centres de ressources territoriaux par exemple) pour chaque département.

10.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) / Equipes spécialisées Alzheimer (ESA)

14 places de PASA ont été créées depuis 2018 dans le département. Fin 2022, 21 structures disposent d'un PASA.

Dans ce contexte le déploiement de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) pourra être étudié pour le territoire sur les 5 années à venir. La cible prioritaire porte sur les EHPAD de plus de 80 places.

Le développement des Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA), pour mieux répondre à la problématique des maladies neurodégénératives, est également un objectif des prochaines années. Dans le Rhône, 6 structures disposent déjà de ce type d'équipe, pour 65 places, à fin 2022.

Unités de vie protégée – UVP / Unités pour personnes handicapées vieillissantes – PHV

Des dispositifs ou expérimentations permettent la prise en charge de publics spécifiques, en hébergement permanent. C'est le cas notamment des personnes handicapées vieillissantes (PHV) et des unités de vie protégée (UVP) pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Il s'agira d'opérer, sur la durée du SRS, un suivi de ces dispositifs lorsqu'ils existent et d'étudier l'opportunité de développer ce type de places, notamment dans le cadre d'opérations de restructurations ou de recomposition de l'offre. Concernant les PHV

notamment, 30 places en EHPAD sont envisagées dans un projet qui devrait voir le jour à partir de 2026.

D'une manière générale et selon les possibilités et les situations locales, l'attention pourra se porter sur des publics très ciblés comme le public post AVC ou les jeunes Alzheimer par exemple.

Par ailleurs une préoccupation concerne aussi le public précaire pour lequel il s'agira de voir s'il y a des besoins et une opportunité sur le territoire dans les 5 ans à venir.

Enfin des besoins sont constatés pour une prise en charge de type psychogériatrie : il s'agira d'étudier ces besoins en termes de nombre d'unités spécialisées sur le département du Rhône en plus des 2 déjà existantes à ce jour, en lien avec la sectorisation des hôpitaux psychiatriques et accompagner les EHPAD dans leur éventuelle mise en place.

Unité d'hébergement renforcé – UHR

1 unité d'hébergement renforcé de 12 places a été créée durant le précédent SRS dans le Rhône. Une évaluation est prévue avant d'envisager éventuellement d'autres déploiements.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

Le besoin en la matière est avéré mais l'enjeu est de mieux structurer la graduation de ces modalités d'accueil : Hébergement permanent / hébergement temporaire / accueil de jour.

Actuellement, 13 structures proposent un accueil de jour pour 106 places installées et 18 un hébergement temporaire pour 84 places installées.

Dans le Rhône les dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire présentent cependant des taux d'occupation disparates qui n'atteignent pas toujours une cible satisfaisante. Il s'agira de procéder à des analyses de l'activité, de l'offre sur le territoire et de proposer d'éventuelles réaffectations de places tant en termes de territoire que de type de places pour que leur utilisation soit optimale et réponde

mieux aux besoins (par exemple le public de jeunes Alzheimer).

Ainsi la couverture territoriale de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pourra être améliorée.

En ce qui concerne spécifiquement l'hébergement temporaire, il s'agira de le conforter dans ses trois dimensions : sortie d'hospitalisation, entrée progressive en EHPAD et répit.

Cinq plateformes de répit sont installées sur le Rhône. Elles ont fait l'objet au cours du dernier schéma d'une opération de remise à plat en termes de financement et de situation administrative.

L'enjeu pour les années à venir est de faire le bilan de l'existant, des pratiques et d'améliorer leur fonctionnement.

10.1.2 Soutenir à domicile

Soutien « psychologue en SSIAD »

Dans le cadre d'un appel à candidature lancé en 2023, une offre de deux mi-temps de psychologue est susceptible d'être attribuée à des [SSIAD](#) du Rhône.

Centre de ressources territorial – CRT

La dynamique de création de centre de ressources territoriales n'a pas, jusqu'à présent, pu se concrétiser sur le Rhône. Sur les prochaines années ce territoire se verra attribuer un CRT. Il s'agira d'accompagner son installation et sa montée en charge.

Réforme tarifaire des Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD et Services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD ; Mise en œuvre des services autonomie à domicile – SAD

Actuellement, 16 [SSIAD](#) et 1 [SPASAD](#) sont autorisés dans le département du Rhône pour 828 places. Dans les prochaines années, il conviendra d'accompagner le secteur dans les réformes de la tarification des SSIAD et des services autonomie à domicile ([SAD](#)) à compter de 2023, notamment avec la meilleure prise en compte des besoins en soins et le niveau de dépendance des personnes dans la tarification.

Pour la mise en œuvre de la réforme des SAD, une étape préalable de clarification des territoires des SSIAD (Métropole de Lyon et Département du Rhône) est indispensable.

Des places de [SSIAD](#) devraient pouvoir être créées. En fonction de la structuration des acteurs du territoire dans le cadre de cette réforme, il s'agira ensuite d'évaluer les capacités cibles à déployer sur le volet soins pour les services autonomie qui souhaiteront intégrer les deux services, aides et soins à domicile.

10.1.3 Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques dans les territoires

L'évolution de l'offre médico-sociale sur les territoires de la métropole de Lyon et du département du Rhône ne peut s'envisager qu'en prenant en considération de manière concomitante les particularités de ces deux territoires, qui ne présentent pas les mêmes caractéristiques géographiques et socio-économiques, mais qui présentent en même temps de très fortes interactions.

La structure urbaine ou rurale, les distances et temps de déplacement, la pression sur le foncier etc. sont autant d'aspects différenciés qui ont un impact sur l'implantation d'établissements et services médico-sociaux sur l'un ou l'autre de ces territoires.

Ainsi, l'évolution des offres de services et la recomposition des ESMS s'appuieront sur des redéploiements dans les deux territoires tout en tenant compte de leurs différents niveaux de priorité.

Il faudra toutefois tenir compte également du fait qu'existent des flux de population entre les établissements métropolitains et rhodaniens.

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées.

Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre de la démarche des filières gérontologiques qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télémédecine,

téléconsultation, ressources médicales et ressources spécialisées) en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins.

Tableau 1 - Synthèse régionale PA :Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2022

Taux d'équipement en places installées pour 1000 personnes de 75 ans et +								
Département	Hébergement médicalisé	Permanent	dont EHPAD ou EHPA percevant financement AM	dont résidence autonomie avec forfait de soins	Temporaire	Hébergement non médicalisé	AJ ou de nuit	SSIAD/ SPASAD
Rhône (CD + ML)	105,1	103,3	83,7	19,6	1,8	10,6	2,7	15,8
Nouveau-Rhône	127,7	125,6	116,7	8,9	2,1	15,9	2,7	20,7
ARA	109,9	108,1	100,4	7,7	1,8	11,2	2,4	16,7
France	99,7	97,7	94,3	3,3	2,0	16,7	2,5	19,5

Recomposition de l'offre d'hébergement permanent

A fin 2022 61 structures proposent de l'hébergement permanent, dont 56 EHPAD (5 138 places autorisées) et 5 résidences autonomie bénéficiant d'un forfait de soins (358 places autorisées).

Le précédent SRS n'a pas donné lieu à des créations de place d'hébergement permanent sur le Rhône, le besoin ne se montrant pas prégnant (avec des taux d'occupation parfois faibles), mais il a été privilégié le déploiement de modalités permettant de répondre à des besoins spécifiques, comme évoqué précédemment : mise en œuvre d'unité d'hébergement renforcé, accueil de jour, hébergement temporaire, plateformes de répit, PASA et équipes spécialisées Alzheimer principalement.

Tous dispositifs ou modalités de prise en charge confondus, ce sont 46 places supplémentaires qui ont été créées sur ce territoire entre 2018 et 2022 grâce à ces opérations de recomposition de l'offre.

Dans le département du Rhône, au cours des 5 prochaines années du schéma, des enveloppes financières vont être rendues disponibles dans le cadre d'opérations de restructurations des capacités dans plusieurs établissements. Le redéploiement de ces enveloppes devra se faire sur le département en tenant compte de ses caractéristiques, majoritaire-

ment rurales, mais également en tenant compte de flux de population avec la métropole, ainsi que du virage domiciliaire. Ainsi, un travail devra être réalisé afin de voir l'opportunité d'orienter les enveloppes qui serait libérées soit vers des places d'hébergement permanent selon les territoires du Rhône, soit vers des nouveaux dispositifs comme par exemple un « EHPAD hors les murs » ou autres dispositifs d'accueils temporaire ou domiciliaire.

Ce travail, ces orientations, font l'objet d'un partage et d'une instruction dans le cadre du partenariat avec le département du Rhône.

Regroupement et rapprochement d'ESMS

Dans le Rhône 4 EHPAD établissements publics se sont associés dans un GCSMS « EPURH » (EHPAD publics du Rhône), dont il faudra accompagner la mise en place et le développement des actions.

Infirmier de nuit et présence médicale

Entre 2018 et 2022, 5 dispositifs ont été financés dans le Rhône et la métropole de Lyon, couvrant 41 % des places. Une évaluation régionale est lancée dès 2023 pour mesurer la pertinence des dispositifs d'astreinte ou de garde, afin de prévenir les hospitalisations non programmées. Au regard des résultats, toutes les pistes seront étudiées et les leviers identifiés pour une meilleure gestion des urgences en EHPAD. Des pistes pourront être explorées pour travailler sur des

organisations locales innovantes pour renforcer la présence des médecins traitants en EHPAD, pour un meilleur accompagnement des résidents.

Plan d'aide à l'investissement – PAI

Entre 2019 et 2022 plusieurs projets immobiliers d'EHPAD du Rhône ont reçu un total de 2,5M€ d'aides à l'investissement, concernant 248 places.

Des aides supplémentaires sont attribuées dans le cadre d'autres plans pour des équipements et se sont par exemple élevées à 2,4M€ pour la seule année 2022 pour 82 établissements (Rhône + métropole de Lyon). Les établissements reçoivent par ailleurs des aides dans le cadre de plans spécifiques comme par exemple le programme « ESMS numérique » ou la télé-expertise.

Pour les prochaines années, la priorité est donnée à l'accompagnement des projets d'investissement mettant en œuvre les orientations suivantes : le sentiment d'être chez soi, l'ouverture vers l'extérieur, la facilitation des soins, la viabilité économique et la qualité de conception du projet.

Les 5 ans à venir du schéma verront notamment l'accompagnement de plusieurs gros projets immobiliers et de restructuration d'EHPAD (notamment hospitaliers) sur le Rhône, qui pourront se traduire, selon les projets, par des aides à l'investissement.

Prévention

L'offre de prévention poursuivra sa structuration en articulation avec la conférence des financeurs, de la prévention de la perte d'autonomie. L'axe prioritaire représenté par le plan anti-chutes sera formalisé et approfondi. Les appels à projets annuels de prévention continueront d'accompagner les structures sur des thématiques identifiées : nutrition, santé orale, iatrogénie médicamenteuse, dépression, douleur, activité physique adaptée notamment.

10.1.4 Promouvoir les parcours coordonnés

Equipes mobiles

Le soutien des équipes mobiles gériatriques extra-hospitalières devra être poursuivi et évalué, de même que l'appui des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) intervenant en établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes devra être favorisé.

Afin de favoriser la fluidification du parcours de la personne âgée, le recours au dispositif d'[HAD](#) sera encouragé pour des interventions à domicile ou en établissement. Il s'agit notamment, dans le cadre de la feuille de route nationale HAD 2021/2026, de renforcer l'attractivité et l'organisation territoriale.

Des dispositifs de HAD ont déjà des partenariats privilégiés avec des EHPAD sur le territoire de la métropole.

Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation – HTSH

11 places sur 5 EHPAD ont été intégrées dans ce dispositif.

Il s'agira de poursuivre et renforcer le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, notamment en ciblant mieux le public par le biais du projet de service dédiés à l'HT, permettant de structurer la communication sur les objectifs thérapeutiques et de prévention poursuivis.

Par ailleurs une étude sur les besoins en accompagnement des personnes âgées prises en charge dans un service hospitalier devenu inadapté pourrait être envisagée. Enfin la contractualisation pourrait être un levier de structuration entre les acteurs, de communication ciblée et de sensibilisation sur ce dispositif.

Gestion des urgences, accès soins palliatifs

L'appui des équipes mobiles de soins palliatifs permettant un parcours de soins gradués et de proximité est à encourager, en coordination avec la médecine. De manière générale, le renfort de l'appui du sanitaire au médico-social permet d'éviter les hospitalisations.

Le soutien à une meilleure gestion des urgences dans les EHPAD sera poursuivi (lien urgentistes-géiatres, IDE de nuit etc.) : poursuivre l'amélioration des dispositifs existants d'IDE de nuit en réalisant une évaluation des dispositifs en place et en mobilisant les EHPAD et les leviers existants.

Filières gérontologiques

Le Rhône est couvert par trois filières gérontologiques, Rhône Nord, Rhône Sud et Rhône centre.

L'ARS, en coordination avec les collectivités relancera le comité stratégique des filières gérontologiques, dans une optique de redynamiser l'animation territoriale, l'échange entre filières sur les bonnes pratiques, des projets « phares » et la coordination

avec les autres acteurs notamment depuis la mise en place des [DAC](#).

Une étude régionale d'évaluation est menée sur les filières gérontologiques entre 2023 et 2024.

Dispositif d'appui à la coordination – DAC

Le [DAC](#) du département du Rhône a été créé en janvier 2023, porté par l'association Lyre et regroupant l'ancien réseau de santé polyvalent du même nom et les [MAIA](#) précédemment portées par le département. Les 5 ans à venir vont être consacrés à l'accompagnement du déploiement de ce DAC, dans ses modalités de réponse aux besoins de coordination des parcours complexes sur le territoire et à son évaluation.

Les synergies / articulations seront à créer avec les filières gérontologiques, la C360, les « case manager » créés dans le cadre du projet territorial de santé mentale (PTSM).

Ainsi, outre les dialogues de gestion annuels, un suivi de la montée en charge sera effectué notamment eu égard à 3 aspects :

- respect du cadre national d'orientation,
- service rendu aux professionnels et in fine aux usagers,
- articulation territoriale avec les partenaires et les autres dispositifs.

10.2 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP – RHÔNE

De façon générale, le département du Rhône devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services. Dans le même temps, le territoire connaît des situations de tensions sur l'offre de places en structures, quelle que soit la modalité (accueil de jour, hébergement) notamment par rapport au nombre de jeunes dits en « amendements [Creton](#) » ainsi qu'aux listes d'attente sur certains établissements du secteur de l'enfance. Cette question de l'offre reste un point majeur d'attention, afin de résorber les situations de rupture de parcours et ce nombre de jeunes dits « en amendements Creton ».

10.2.1 Prévention, repérage, et dépistage précoces

Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP

Dans le cadre d'une démarche qualité initiée au niveau national, 2 des 4 [CAMSP](#) intervenant sur le territoire du Rhône ont obtenu en 2022 des moyens de renfort pérennes ayant pour objectifs de permettre une augmentation de la file active, une diminution des listes d'attente et une mise en conformité du fonctionnement avec les recommandations de bonnes pratiques formulées par la Haute Autorité de santé. Les CAMSP constituent l'un des maillons du processus de diagnostic et d'accompagnement précoce. Cette démarche qualité devra donc être poursuivie autant que faire se peut.

PERSPECTIVES

Poursuite de la démarche qualité.

Plateforme de coordination et d'orientation – PCO

En 2019, 1 plateforme de coordination et d'orientation ([PCO](#)) a été déployée sur le nord du département du Rhône pour conforter le parcours de diagnostic et les prises en charge précoces des enfants âgés de moins de 7 ans susceptibles de présentant ou présentant des troubles du neuro-développement. Une seconde plateforme a été créée sur le sud-est du département et une partie de la Métropole de Lyon. En janvier 2023, l'ensemble des 3 plateformes installées sur le territoire (Rhône + métropole) avait reçu des demandes d'accompagnement pour près de 2 300 enfants, dont plus de 1 700 avaient pu être intégrés dans un parcours. Ce constat a conduit à un renforcement des PCO sur le plan des ressources humaines, au cours de de l'année 2022. L'objectif est à la fois d'augmenter la file active et de réduire les délais avant accompagnement. L'enjeu est désormais double : améliorer les sorties de parcours (relais par un accompagnement adapté, scolarisation...) mais aussi déployer un même dispositif pour les enfants âgés de 7 à 12 ans.

PERSPECTIVES

Ce dispositif sera amené à couvrir le plus rapidement possible l'ensemble du territoire et devra être étroitement articulé avec les PCO 0-6 ans, le secteur médico-social mais aussi l'Education nationale.

Diagnostic des adultes TSA avec ou sans DI

Le centre hospitalier Le Vinatier a déployé une consultation spécifique avec l'appui financier de l'ARS : l'unité TS2A ; celle-ci est une unité médico-sociale qui propose depuis janvier 2019 des évaluations diagnostiques de troisième ligne et un accompagnement en réhabilitation psycho-sociale pour les adultes avec un trouble du spectre de l'autisme sans déficience intellectuelle (TSA, SDI, ou syndrome d'Asperger).

10.2.2 Offres pour les enfants en situation de handicap

Scolarisation

18 118 élèves en situation de handicap sont scolarisés au sein d'un établissement de l'Education nationale dans le département du Rhône et la métropole de Lyon, en progression de +20 % par rapport à la rentrée scolaire 2021 et 2022 et en progression de + 62 % depuis 2017.

Dans le Rhône et la métropole, les 50 établissements médico-sociaux situés sur ces territoires disposent d'une unité d'enseignement (interne ou externe), soit 100 % des établissements concernés.

Parmi les enfants accompagnés par un établissement médico-social, la part de jeunes accompagnés par un établissement médico-social et bénéficiant d'une modalité de scolarisation inclusive (avec une modalité externalisée, ou en temps partagé) est passée de 24 % (584 élèves) à 37,5 % (735 élèves) entre 2017 et 2021. En 2022, 1894 enfants accueillis en établissement médico-social ont bénéficié d'une modalité de scolarisation (unités d'enseignement interne, scolarité partagée, entièrement scolarisés dans un établissement scolaire).

La convention école inclusive conclue entre l'ARS et les 3 académies le 21 septembre 2016 sera révisée pour la période 2023-2028.

Externalisation des unités d'enseignement

Le département du Rhône et la métropole de Lyon disposent actuellement de 25 dispositifs externalisés sur les 50 établissements ayant une unité d'enseignement. Le taux d'unités actuellement externalisées s'élève donc à 50 %.

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 80 % d'ici à 2028.

Unités d'enseignement maternelles et élémentaires autisme (UEMA et UEEA)

1 UEMA a été créée dans le département du Rhône.

PERSPECTIVES

la démarche de déploiement des UEMA et des DAR se poursuivra sur les 5 ans à venir.

Equipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation – EMAS

4 équipes mobiles d'appui à la scolarisation ont été déployées en 2021 dans le département rhodanien. L'année 2022 a été la première année de fonctionnement complet de ce dispositif. Un premier bilan a été effectué dans le cadre du comité de pilotage de l'école inclusive.

PERSPECTIVES

Leur fonctionnement continuera de faire l'objet d'un suivi partenarial entre éducation nationale et l'Agence régionale de santé, en lien avec le collectif associatif ayant répondu à l'appel à candidature de l'ARS.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

Les notifications non abouties dans les secteurs du Rhône sont en hausse constante. Plus particulièrement, on note une très forte augmentation sur les bassins du Beaujolais et Val de Saône. L'importante évolution démographique du territoire accroît les listes d'attente chaque année.

L'offre en SESSAD étant graduée, les SESSAD généralistes ont vocation à couvrir l'intégralité du département, et les SESSAD spécialisés, de niveau 2, sont en appui au premier niveau.

Cette offre a été considérablement renforcée sur le temps du précédent SRS. En effet sur l'ensemble du département du Rhône et de la métropole de Lyon :

- En 2021, 105 places ont été créées par des mesures nouvelles et étaient ciblées sur les handicaps suivants : 40 places en déficience intellectuelle, 35 places en troubles du spectre autistique (TSA), 25 places en handicap moteur, 3 places en polyhandicap, 2 places en handicap rare épilepsie.
- En 2022, 92 places ont à nouveau été créées avec comme cible, en termes de handicaps, les troubles du spectre autistique, les déficiences intellectuelles et les troubles du comportement. Pour le territoire rhodanien, cela représente 86 places créées via ces mesures nouvelles.

- Par ailleurs, 63 places ont été créées dans le département du Rhône par redéploiement.

PERSPECTIVES

Une étude régionale sera conduite en 2023-2024 sur la couverture territoriale des besoins (quantitative et qualitative) et l'articulation avec les autres dispositifs type PCPE.

Optimisation de l'offre enfant pour garantir la continuité des parcours

Dans le cadre des travaux de contractualisation, cet objectif de garantir la continuité des parcours enfants a été travaillé via notamment des redéploiements de places pour permettre un fonctionnement en dispositif et ainsi proposer des parcours modulaires aux enfants accompagnés.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP et fonctionnement en dispositif

A la suite du travail de la reconstitution de l'offre initiée par le précédent SRS, les 5 ITEP du département du Rhône fonctionnent en dispositif.

Perspectives : Un plan d'actions pluri-partenarial a été élaboré pour les prochaines années et devra être mis en œuvre pour améliorer le parcours des usagers.

Instituts médico-éducatifs – IME et fonctionnement en dispositif

Au regard de l'expérience sur le fonctionnement des DITEP et par anticipation des textes réglementaires, l'Agence régionale de santé, en lien avec l'Education nationale et la MDMPH a impulsé une expérimentation de ce fonctionnement pour les IME : 4 DIME sont effectifs sur le territoire rhodanien et d'autres projets sont en cours de déploiement.

Les IME sont actuellement saturés, notamment par un nombre important des jeunes en aménagement [Creton](#) qui ne parviennent pas à passer dans le secteur adulte.

PERSPECTIVES

Des opérations de création de places dans le secteur adulte doivent parvenir à fluidifier le parcours des jeunes accueillis et permettre l'admission des plus jeunes dans les structures enfants.

Pôle de compétences et de prestations externalisées – PCPE

5 PCPE sont labellisés sur le territoire rhodanien dont 1 PCPE CAPE exclusivement centrés sur l'accompagnement de la scolarisation des enfants en situation de handicap.

Un renfort des moyens des PCPE enfants est intervenu en 2021, soit une file active de 67 usagers supplémentaires pour le département du Rhône et la Métropole de Lyon à compter de juin 2021, notamment sur un public porteur de TSA.

PERSPECTIVES

Un travail de mise en cohérence des secteurs d'intervention est mené pour permettre aux PCPE d'assurer leur appui à la réponse accompagnée pour tous, en particulier dans le cadre du dispositif d'orientation permanent, les PCPE jouant un rôle préventif en agissant sur les listes d'attente mais étant également à même de constituer une ressource pour le suivi des plans d'accompagnement global.

Jeunes protégés et en situation de handicap

Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance, l'ARS et le Département du Rhône ont partagé le constat de difficultés dans la prise en charge et l'accompagnement de certains jeunes en situation de handicap et confiés l'aide sociale à l'enfance. Il apparaît en effet qu'un nombre important d'enfants et de jeunes confiés à l'ASE, avec orientation de la CDAPH, sont en risque de rupture de parcours ou de non prise en charge par les structures médico-sociales. Sur la base de ces constats, un appel à candidature a été lancé pour la création de places relais/passarelle et d'une équipe mobile d'appui aux professionnels de la protection de l'enfance intervenant auprès de jeunes âgés entre 6 et 18 ans. Son déploiement interviendra courant 2023.

Par ailleurs, l'équipe mobile de ressources de pédopsychiatrie « Résilude » intervenant sur le territoire métropolitain et départemental, et à destination des établissements socio-éducatifs de l'Aide sociale à l'enfance, est en place depuis novembre 2022.

Les échanges partenariaux dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance vont se poursuivre afin de renforcer l'accompagnement de ces jeunes et une meilleure connaissance réciproque des deux secteurs.

PERSPECTIVES

- La montée en charge de l'équipe mobile « Résilude » fera l'objet d'un suivi.
- Sous réserve des crédits disponibles, un nouveau dispositif pourrait être créé pour apporter une réponse complète aux problématiques soulevées par l'accompagnement de ces jeunes.

Jeunes en situation d'amendement Creton

Une attention particulière sera portée sur les établissements enfants du département du Rhône ayant un nombre important de jeunes en situation d'amendement [Creton](#). Plusieurs actions ont été d'ores et déjà impulsées depuis le précédent schéma :

- Les structures enfants doivent anticiper davantage le travail sur la sortie vers le secteur adulte.
- Les places créées vont permettre d'apporter de la fluidité dans le parcours de ces jeunes en amendement Creton.

PERSPECTIVES

Le travail de fluidification et de diversification des parcours sera poursuivi dans le cadre du SRS 2023-2028.

10.2.3 Offres pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Au-delà des instituts médico-professionnels (IMPRO) et des ITEP, des stages en entreprises ou en ESAT sont déjà proposés aux jeunes accompagnés dans des IME/SESSAD pour qu'ils puissent développer ou affiner leurs compétences.

Cette dynamique sera poursuivie dans le SRS 2023-2028 afin de faciliter les parcours des jeunes. Le travail autour de l'acquisition d'une plus grande autonomie se poursuivra conjointement dans une perspective inclusive.

Emploi accompagné

Le territoire Rhône et Métropole de Lyon ont bénéficié, à compter de 2018, d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné, portée par LADAPT 69, financée par l'ARS, l'AGEFIPH et le FIPH-FP. En 2022 ce dispositif a évolué en plateforme de l'emploi accompagné. Le comité départemental de suivi de l'emploi accompagné (CDSEA) a été mis en place fin 2022.

PERSPECTIVES

- Suivre la montée en charge et l'activité de la plateforme de l'emploi accompagné, dans le cadre de ce CDSEA.
- Dans le cadre global du plan régional pour l'insertion des personnes handicapées (PRITH), le partenariat sur l'insertion des personnes handicapées par l'emploi sera approfondi avec la DDETS, en élaborant une stratégie

départementale permettant de faire ressortir 4 à 6 axes forts qui seront mis en avant. Les offres proposées par les ESAT, plateforme d'emploi accompagné et les [ESRP](#) seront intégrées et valorisées dans le PRITH.

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

PERSPECTIVES

Les ESAT doivent s'inscrire dans le plan de transformation des ESAT lancé en 2021, et en particulier :

- Fluidifier et renforcer l'accompagnement des personnes dans leur parcours professionnel dans et hors ESAT dans une dynamique inclusive.
- Accompagner les projets de formation des travailleurs en situation de handicap ainsi que leur montée en compétences et employabilité.
- Optimiser l'offre des ESAT dans le contexte de maintien du gel des places.

Etablissement et service de réadaptation professionnelle – ESRP

PERSPECTIVES

Les 2 [ESRP](#) implantés sur le territoire représentant au total 272 places doivent engager une réorganisation de l'offre de formation conformément aux attendus du nouveau décret n°2020-1216 du 2 octobre 2020 et de l'arrêté du 17 novembre 2022. Ce travail sera mené avec l'ensemble des acteurs (ARS, MDMPH, Service public de l'emploi, Cap emploi, Missions locales).

Soutien à l'autonomie

Accès au logement

2 projets d'habitat ont bénéficié du « forfait habitat inclusif » financé par l'ARS lors des précédentes années. La compétence sur l'habitat inclusif a été transférée depuis aux collectivités départementales, l'ARS participant à cette politique dans le cadre de sa vice-présidence de la conférence des financeurs de l'habitat inclusif. Le passage de ce forfait à « l'aide à la vie partagée » fait l'objet d'une programmation de la CNSA avec le département sur les années 2023 à 2029. Par ailleurs, les appartements d'apprentissage à la vie autonome développés par certains organismes gestionnaires permettent de faciliter l'accès au milieu ordinaire.

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH

Les SAMSAH ont aussi un objectif sur l'accès au logement. Le précédent SRS a permis la création par extension non importante, sur le territoire du Rhône, de 2 services destinés au public présentant des handi-

caps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho-sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif avec 8 places à Saint Symphorien d'Ozon et 8 places à Villefranche sur Saône.

Offre médicalisée pour adultes avec hébergement

Maison d'accueil spécialisée – MAS
Etablissement d'accueil médicalisé – EAM

Les SAMSAH ont aussi un objectif sur l'accès au logement.

Le précédent SRS a permis la création par extension non importante, sur le territoire du Rhône, de 2 services destinés au public présentant des handicaps ou troubles psychiques, à visée de réhabilitation psycho-sociale et d'accès au logement et à l'habitat inclusif avec 8 places à Saint Symphorien d'Ozon et 8 places à Villefranche sur Saône

Tableau 2 Taux d'équipement en places installées pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans

Source FINESS 01/01/2022	Département	MAS	FAM / EAM	Dont places médicalisées	Foyer de vie Foyer polyvalent	SSIAD PH SPASAD PH	SAMSAH (places médicalisées)
69	Nouveau Rhône	0,39	2,44	2,44	3,68	0,17	0,39
ARA	Auvergne Rhône-Alpes	0,71	1,16	1,11	2,42	0,20	0,35
France	France	0,92	0,96	0,87	1,97	0,21	0,34

PERSPECTIVES

Des nouveaux projets sont d'ores et déjà budgétés et autorisés par l'ARS sur ce territoire, mais encore en attente d'installation : 80 places de MAS et 34 places d'EAM sur le département du Rhône. L'enjeu sera la mise en œuvre effective de ces places dès que possible sur les 5 années à venir du schéma. Ces projets permettront de fluidifier la filière enfants/adultes.

Personnes handicapées vieillissantes – PHV

PERSPECTIVES

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :

- L'adaptation de l'offre existante des MAS et EAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.
- L'adaptation ou le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.
- La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type équipe mobile (sous réserve de crédits disponibles).
- La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des SSIAD, ou par le recrutement de personnels infirmiers ou

médicaux partagés entre les structures, à moyens constants.

Accompagnements spécifiques

PCPE adultes

3 PCPE accompagnent un public adulte sur le territoire rhodanien sur les déficiences suivantes :

- porteurs de troubles du spectre de l'autisme ;
- en situation de handicap psychique ;
- porteurs du syndrome Prader Willy.

Situations complexes

Une réflexion régionale a été initiée sur la gradation d'une offre d'accompagnement pour les personnes en situation complexe. Sur la base d'un cahier des charges national, un appel à candidature a été lancé, en 2022, pour la création d'une, voire deux, petite unité résidentielle destinée à accueillir de jeunes adultes (âgés de plus de 16 ans) et des adultes souffrant de troubles du spectre de l'autisme, en situation très complexe du fait des comorbidités existantes et de la survenue d'importants comportements-défis.

PERSPECTIVES

L'ARS souhaite :

- d'une part, développer quelques unités permettant l'accompagnement de situations complexes, quel que soit le handicap qui génère cette situation ;

- d'autre part, former le plus possible les personnels des établissements médico-sociaux à la gestion des comportements problèmes et à la détection de la douleur.

10.2.4 Aides à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants / répit

Aides à l'autodétermination et au pouvoir d'agir

L'auto-détermination est d'une manière générale un axe de travail dans le cadre de la contractualisation avec les organismes gestionnaires. Néanmoins de manière plus ciblée, sur le SRS 2023-2028, des crédits sont destinés à la création d'un dispositif d'autodétermination : positionné du côté de la demande et du projet de vie, le dispositif d'appui à l'autodétermination sera proposé à la personne et intervient à sa demande, avec l'appui de « facilitateurs de parcours de vie ».

Pair-aidance

Au total, 12 GEM fonctionnent sur le territoire dont 2 dans le département du Rhône.

Aide aux aidants / répit

Le renfort de la plateforme de répit ([PFR](#)) a permis d'élargir l'accueil à tout public en situation de handicap à partir du 1er septembre 2021 et de développer la mise en place de prestations de temps libéré (intervention au domicile de la personne pour assurer sa prise en charge).

Le dispositif de la Parenthèse a été renforcé à compter du 1er juillet 2021. Par ailleurs, le dispositif a été complété d'une offre de répit itinérant avec un rayonnement régional.

PERSPECTIVES

Cette offre de répit a vocation à être renforcée et développée conformément aux orientations nationales.

10.2.5 Territoires de parcours et de coopération au service de la RAPT

De façon générale, en déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il

appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télémédecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

Diverses structures de coordination ou de support ont vu le jour ou ont poursuivi leur structuration sur le précédent SRS : [RAPT](#), [DAC](#), C360, métropole aidante etc. Dans le cadre du projet territorial en santé mentale émerge la notion de case manager. L'enjeu sur le prochain SRS sera de procéder à une articulation et clarification du fonctionnement de ces dispositifs, notamment sur les situations complexes. Plusieurs études et groupes de travail sont lancés fin 2022 et début 2023 sur ce thème.

Prévention et accès aux soins

Les actions de prévention et de promotion de la santé font l'objet de développement dans le cadre de la contractualisation avec chaque organisme gestionnaire permettant la sensibilisation sur différentes thématiques (consultations bucco-dentaires, conduites addictives, dépistages des cancers, nutrition, sexualité, vie affective et intime...).

L'établissement d'un diagnostic territorial pourtant sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap doit permettre d'identifier les freins et les leviers pour améliorer la prise en charge des personnes. La mobilisation des acteurs du territoire (établissements de santé, handiconsult, [CPTS](#), professionnels libéraux, CPAM) doit également enrichir la réflexion territoriale pour fluidifier le parcours de soins des personnes en situation de handicap.

PERSPECTIVES

- Les liens entre le secteur sanitaire et spécialement psychiatrique nécessiteront d'être renforcés et développés, par exemple concernant les équipes mobiles.
- Dans la continuité des travaux réalisés au niveau national (cf expérimentation nationale « Facilisoins »), un organisme gestionnaire s'est engagé à réfléchir autour de la thématique d'accès aux soins pour des résidents d'EAM. Cette réflexion pourra bénéficier à l'ensemble des acteurs du médico-social intervenant sur le département du Rhône.

11. [69] – MÉTROPOLE DE LYON

11.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES ÂGÉES – MÉTROPOLE DE LYON

La métropole de Lyon fait partie des départements qui présentent des taux d'équipement en structures personnes âgées en moyenne départementale, inférieurs aux moyennes régionales et des autres départements. Ainsi ce territoire sera potentiellement éligible à des mesures nouvelles, le cas échéant, et si l'opportunité, le besoin sont avérés et objectivés.

11.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA Equipes spécialisées Alzheimer – ESA

140 places de PASA ont été créées depuis 2018 dans la métropole. A fin 2022, 29 structures disposent d'un PASA.

Dans ce contexte le déploiement de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) pourra être étudié pour le territoire sur les 5 années à venir. La cible prioritaire porte sur les EHPAD de plus de 80 places.

Le développement des Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA), pour mieux répondre à la problématique des maladies neurodégénératives, est également un objectif des prochaines années. Dans la métropole, 7 structures disposent déjà de ce type d'équipe, pour 100 places, à fin 2022.

Unités de vie protégée – UVP / Unités pour personnes handicapées vieillissantes – PHV

Des dispositifs ou expérimentations permettent la prise en charge de publics spécifiques, en hébergement permanent. C'est le cas notamment des personnes handicapées vieillissantes (PHV) et des unités de vie protégée (UVP) pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Il s'agira d'opérer, sur la durée du SRS, un suivi de ces dispositifs lorsqu'ils existent et d'étudier l'opportunité de développer ce type de places, notamment dans le cadre d'opérations de restructurations ou de recomposition de l'offre.

Concernant les PHV notamment, la création d'une unité de 14 places dans un EHPAD de la métropole de

Lyon paraît envisageable à l'horizon 2024 ; d'autres projets potentiels à horizon plus tardif sont d'ores et déjà au travail.

D'une manière générale et selon les possibilités et les situations locales, l'attention pourra se porter sur des publics très ciblés comme le public post AVC ou les jeunes Alzheimer par exemple.

Par ailleurs une préoccupation concerne aussi le public précaire pour lequel un dispositif spécifique a été créé et qu'il s'agira de continuer à animer pour qu'il arrive à répondre à cette problématique de prise en charge très particulière.

Enfin des besoins sont constatés pour une prise en charge de type psychogériatrie : il s'agira d'étudier ces besoins en termes de nombre d'unités spécialisées sur la métropole d'unité déjà existante à ce jour, en lien avec la sectorisation des hôpitaux psychiatriques et accompagner les EHPAD dans leur éventuelle mise en place.

Unités d'hébergement renforcé – UHR

La métropole de Lyon dispose de trois unités d'hébergement renforcé de 12 places. Une évaluation est prévue avant d'envisager éventuellement d'autres déploiements.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

Actuellement 29 structures proposent un accueil de jour pour 304 places installées et 37 disposent d'un hébergement temporaire pour 190 places installées.

Dans la métropole comme sur d'autres territoires les dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire présentent cependant des taux d'occupation disparates qui n'atteignent pas toujours une cible satisfaisante. Il s'agira de procéder à des analyses de l'activité, de l'offre sur le territoire et de proposer d'éventuelles réaffectations de places tant en termes de territoire que de type de places pour que leur utilisation soit optimale et réponde mieux aux besoins (par exemple le public de jeunes Alzheimer).

Ainsi la couverture territoriale de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pourra être améliorée.

En ce qui concerne spécifiquement l'hébergement temporaire, il s'agira de le conforter dans ses trois dimensions : sortie d'hospitalisation, entrée progressive en EHPAD et répit.

D'ores et déjà la création de 2 places d'hébergement temporaire et 2 places d'accueil de jour, envisagées pour 2024 en unité jeune Alzheimer, est à accompagner sur la métropole.

Trois plateformes de répit sont installées sur la métropole. Elles ont fait l'objet au cours du dernier schéma d'une opération de remise à plat en termes de financement et de situation administrative.

L'enjeu pour les années à venir est de faire le bilan de l'existant, des pratiques et d'améliorer leur fonctionnement.

11.1.2 Soutenir le domicile

Soutien psychologue en Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD et équipe MND (maladie neurodégénérative)

Dans le cadre d'une expérimentation, un premier appel à candidatures en 2020 a permis de mettre en place 2 mi-temps de psychologues. Un second appel à projets en 2023 vient conforter cette offre avec l'attribution de deux autres mi-temps pour des [SSIAD](#) de la métropole.

Une équipe renforcée de SSIAD maladie neurodégénératives est expérimentée depuis 2020 sur la métropole. L'évaluation positive de ce dispositif a conduit à sa pérennisation.

Centre de ressources territorial – CRT

Le centre de ressources territorial récemment attribué pour une structure de la métropole devra être accompagné dans sa montée en charge. La poursuite de la dynamique de déploiement des CRT sur la région pourrait permettre, en fonction des orientations et des moyens alloués, d'étudier l'opportunité de créer un second CRT sur la métropole.

Réforme tarifaire des Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD et Services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD ; Mise en œuvre des services autonomie à domicile – SAD

Actuellement 30 [SSIAD/SPASAD](#) sont autorisés sur la métropole pour 1 597 places. Le prochain SRS nécessitera d'accompagner le secteur dans les réformes de la tarification des SSIAD et des services autonomie à domicile ([SAD](#)) à compter de 2023, notamment avec la meilleure prise en compte des besoins en soins et le niveau de dépendance des personnes dans la tarification.

Pour la mise en œuvre de la réforme des SAD, une étape préalable de clarification des territoires des SSIAD (Métropole de Lyon et Département du Rhône) est indispensable.

Des places de SSIAD devraient pouvoir être créées. En fonction de la structuration des acteurs du territoire dans le cadre de cette réforme, il s'agira ensuite d'évaluer les capacités cibles à déployer sur le volet soins pour les services autonomie qui souhaiteront intégrer les deux services, aides et soins à domicile.

11.1.3 Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques dans les territoires

Recomposition de l'offre d'hébergement permanent

L'évolution de l'offre médico-sociale sur les territoires de la métropole de Lyon et du département du Rhône ne peut s'envisager qu'en prenant en considération de manière concomitante les particularités de ces deux territoires, qui ne présentent pas les mêmes caractéristiques géographiques et socio-économiques, mais qui présentent en même temps de très fortes interactions.

La structure urbaine ou rurale, les distances et temps de déplacement, la pression sur le foncier etc. sont autant d'aspects différenciés qui ont un impact sur l'implantation d'établissements et services médico-sociaux sur l'un ou l'autre de ces territoires.

Ainsi, l'évolution des offres de services et la recomposition des ESMS s'appuieront sur des redéploiements dans les deux territoires tout en tenant compte de leurs différents niveaux de priorité.

Il faudra toutefois tenir compte également du fait qu'existent des flux de population entre les établissements métropolitains et rhodaniens.

En déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur personnes âgées sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur

territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours des personnes âgées.

Il est notamment attendu à ce qu'ils participent aux travaux et à la gouvernance des territoires de parcours qui pourraient être mis en place et dans le cadre de la démarche des filières gérontologiques qui doivent être confortées sur leur territoire d'intervention actuel.

Il est attendu que les établissements et services mobilisent tous les leviers de coopération et d'optimisation (mutualisation, regroupement voire fusion...) entre établissements PA et/ou PH (télé médecine, téléconsultation, ressources médicales et ressources spécialisées) en s'appuyant, le cas échéant, sur les démarches de territoires de parcours et de coopération.

Les établissements et services s'impliquent dans le cadre des programmes territoriaux en santé, en particulier pour répondre aux enjeux de fluidité du parcours de soins

Tableau 3 Synthèse régionale PA : Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2022 :

Taux d'équipement en places installées pour 1000 personnes de 75 ans et +								
Dépt	Hébergé médicalisé	Permanent	dont EHPAD ou EHPA percevant financement AM	dont résidence autonomie avec forfait de soins	Temporaire	Hébergé non médicalisé	AJ ou de nuit	SSIAD/ SPASAD
Rhône (CD + ML)	105,1	103,3	83,7	19,6	1,8	10,6	2,7	15,8
Lyon Métropole	97,1	95,4	72,0	23,3	1,7	8,8	2,7	14,1
Auvergne Rhône-Alpes	109,9	108,1	100,4	7,7	1,8	11,2	2,4	16,7
France	99,7	97,7	94,3	3,3	2,0	16,7	2,5	19,5

A fin 2022, 142 structures proposent de l'hébergement permanent, dont 101 EHPAD (8 275 places autorisées) et 41 résidences autonomie bénéficiant d'un forfait de soins (2 679 places autorisées).

Le précédent SRS n'a pas donné lieu à des créations de place d'hébergement permanent dans la métropole, le besoin ne se montrant pas prégnant (avec notamment des taux d'occupation parfois faibles), mais il a été privilégié le déploiement de modalités permettant de répondre à des besoins spécifiques, comme évoqué précédemment : mise en œuvre d'unité d'hébergement renforcé, accueil de jour, hébergement temporaire, plateformes de répit, PASA et équipes spécialisées Alzheimer principalement.

Tous dispositifs ou modalités de prise en charge confondus, ce sont 116 places supplémentaires qui ont été créées sur ce territoire entre 2018 et 2022 grâce à ces opérations de recomposition de l'offre.

Sur la métropole de Lyon, au cours des 5 prochaines années du schéma, les perspectives de travail sur l'offre, qui seront à partager dans le cadre du partenariat avec la métropole, sont les suivantes :

- des enveloppes financières éventuellement rendues disponibles dans le cadre d'opérations de

restructurations des capacités dans plusieurs établissements. Le redéploiement de ces enveloppes devra se faire en tenant compte des caractéristiques du territoire ainsi que du virage domiciliaire ;

- la création d'un Ehpads pourra être envisagée, selon les critères qui pourraient être les suivants : 80 places minimum, doté d'une UVP et d'un PASA, répondant aux dernières préconisations en termes de conception (« EHPAD de demain ») et potentiellement situé sur l'Est de la métropole où les besoins semblent, à ce stade, les plus importants ;
- mieux structurer la graduation des modalités d'accueil : hébergement permanent / hébergement temporaire / accueil de jour.

Infirmier de nuit

Entre 2018 et 2022, 5 dispositifs ont été financés sur le Rhône et la métropole de Lyon, couvrant 41 % des places. Une évaluation est lancée dès 2023.

Des pistes pourront être mises au travail pour trouver des organisations locales innovantes pour renforcer la

présence des médecins traitants en EHPAD, pour un meilleur accompagnement des résidents.

Plan d'aide à l'investissement – PAI

Entre 2019 et 2022 plusieurs projets immobiliers d'EHPAD de la métropole ont reçu un total de 11,4 M€ d'aides à l'investissement, concernant 349 places.

Des aides supplémentaires sont attribuées dans le cadre d'autres plans pour des équipements et se sont par exemple élevées à 2,4 M€ pour la seule année 2022 pour 82 établissements (Rhône + métropole de Lyon). Les établissements reçoivent par ailleurs des aides dans le cadre de plans spécifiques comme par exemple le programme « ESMS numérique » ou la télé-expertise.

Pour les prochaines années, la priorité est donnée à l'accompagnement des projets d'investissement mettant en œuvre les orientations suivantes : le sentiment d'être chez soi, l'ouverture vers l'extérieur, la facilitation des soins, la viabilité économique et la qualité de conception du projet.

Plusieurs opérations immobilières sont d'ores et déjà prévues sur les 5 ans à venir du schéma, qui pourront se traduire, selon les projets, par de nouvelles aides à l'investissement.

Prévention

L'offre de prévention poursuivra sa structuration en articulation avec la conférence des financeurs. L'axe prioritaire représenté par le plan anti-chutes sera formalisé et approfondi.

Les appels annuels à projets de prévention continueront d'accompagner les structures sur des thématiques identifiées : nutrition, santé orale, iatrogénie médica-menteuse, dépression, douleur, activité physique adaptée notamment.

Le projet ICOPE a été déployé sur le val de Saône lors du précédent schéma.

Le dispositif « Centre ressources territorial » récemment attribué sur la métropole pourra être mobilisé sur les thématiques de prévention.

11.1.4 Promouvoir les parcours coordonnés

Equipes mobiles gériatriques, HAD

Le déploiement des équipes mobiles gériatriques extrahospitalières devra être poursuivi et évalué, notamment dans le cadre prévu par l'instruction

DGOS /R4/2022/244 du 17 novembre 2022 relative aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) intervenant en établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

Afin de favoriser la fluidification du parcours de la personne âgée, le recours au dispositif d'[HAD](#) sera encouragé pour des interventions à domicile ou en établissement. Il s'agit notamment, dans le cadre de la feuille de route nationale HAD 2021/2026, de renforcer l'attractivité et l'organisation territoriale.

Des dispositifs de HAD ont déjà des partenariats privilégiés avec des EHPAD sur le territoire de la métropole.

Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation – HTSH

55 places sur 9 EHPAD ont été proposées par les établissements pour intégrer ce dispositif.

Il s'agira de poursuivre et renforcer le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, notamment en ciblant mieux le public par le biais du projet de service dédié à l'HT, permettant de structurer la communication sur les objectifs thérapeutiques et de prévention poursuivis.

Par ailleurs une étude sur les besoins en accompagnement des personnes âgées prises en charge dans un service hospitalier devenu inadapté pourrait être envisagée.

Enfin la contractualisation pourrait être un levier de structuration entre les acteurs, de communication ciblée et de sensibilisation sur ce dispositif.

Il semblerait pertinent de réaliser une étude sur la mise en place d'un dispositif de 4 à 5 structures médico-sociales identifiées « HTSH » ce qui simplifierait la lisibilité du dispositif pour le secteur sanitaire.

Gestion des urgences, accès soins palliatifs

L'appui des équipes mobiles de soins palliatifs permettant un parcours de soins gradués et de proximité est à encourager, en coordination avec la médecine. De manière générale, le renfort de l'appui du sanitaire au médico-social permet d'éviter les hospitalisations.

Le soutien à une meilleure gestion des urgences dans les EHPAD sera poursuivi (lien urgentistes-gériatres, IDE de nuit etc.) : poursuivre le déploiement des IDE de nuit en réalisant une évaluation des dispositifs existants et en mobilisant les EHPAD sur la mise en place de nouveaux dispositifs.

Les Hospices civils de Lyon ont déployé sur le précédent SRS, depuis 2019, des cellules d'urgence parcours personnes âgées (CUPPA) dans tous les

services d'urgences adultes des HCL. L'objectif est d'apporter un diagnostic plus précis et d'orienter vers la filière de soins la mieux adaptée, tout en réduisant les besoins d'hospitalisation.

Filières gérontologiques

La métropole de Lyon est couverte par trois filières gérontologiques, Lyon Nord, Rhône Sud et Rhône centre (filières recouvrant des communes du Rhône comme de la métropole). La direction départementale de l'ARS en coordination avec les collectivités relancera le comité stratégique des filières gérontologiques, dans une optique de redynamiser l'animation territoriale, l'échange entre filières sur les bonnes pratiques, des projets « phares » et la coordination avec les autres acteurs notamment depuis la mise en place des Dispositifs d'appui à la coordination. Une étude régionale d'évaluation est menée sur les filières gérontologiques entre 2023 et 2024.

Dispositif d'appui à la coordination – DAC

Le [DAC](#) de la métropole s'est mis en place début 2023 sous la forme d'un GIP réunissant l'association Lyre et

la métropole de Lyon financé à 100 % par l'ARS. Il se substitue au réseau de santé polyvalent porté par Lyre et les [MAIA](#) précédemment portées par la métropole sur financement de l'ARS.

Les 5 ans à venir vont être consacrés à l'accompagnement du déploiement de ce [DAC](#), les modalités de réponse aux besoins de coordination des parcours complexes sur le territoire et à son évaluation. Les synergies / articulations seront à créer avec les filières gérontologiques, la C360, les « case manager » créés dans le cadre du projet territorial de santé mentale (PTSM).

Ainsi outre les dialogues de gestion annuels, un suivi de la montée en charge sera effectué notamment eu égard à 3 aspects :

- respect du cadre national d'orientation,
- service rendu aux professionnels et in fine aux usagers,
- articulation territoriale avec les partenaires et les autres dispositifs.

11.2 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP – MÉTROPOLÉ DE LYON

De façon générale la Métropole de Lyon devra faire évoluer son offre médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap vers une cible de 50 % de services. Dans le même temps, le territoire connaît des situations de tensions sur l'offre de places en structures, quelle que soit la modalité (accueil de jour, hébergement) notamment par rapport au nombre de jeunes dits en « amendements [Creton](#) » ainsi qu'aux listes d'attente sur certains établissements du secteur de l'enfance. Cette offre reste un point d'attention, afin d'éviter les situations de rupture de parcours et réduire le recours à l'amendement Creton.

11.2.1 Prévention, repérage, et dépistages précoces

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP

La Métropole compte désormais 2 [CMPP](#).

PERSPECTIVES

Ces 2 CMPP devront se mettre en adéquation avec le cahier des charges actualisé des CMPP et engager une démarche qualité pour rapprocher leur fonction-

nement des recommandations de bonnes pratiques formulées par la Haute Autorité de Santé.

Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP

Dans le cadre d'une démarche qualité initiée au niveau national, 6 des 8 [CAMSP](#) intervenant dans le territoire de la Métropole de Lyon ont obtenu en 2022 des moyens de renfort pérennes ayant pour objectifs de permettre une augmentation de la file active et une mise en conformité du fonctionnement avec les recommandations de bonnes pratiques formulées de la Haute Autorité de Santé. Les CAMSP constituent l'un des maillons du processus de diagnostic et d'accompagnement précoce.

PERSPECTIVES

Poursuite de la démarche qualité.

Plateforme de coordination et d'orientation – PCO

En 2019, 2 plateformes de coordination et d'orientation ([PCO](#)) ont été déployées dans le territoire métropolitain pour conforter le parcours de diagnostic et les prises en charge précoces des enfants âgés de moins de 7 ans susceptibles de présenter ou

présentant des troubles du neurodéveloppement ; l'une d'elles intervient également sur le Sud du département du Rhône. En janvier 2023, l'ensemble des 3 plateformes installées sur le territoire (Rhône + Métropole) avait reçu des demandes d'accompagnement pour près de 2 300 enfants, dont plus de 1 700 avaient pu être intégrés dans un parcours. Ce constat a conduit à un renforcement des [PCO](#) sur le plan des ressources humaines, au cours de l'année 2022.

PERSPECTIVES

L'objectif est à la fois d'augmenter la file active et de réduire les délais avant accompagnement. L'enjeu est désormais double : améliorer les sorties de parcours (relais par un accompagnement adapté, scolarisation...) mais aussi déployer un même dispositif pour les enfants âgés de 7 à 12 ans. Ce dispositif sera amené à couvrir le plus rapidement possible l'ensemble du territoire et devra être étroitement articulé avec les PCO 0-6 ans, le secteur médico-social mais aussi l'Education nationale.

Diagnostic des adultes TSA avec ou sans DI

Le centre hospitalier Le Vinatier a déployé une consultation spécifique avec l'appui financier de l'ARS : l'unité TS2A ; celle-ci est une unité médico-sociale qui propose depuis janvier 2019 des évaluations diagnostiques de troisième ligne et un accompagnement en réhabilitation psychosociale pour les adultes avec un trouble du spectre de l'autisme sans déficience intellectuelle (TSA SDI, ou syndrome d'Asperger).

11.2.2 Offres pour les enfants en situation de handicap

Scolarisation

18 118 élèves en situation de handicap sont scolarisés au sein d'un établissement de l'Education nationale dans le département du Rhône et la métropole de Lyon, en progression de +20 % par rapport à la rentrée scolaire 2021 et 2022 et en progression de + 62 % depuis 2017.

Sur le Rhône et la métropole, les 50 établissements médico-sociaux situés sur ces territoires disposent d'une unité d'enseignement (interne ou externe), soit 100 % des établissements concernés.

Parmi les enfants accompagnés par un établissement médico-social, la part de jeunes accompagnés par un établissement médico-social et bénéficiant d'une modalité de scolarisation inclusive (avec une modalité externalisée, ou en temps partagé) est passée de 24 %

(584 élèves) à 37,5 % (735 élèves) entre 2017 et 2021. En 2022, 1894 enfants accueillis en établissement médico-social ont bénéficié d'une modalité de scolarisation (unités d'enseignement interne, scolarité partagée, entièrement scolarisés dans un établissement scolaire). La convention école inclusive conclue entre l'ARS et les 3 académies le 21 septembre 2016 sera révisée pour la période 2023-2028.

Externalisation des unités d'enseignement et leur répartition territoriale

Le département et la Métropole disposent actuellement de 25 dispositifs externalisés sur les 50 établissements ayant une unité d'enseignement. Le taux d'unités actuellement externalisées s'élève donc à 50 %. Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 80 % d'ici à 2028. Une ouverture d'une UEEP est envisagée à moyen terme (Unité d'enseignement externalisée à destination des enfants polyhandicapés).

Unités d'enseignement élémentaire ou maternelle autisme (UEMA et UEAA)

3 UEMA ont été créées entre 2019 et 2022 dans le territoire métropolitain, portant à 5 le nombre d'UEMA. Par ailleurs la Métropole de Lyon compte 1 unité d'enseignement élémentaire autisme (UEAA).

PERSPECTIVES

La démarche de déploiement des UEMA se poursuivra sur les 5 ans à venir.

Dispositif d'autorégulation

PERSPECTIVES

Un dispositif d'autorégulation sera créé sur le territoire métropolitain au cours du schéma 2023-2028.

Equipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation – EMAS

7 équipes mobiles d'appui à la scolarisation ont été déployées en 2021 sur la Métropole de Lyon. L'année 2022 a été la première année de fonctionnement complet de ce dispositif. Un premier bilan a été effectué dans le cadre du comité de pilotage de l'école inclusive.

PERSPECTIVES

Leur fonctionnement continuera de faire l'objet d'un suivi partenarial entre l'Education nationale et l'Agence régionale de santé, en lien avec le collectif associatif ayant répondu à l'appel à candidature.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

L'offre d'accompagnement par un SESSAD a été considérablement renforcée sur le temps du précédent SRS. En effet sur l'ensemble du département du Rhône et de la métropole de Lyon :

- En 2021, 105 places ont été créées par des mesures nouvelles et étaient ciblées sur les handicaps suivants : 40 places en déficience intellectuelle, 35 places en troubles du spectre autistique (TSA), 25 places en handicap moteur, 3 places en polyhandicap, 2 places en handicap rare épilepsie.
- En 2022, 92 places ont à nouveau été créées avec comme cible, en termes de handicaps, les troubles du spectre autistique, les déficiences intellectuelles et les troubles du comportement. Pour le territoire rhodanien, cela représente 86 places créées via ces mesures nouvelles.
- Pour le territoire métropolitain, cela représente 111 places créées via ces mesures nouvelles. Par ailleurs, 67 places ont été créées dans le département du Rhône par redéploiement.

Malgré ce développement de l'offre, l'importante évolution démographique du territoire accroît les listes d'attente chaque année. Sur la Métropole, on note une très forte augmentation sur les bassins de Lyon nord-est et de Lyon sud-est.

PERSPECTIVES

Poursuivre l'augmentation de l'offre et de travailler sur les files actives afin d'accroître le nombre d'enfants ayant accès à ce type de service.

Optimisation de l'offre enfant pour garantir la continuité des parcours

Dans le cadre des travaux de contractualisation, cet objectif de garantir la continuité des parcours enfants a été travaillé via notamment des redéploiements de places pour permettre un fonctionnement en dispositif et ainsi proposer des parcours modulaires aux enfants accompagnés.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP et fonctionnement en dispositif

A la suite du travail de la recomposition de l'offre initiée par le précédent SRS, la majorité des 8 ITEP fonctionnent en dispositif.

PERSPECTIVES

Un plan d'actions pluri-partenarial a été élaboré pour les prochaines années et devra être mis en œuvre pour améliorer le parcours des usagers.

Instituts médico-éducatifs – IME et fonctionnement en dispositif

Au regard de l'expérience sur le fonctionnement des DITEP et par anticipation des textes réglementaires, l'Agence régionale de santé, en lien avec l'Education nationale et la MDMPH a impulsé une expérimentation de ce fonctionnement pour les IME : 4 DIME sont effectifs sur le territoire métropolitain et d'autres projets sont en cours de déploiement.

PERSPECTIVES

Il convient par ailleurs de travailler à la fluidification des passages vers le secteur adulte.

Pôle de compétences et de prestations externalisées – PCPE

17 PCPE sont labellisés sur le territoire dont 8 PCPE CAPE exclusivement centrés sur l'accompagnement de la scolarisation des enfants en situation de handicap. Un renfort des moyens des PCPE enfants est intervenu en 2021 soit une file active de 67 usagers supplémentaires pour le département du Rhône et la Métropole de Lyon à compter de juin 2021, notamment sur un public porteur de TSA.

PERSPECTIVES

Un travail de mise en cohérence des secteurs d'intervention est mené pour permettre aux PCPE d'assurer leur appui à la réponse accompagnée pour tous, en particulier dans le cadre du dispositif d'orientation permanent, les PCPE jouant un rôle préventif en agissant sur les listes d'attente mais étant également à même de constituer une ressource pour le suivi des plans d'accompagnement global.

Jeunes protégés et en situation de handicap

Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance, l'ARS et la Métropole de Lyon ont partagé le constat de difficultés dans la prise en charge et l'accompagnement de certains jeunes en situation de handicap et confiés l'aide sociale à l'enfance. Il apparaît en effet qu'un nombre important d'enfants et de jeunes confiés à l'ASE, avec orientation de la CDAPH, sont en risque de rupture de parcours ou de non prise en charge par les structures médico-sociales. Sur la base de ces constats, un appel à candidature a été lancé pour la création de places relais / passerelle et d'une équipe mobile d'appui aux professionnels de la protection de l'enfance

intervenant auprès de jeunes âgés entre 6 et 18 ans. Son déploiement interviendra courant 2023.

Par ailleurs, l'équipe mobile de ressources de pédo-psychiatrie « Résilude » intervenant sur le territoire métropolitain et départemental, et à destination des établissements socio-éducatifs de l'Aide sociale à l'enfance, est en place depuis novembre 2022.

Les échanges partenariaux dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance vont se poursuivre afin de renforcer l'accompagnement de ces jeunes et une meilleure connaissance réciproque des deux secteurs.

PERSPECTIVES

- La montée en charge de l'équipe mobile « Résilude » fera l'objet d'un suivi.
- Sous réserve des crédits disponibles, un nouveau dispositif pourrait être créé pour apporter une réponse complète aux problématiques soulevées par l'accompagnement de ces jeunes.

Jeunes en situation d'amendement Creton

Une étude régionale du CREAL est en cours, notamment sur la Métropole, afin d'analyser la situation et d'identifier des moyens d'action.

Plusieurs actions ont été d'ores et déjà impulsées depuis le précédent schéma :

- Les structures enfants doivent anticiper davantage le travail sur la sortie vers le secteur adulte.
- Les places créées vont permettre d'apporter de la fluidité dans le parcours de ces jeunes en amendement [Creton](#).

PERSPECTIVES

Le travail de fluidification et de diversification des parcours sera poursuivi dans le cadre du SRS 2023-2028.

11.2.3 Offres pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Au-delà des instituts médico-professionnels (IMPRO) et des ITEP, des stages en entreprises ou en ESAT sont déjà proposés aux jeunes accompagnés dans des IME/SESSAD pour qu'ils puissent développer ou affiner leurs compétences.

Cette dynamique sera poursuivie dans le SRS 2023-2028 afin de faciliter les parcours des jeunes. Le travail

autour de l'acquisition d'une plus grande autonomie se poursuivra conjointement dans une perspective inclusive.

Emploi accompagné

Le territoire Rhône et Métropole de Lyon ont bénéficié, à compter de 2018, d'une expérimentation relative à l'emploi accompagné, portée par LADAPT 69, financée par l'ARS, l'AGEFIPH et le FIPH-FP. En 2022 ce dispositif a évolué en plateforme de l'emploi accompagné. Le comité départemental de suivi de l'emploi accompagné (CDSEA) a été mis en place fin 2022.

PERSPECTIVES

- Suivre la montée en charge et l'activité de la plateforme de l'emploi accompagné, dans le cadre de ce CDSEA.
- Dans le cadre global du plan régional pour l'insertion des personnes handicapées (PRITH), le partenariat sur l'insertion des personnes handicapées par l'emploi sera approfondi avec la DDETS, en élaborant une stratégie départementale permettant de faire ressortir 4 à 6 axes forts qui seront mis en avant. Les offres proposées par les ESAT, plateforme d'emploi accompagné et les [ESRP](#) seront intégrées et valorisées dans le PRITH.

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

Une étude régionale du CREAL est en cours, notamment sur la Métropole, afin d'analyser la situation et d'identifier des moyens d'action.

PERSPECTIVES

Les ESAT situés sur le territoire métropolitain doivent s'inscrire dans le plan de transformation des ESAT lancé en 2021, et en particulier :

- Fluidifier et renforcer l'accompagnement des personnes dans leur parcours professionnel dans et hors ESAT dans une dynamique inclusive.
- Accompagner les projets de formation des travailleurs en situation de handicap ainsi que leur montée en compétences et employabilité.
- Optimiser l'offre des ESAT dans le contexte de maintien du gel des places.

Etablissement et service de réadaptation professionnelle – ESRP

PERSPECTIVES

Les 2 [ESRP](#) implantés sur le territoire représentant au total 272 places doivent engager une réorganisation

de l'offre de formation conformément aux attendus du nouveau décret n°2020-1216 du 2 octobre 2020 et de l'arrêté du 17 novembre 2022.

Ce travail sera mené avec l'ensemble des acteurs (ARS, MDMPH, Service public de l'emploi, Cap emploi, Missions locales).

Soutien à l'autonomie

Accès au logement

8 projets d'habitat ont bénéficié du « forfait habitat inclusif » financé par l'ARS lors des précédentes années. La compétence sur l'habitat inclusif a été transférée depuis aux collectivités départementales, l'ARS participant à cette politique dans le cadre de sa vice-présidence de la conférence des financeurs de l'habitat inclusif. Le passage de ce forfait à « l'aide à la vie partagée » fait l'objet d'une programmation de la CNSA avec le département sur les années 2023 à 2029. Par ailleurs, les appartements d'apprentissage à la vie autonome développés par certains organismes gestionnaires permettent de faciliter l'accès au milieu ordinaire.

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH

Le précédent SRS a permis la création d'un SAMSAH de 47 places pour adultes en situation de handicap déployant des pratiques orientées vers le rétablissement et comprenant un volet d'accès au logement sur la Métropole. Le dispositif expérimental la Traboule a également été pérennisé en 2022 en SAMSAH de 40 places.

PERSPECTIVES

Le travail inter-SAMSAH initié lors du précédent schéma régional devra se poursuivre afin de capitaliser les bonnes pratiques professionnelles.

Offre médicalisée pour adultes avec hébergement

Maison d'accueil spécialisée – MAS / Etablissement d'accueil médicalisé – EAM

L'offre de maisons d'accueil spécialisées ([MAS](#)) est globalement insuffisante sur la métropole de Lyon. Le précédent SRS a toutefois permis la création de 39 places supplémentaires en EAM.

Taux d'équipement en places installées pour 1000 personnes de 20 à 59 ans						
	MAS	FAM / EAM	Dont places médicalisées	Foyer de vie Foyer polyvalent	SSIAD PH SPASAD PH	SAMSAH (places médicalisées)
Métropole	0,41	0,56	0,56	2,26	0,17	0,23
Auvergne-Rhône-Alpes	0,71	1,16	1,11	2,42	0,20	0,35
FRANCE	0,92	0,96	0,87	1,97	0,21	0,34

PERSPECTIVES

Des nouveaux projets sont d'ores et déjà budgétés et autorisés par l'ARS dans le territoire métropolitain, mais encore en attente d'installation : 25 places de [MAS](#) et 61 places d'EAM. L'enjeu sera la mise en œuvre effective de ces places dès que possible sur les 5 années à venir du schéma. Ces projets permettront de fluidifier la filière enfants/adultes.

Personnes handicapées vieillissantes - PHV

PERSPECTIVES

- L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes peut être organisé à travers quatre leviers :
 - L'adaptation de l'offre existante des MAS et EAM pour assurer le maintien des résidents avançant en âge.

- L'adaptation ou le développement de sections en EHPAD dans le cadre de partenariat avec un organisme gestionnaire du secteur du handicap et une reconnaissance contractuelle.
- La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie liée au vieillissement en favorisant l'accès aux soins et leur continuité grâce à l'appui de services de type équipe mobile (sous réserve de crédits disponibles).
- La médicalisation des foyers de vie peut être poursuivie par le biais de l'intervention des [SSIAD](#), ou par le recrutement de personnels infirmiers ou médicaux partagés entre les structures, à moyens constants.
- Un travail en cours et à poursuivre avec la Métropole de Lyon pour développer les passerelles entre les secteurs accompagnant des personnes

âgées et des personnes en situation de handicap et identifier des porteurs de projet ainsi que les modalités de fonctionnement.

Accompagnements spécifiques

Expérimentation de plateformes adultes

Plusieurs projets poursuivent cet objectif qui se prolongera dans le cadre de ce SRS :

- Création en 2020 de la plateforme Handi sens, pérennisée sous la forme d'un PCPE en décembre 2022 suite à une évaluation par l'ARS. Le PCPE accompagne des jeunes adultes et adultes en situation de handicap rare, atteint de déficience auditive et/ou déficience visuelle avec handicaps associés, ou/et porteurs de troubles du spectre de l'autisme. La file active attendue est de 40 personnes.

Le PCPE « Passerelle Handi Sens » a pour objectif général de favoriser l'entrée des personnes accompagnées dans un processus de désinstitutionnalisation, ou de non-institutionnalisation et d'autodétermination, tout en prévenant les ruptures de parcours et en diversifiant l'offre d'accompagnement.

- Par ailleurs une plateforme de services (EAM, foyer de vie, SESVAD, [MAS](#)) sera créée à partir de 2024 sur le territoire labellisé 100 % inclusif lors du précédent SRS, à Décines, en lien avec la Métropole de Lyon et la MDMPH.

Pôle de compétences et de prestations externalisées – PCPE adultes

3 PCPE accompagnent un public adulte sur le territoire métropolitain sur les déficiences suivantes :

- en situation de handicap rare, atteint de déficience auditive et/ou déficience visuelle avec handicaps associés ;
- porteurs de troubles du spectre de l'autisme ;
- en situation de handicap psychique ;
- en situation de handicap moteur ou polyhandicap.

Situations complexes

Une réflexion régionale a été initiée sur la gradation d'une offre d'accompagnement pour les personnes en situation complexe. Sur la base d'un cahier des charges national, un appel à candidature a été lancé, en 2022, pour la création d'une, voire deux, petite unité résidentielle destinée à accueillir de jeunes adultes (âgés de plus de 16 ans) et des adultes souffrant de troubles du spectre de l'autisme, en situation très

complexe du fait des comorbidités existantes et de la survenue d'importants comportements-défis.

PERSPECTIVES

L'ARS souhaite :

- d'une part, développer quelques unités permettant l'accompagnement de situations complexes, quel que soit le handicap qui génère cette situation ;
- d'autre part, former le plus possible les personnels des établissements médico-sociaux à la gestion des comportements problèmes et à la détection de la douleur.

11.2.4 Aides à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants-répit

Aides à l'autodétermination et au pouvoir d'agir

L'auto-détermination est d'une manière générale un axe de travail dans le cadre de la contractualisation avec les organismes gestionnaires. Néanmoins de manière plus ciblée, sur le SRS 2023-2028, des crédits sont destinés à la création d'un dispositif d'autodétermination : positionné du côté de la demande et du projet de vie, le dispositif d'appui à l'autodétermination sera proposé à la personne et intervient à sa demande, avec l'appui de « facilitateurs de parcours de vie ».

Pair-aidance

Au total, 12 GEM fonctionnent sur le territoire dont 10 sur la métropole de Lyon.

Aide aux aidants / Répît

Quelques réalisations dans le cadre du précédent SRS :

- La maison de répît : le dispositif mis en œuvre sur le site de Tassin comprend l'équipe mobile et la Maison de répît.
- Le renfort de la plateforme de répît ([PFR](#)) a permis d'élargir l'accueil à tout public en situation de handicap à partir du 1^{er} septembre 2021 et de développer la mise en place de prestations de temps libéré (intervention au domicile de la personne pour assurer sa prise en charge).
- Le dispositif de la Parenthèse a été renforcé à compter du 1^{er} juillet 2021. Par ailleurs, le dispositif a été complété d'une offre de répît itinérant avec un rayonnement régional.

PERSPECTIVES

Cette offre de répit a vocation à être renforcée et développée conformément aux orientations nationales.

11.2.5 Territoires de parcours et de coopération au service de la RAPT

De façon générale, en déclinaison des orientations du présent schéma régional de santé, les gestionnaires des établissements et services du secteur du handicap sont invités à développer leurs interactions avec les acteurs et partenaires de l'accompagnement des personnes en situation de handicap de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. Ainsi, il appartient aux gestionnaires d'établissements et de services de participer activement aux initiatives permettant une fluidification du parcours inclusif des personnes accompagnées.

La rareté de certaines ressources, l'isolement de certaines structures appellent également les établissements et services PA et PH à mobiliser tous les leviers de coopération (mutualisation, regroupement voire fusion) et à optimiser leurs ressources (télé médecine, ressources médicales et ressources spécialisées...).

Diverses structures de coordination ou de support ont vu le jour ou ont poursuivi leur structuration sur le précédent SRS : [RAPT](#), [DAC](#), C360, métropole aidante etc. Dans le cadre du projet territorial en santé mentale émerge la notion de case manager. L'enjeu sur le prochain SRS sera de procéder à une articulation et clarification du fonctionnement de ces dispositifs, notamment sur les situations complexes. Plusieurs études et groupes de travail sont lancés fin 2022 et début 2023 sur ce thème.

Par ailleurs, le territoire labellisé en 2019 « 100 % inclusif » à Décines poursuit sa densification. L'enjeu sur le prochain SRS est, outre la complétude de l'offre et des synergies avec le milieu ordinaire sur ce territoire, de voir avec la métropole dans quelle mesure cette expérience peut essaimer sur son territoire.

Prévention et accès aux soins

Les actions de prévention et de promotion de la santé font l'objet de développement dans le cadre de la contractualisation avec chaque organisme gestionnaire permettant la sensibilisation sur différentes thématiques (consultations bucco-dentaires, conduites addictives, dépistages des cancers, nutrition, sexualité, vie affective et intime...). Une étude régionale est en cours sur la problématique de l'accès au soin des personnes handicapées. Sur cette base un travail pourra être engagé avec les acteurs du territoire (établissements de santé, handiconsult, [CPTS](#), professionnels libéraux, CPAM), afin de développer une offre de consultations et de recours et de travailler sur les filières de prises en charge en sortie d'hospitalisation.

PERSPECTIVES

- Les liens entre le secteur sanitaire et spécialement psychiatrique nécessiteront d'être renforcés et développés, par exemple concernant les équipes mobiles.
- Dans la continuité des travaux réalisés au niveau national (cf expérimentation nationale « Facilisoins »), un organisme gestionnaire s'est engagé à réfléchir autour de la thématique d'accès aux soins pour des résidents d'EAM. Cette réflexion pourra bénéficier à l'ensemble des acteurs du médico-social intervenant sur la Métropole de Lyon.

12. [73] - DÉPARTEMENT DE LA SAVOIE

12.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES ÂGÉES – SAVOIE

12.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA / Equipes spécialisées Alzheimer – ESA

12 PASA ont été créés sur la Savoie, représentant 162 places (dont 1 en 2020 et 1 en 2022)

Une douzaine de PASA répondant aux orientations nationales et régionales pourraient faire l'objet d'un déploiement dans les prochaines années.

Pour rappel, le taux de malades d'Alzheimer et autres démences en Savoie (119,04) est supérieur à celui de la région (115,85) (Source : Balises - ORS Auvergne-Rhône-Alpes).

Cinquante places d'ESAD existent en Savoie, réparties sur 5 [SSIAD](#) (Modane, Moutiers, Frontenex, Chambéry, Aix-les-Bains).

Sur certains territoires comme Chambéry, il s'agira de renforcer la communication sur le dispositif, par exemple dans le cadre de la [CPTS](#).

Des besoins émergent en termes de développement sur le territoire d'Aix les Bains et Arlysère compte tenu des temps d'attente (un an d'attente en 2022).

Il s'agira d'évaluer le fonctionnement des autres ESA.

Unités de vie protégée – UVP / Unités pour personnes handicapées vieillissantes – PHV

Afin de s'adapter aux besoins relatifs à l'accompagnement des personnes à besoins spécifiques, il est envisagé de travailler le développement d'unités spécialisées dans les EHPAD, lorsque les besoins seront vérifiés au regard des populations accueillies par les établissements, en recherchant la souplesse et la modularité de l'offre.

Les publics visés par ces unités pourraient être les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, les personnes handicapées vieillissantes (PHV), psychiatriques, bariatriques : ces unités demandent un ratio d'encadrement, une architecture et une organi-

sation particulières, et souvent un temps de coordination pour leur prise en charge.

Les besoins remontés par les établissements concernent de plus en plus des places en UVP. En effet, l'orientation qui est indiquée par les médecins sur la demande concerne des unités fermées. Les listes d'attente sur ces places sont importantes, et les EHPAD qui n'en disposent pas sont obligés de refuser les demandes.

Le schéma unique départemental 73 prévoit la reconnaissance de 2 unités PHV. Plusieurs projets sont en cours de réflexion. A ce titre, le CD finance un temps spécifique de moniteur éducateur pour ces publics, pour répondre aux besoins d'animation supplémentaires de ces publics par rapport aux personnes âgées.

Par ailleurs, il conviendrait de travailler sur des projets en Savoie permettant :

- Un meilleur dimensionnement de l'offre permettant de fluidifier les parcours des PHV comme celui des plus jeunes.
- Une adaptation de l'offre existante pour permettre la poursuite des accompagnements des PHV.
- Une diversification de la palette d'offres au profit des personnes handicapées vieillissantes.
- Une meilleure connaissance des besoins.

La création d'une unité expérimentale pour parent PA/enfant PH pourrait être envisagée, en lien avec les acteurs PH, afin de permettre aux PH de ne pas se retrouver sans solution lors de l'impossibilité pour le parent âgé de rester à domicile (entrée en EHPAD).

Il s'avère également nécessaire d'améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques.

Plusieurs actions peuvent être envisagées :

- Convention avec la psychiatrie prévoyant le suivi des résidents admis avec des troubles psychiatriques : consultations, visites au sein de l'EHPAD, formation du personnel, modalité

reprise du résident/patient, séjour de répit, réévaluation des troubles psychiatriques.

- Développement de l'EMGP (consultations et suivi) (cf. supra).

Unité d'hébergement renforcé – UHR

Le département de la Savoie ne dispose pas d'[UHR](#) médico-social. Un projet en cours de réflexion pourrait intervenir sur la commune d'Albertville lors du projet de reconstruction de l'EHPAD.

Il existe par ailleurs une UHR sanitaire en Savoie.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

Concernant l'hébergement temporaire, la Savoie dispose de 97 lits en 2022. Les motifs de recours à l'hébergement temporaire sont les suivants :

- Aide au répit pour les aidants :
 - Sortie d'hospitalisation
 - Transition vers de l'hébergement permanent, en préparant progressivement la personne âgée à l'entrée en EHPAD.
 - Période consécutive à un accident de la vie avec rupture brutale : perte de logement, hospitalisation non programmée de l'aidant, décès de l'aidant, situation d'urgence.
- D'autres objectifs possibles :
 - Hébergement saisonnier, notamment pour les habitants de village de montagne.
 - Hébergement dans le cadre de travaux d'aménagement de l'habitation, précarité énergétique...

Une enquête auprès des établissements a été réalisée en 2022 sur le fonctionnement des HT et les difficultés rencontrées. Plusieurs freins ont été identifiés :

- Coût pour les résidents trop élevés
- Coût pour l'établissement : rotation suppose travail / admission, intégration de la personne âgée
- Inadéquation offre/demande (personnes souffrant de troubles, grande dépendance, sortie hospitalisation, urgence, offre en week end et la nuit, durée proposée/durée souhaitée par famille).
- Difficultés de mise en relation, connaissance des places disponibles, plannings.
- Pénurie de personnel : ces places sont gelées en priorité pour ne pas mettre le personnel en difficulté

Des perspectives d'amélioration ont été également été mises en avant :

- Travailler sur la modularité de l'offre en vue d'une meilleure adéquation de l'offre avec la demande (durée, nuit/jour...).
- Mobiliser le réseau d'acteurs pour assurer la mise en relation, la bonne orientation de la personne, la connaissance des places disponibles, la lisibilité sur le fonctionnement des places.
- Inciter les établissements à intégrer des objectifs thérapeutiques pour l'HT : vrai projet de service spécifique indispensable, qui doit intégrer la question de la prévention de la perte d'autonomie : iatrogénie, chute, isolement social, dénutrition, éviter l'hospitalisation.

Concernant l'accueil de jour, les besoins ne sont actuellement pas suffisamment couverts, notamment les Bauges, la Combe de Savoie, l'Avant-pays savoyard, le bassin d'Aix.

Durant le présent SRS, il s'agira de :

- Encourager les gestionnaires à répondre aux appels à projets, et à développer les places d'HT et d'AJ sur les territoires où les besoins ne sont pas couverts.
- Etudier l'activité des places d'accueil de jour ne répondant pas aux normes capacitaires et recomposer l'offre d'accueil de jour y compris par le retrait des autorisations non conformes (normes capacitaires et activités minimales).
- Etudier un projet d'accueil de nuit sur un EHPAD.

Les freins principaux identifiés à la fréquentation de l'accueil de jour portent sur le coût que cela représente pour les familles ainsi que la question des transports.

Deux Plateformes de répit ont été créées (2016 et 2022), couvrant l'intégralité du territoire en Savoie.

Un recensement des actions menées en faveur du répit des aidants a été fait, concernant les actions financées dans le cadre de la conférence des financeurs et des appels à projets proposés par l'ARS.

Il s'agit de suivre le développement de la [PFR](#) et évaluer à N+1 la mise en place, notamment sur sa capacité à développer le lien avec tous les acteurs déjà impliqués sur le répit des aidants et communiquer sur leurs dispositifs et toutes les propositions en faveur du répit des aidants dans les établissements : AJ, HT...

12.1.2 Soutenir à domicile

Soutien psychologique en SSIAD

Certains [SSIAD](#) développent des modalités d'accompagnement renforcé.

Par ailleurs, dans le cadre d'un appel à candidatures lancé en 2023, une offre de deux mi-temps de psychologue viendra renforcer les SSIAD de la Savoie.

Centre de ressources territorial – CRT

Sur les prochaines années, la Savoie se verra attribuer un CRT. Il s'agira d'accompagner son installation et sa montée en charge.

Réforme tarifaire des Services de soins infirmiers à domicile – SSIAD et Services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD ; Mise en œuvre des services autonomie à domicile – SAD

Un travail important de bilan sur le fonctionnement, la couverture des besoins du territoire et de (re)territorialisation des [SSIAD](#) et des [SAAD](#) va être mené en 2023 en vue de la réforme et la création des Services autonomie à domicile, en partenariat avec le Département.

Il s'agira d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre de cette réforme et veiller à une couverture optimale des besoins du territoire.

Par ailleurs, des besoins de création de places de SSIAD (places PA) émergent sur certains territoires en tension (Bauges notamment).

12.1.3 Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques dans les territoires

Recomposition de l'offre PA HP/HT/AJ et sous occupation structurelle des Hébergements permanents (HP)

Sur la période 2018-2022 du PRIAC, l'évolution de l'offre en Savoie est la suivante :

- 32 places créées par redéploiement de l'offre, dont 20 HP, 13 HT, 6 [SSIAD](#), 3 ESA
- 45 places créées en mesures nouvelles 30 HP, 6 HT, 9 SSIAD

Plusieurs projets de restructuration sont en cours de réflexion impliquant un développement de l'offre d'hébergement en Savoie.

Pour rappel, le taux d'équipement pour 1 000 habitant de plus de 75 ans est inférieur aux taux régional et nationale pour ce qui concerne l'hébergement permanent en EHPAD et l'accueil de jour.

Regroupement et rapprochement ESMS

Des difficultés liées à l'isolement et/ou aux problématiques de taille critique, ou d'activité, ont conduit à intégrer deux petites unités de vie à l'établissement principal du même gestionnaire en 2023 et 2024 (travaux en cours).

Les établissements de petite taille sont structurellement en déséquilibre et fragiles. Il serait opportun de travailler en concertation avec les parties prenantes, sur des scénarios de recomposition de l'offre. Il s'agira de favoriser les démarches de coopération entre établissements : direction commune, rapprochement, fusion, mutualisation des expertises entre établissements...

Plusieurs directions communes ont été réalisées pour des EHPAD autonomes entre 2018 et 2022. Un projet de direction commune est en cours pour 2 EHPAD autonomes.

Par ailleurs, sur les 17 résidences autonomie qui disposaient d'un forfait soin, 5 ont été supprimés antérieurement à 2018, 2 ont été supprimés entre 2018 et 2022, pour créer des places de [SSIAD](#) et d'HP ou d'HT. Il est prévu la suppression de 2 nouveaux forfaits soin en 2023 pour créer des places de SSIAD et d'HT. D'ici 2028, tous les forfaits soin des RA devraient pouvoir permettre la création d'une offre en hébergement, d'AJ ou de SSIAD.

Infirmier de nuit

Deux dispositifs sont actuellement financés en Savoie, mais rencontrent des limites dans leur fonctionnement. Par conséquent, il s'agira de travailler sur l'amélioration des dispositifs existants, et poursuivre la couverture du territoire.

Par ailleurs, des réflexions sont en cours sur les secteurs d'Aix les Bains et Chambéry en lien avec des cabinets libéraux, les [CPTS](#), le SAMU, le SAS, l'URPS, l'ordre des infirmiers, les équipes mobiles, sur les besoins et sur un dispositif, afin de mettre en synergie et coordonner les acteurs existants.

L'objectif est d'activer l'ensemble des leviers existants en évitant la superposition des dispositifs, en améliorant leur organisation et en sécurisant les pratiques,

afin d'assurer une continuité de soins infirmiers sur des soins non programmés (urgences non vitales notamment, levées de doute), de jour comme de nuit.

Plan d'aide à l'investissement – PAI

16 projets de restructuration ou de reconstruction d'EHPAD en cours de réflexion en Savoie entre 2023 et 2027.

Prévention

Les EHPAD rencontrent des difficultés récurrentes pour avoir accès à un cabinet dentaire. Dans les années à venir, il s'agira de soutenir l'amélioration de la prévention et de l'accès aux soins bucco-dentaires des résidents des EHPAD dans le cadre d'un état des lieux à établir en lien avec les différents acteurs de la santé. L'appui des dispositifs de télémédecine sera à favoriser.

12.1.4 Promouvoir les parcours coordonnés

Équipes mobiles gériatriques

Les équipes mobiles établissent, en lien avec les professionnels, le plan de soins et d'accompagnement des résidents afin de contribuer au juste soin, d'éviter les hospitalisations et les passages aux urgences inappropriés, un alourdissement des traitements et leurs effets iatrogènes, et d'aboutir au renforcement des compétences des équipes des EHPAD et à leur soutien.

- Améliorer les modalités d'intervention des ressources sanitaires et des ressources en santé mentale et psychiatriques au sein des EHPAD.
- Soutenir les équipes mobiles et les astreintes téléphoniques pour améliorer la fluidification du parcours de la personne âgée, et la pertinence des soins que ce soit au domicile ou en institution
- EM géronto-psy : équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (à domicile ou en EHPAD)

Améliorer leurs modalités d'intervention, et la couverture du territoire. Une réflexion est en cours en vue de l'extension du périmètre d'intervention sur les territoires d'Aix-les-Bains et Combe de Savoie.

Hospitalisation à domicile – HAD

3 services d'[HAD](#) en Savoie couvrent presque l'intégralité de la Savoie : 60 places. Les interventions en EHPAD ne représentent que 3 % des journées de l'HAD.

Il s'agira de favoriser le recours à l'HAD par les EHPAD et les interventions à domicile, en améliorant l'organisation territoriale et la mobilisation des acteurs notamment dans le cadre des [CPTS](#).

Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation – HTSH

Deux projets sont identifiés en Savoie pour :

- Désengorger les services actifs et les SSR des hôpitaux.
- Permettre une prise en soin post hospitalisation en adéquation avec les besoins de santé.
- Permettre aux personnes âgées d'attendre la mise en place d'un plan d'aide en vue d'un retour à domicile.

Une vigilance est portée sur la capacité de l'EHPAD à prendre en soin la personne en sortie d'hospitalisation et la coordination avec les acteurs locaux pour retour à domicile.

Gestion des urgences, accès soins palliatifs

Concernant les équipes mobiles en soins palliatifs, les objectifs pour les prochaines années porteront sur les objectifs suivants :

- Améliorer les modalités d'intervention des EMSP, et la couverture du territoire, afin de répondre aux besoins en soins.
- Améliorer le lien EHPAD – CH dans le cadre des hospitalisations non programmées, et en sortie d'hospitalisation, afin de fluidifier le parcours de la personne âgée, dans le cadre notamment du Réseau Nord Alpin Urgences (RENAU).

12.3 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP – SAVOIE

12.3.1 Prévention, diagnostic et dépistage précoce

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP

Le département de la Savoie ne dispose pas de [CMPP](#). Les prises en charge et accompagnements sont effectués par d'autres structures.

Le département dispose actuellement de 2 [CAMSP](#) dont un a été renforcé en moyens en 2022.

Au cours du schéma, l'offre a été complétée par les offres suivantes :

Plateforme de coordination et d'orientation – PCO > 0-6 ans et 7-12 ans

La plateforme de coordination et d'orientation a été créée pour les enfants de 0 à 7 ans entrant dans un parcours de soins dans l'attente d'une orientation vers une structure de 2^e ligne :

- Suspicion de TND (troubles du neuro-développement).
- Sans droit ouvert à la MDPH.
- Domiciliés en Savoie.

La plateforme offre un dispositif de diagnostic, d'accompagnement aux soins et d'orientation pour les enfants et leurs parents. La [PCO](#) déclenche alors un « forfait d'intervention précoce (FIP) ».

PERSPECTIVES

une offre de PCO pour les 7-12 ans est programmée pour les prochaines années.

PAICS Autisme > plateforme autisme inter CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP) de Savoie

« Service » accueillant les enfants et/ou leur famille sur des rendez-vous de courte durée ou se situant dans l'observation et la guidance sur les différents lieux de vie de l'enfant.

PERSPECTIVES

améliorer la coordination entre toutes les offres du repérage-diagnostic et intervention précoces.

12.3.2 Offres pour les enfants en situation de handicap

Scolarisation

Externalisation des Unités d'enseignement

Parmi les 13 établissements médico-sociaux du département de la Savoie 6 ont une unité d'enseignement dont au moins un dispositif est externalisé (hors UEMA et UEEA). On comptabilise 10 dispositifs dans le département (hors UEMA et UEEA) : un en maternelle, deux en élémentaire, six en collège, un en lycée professionnel.

PERSPECTIVES

Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 80 % d'ici à 2028. Il s'agira de poursuivre la montée en charge de l'activité des unités externalisées et de diversifier les modalités inclusives, en complément de l'externalisation des unités d'enseignement (ex scolarisation individuelle). Par ailleurs, les établissements sans unité d'enseignement devront faire l'objet d'une attention particulière en lien avec l'Education nationale afin de développer et améliorer l'accès aux apprentissages notamment pour les jeunes en situation de polyhandicap.

Unités d'enseignement maternelles et élémentaires Autisme (UEMA – UEEA) + dispositifs d'autorégulation

En Savoie, on compte deux UEMA (installation de la 2^e UEMA en 2020 – secteur Chambéry) et une UEEA (installation en 2021).

Ces dispositifs ont vocation à se développer, en particulier sur l'élémentaire. Une prochaine UEEA sera créée en Savoie d'ici la rentrée 2024.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

Le taux d'équipement en SESSAD de la Savoie se situe au niveau du taux national (3.41/3.42) mais reste inférieur au taux régional (3.41/3.58) malgré la recomposition de l'offre effectuée au cours du schéma en faveur des SESSAD.

Le nombre de places créées par recomposition depuis 2018 s'élève à 6 places SESSAD « TC » en 2020, 23 places SESSAD DI en 2021, soit 29 places au total.

Le nombre de places créées « ex nihilo » depuis 2018 s'élève à 5 places en 2020, 17 places de SESSAD (ouverture 2021) soit 22 places au total.

Enfin, le fonctionnement en file active a permis de proposer un accompagnement à un plus grand nombre d'enfants.

PERSPECTIVES

La recomposition de l'offre en faveur des services doit se poursuivre en fonction des besoins identifiés grâce aux outils tels que Via trajectoire. A ce jour, les besoins identifiés se portent principalement sur :

- le public « TSA » et un apport en guidance parentale ;
- le public porteur de « troubles du comportement », principalement sur le secteur Chambéry ;
- le public porteur de « troubles DYS » sur l'ensemble du territoire y compris les vallées.

Aussi, les Vallées de la Tarentaise et de la Maurienne ainsi que l'Avant pays savoyard restent des territoires peu couverts.

Sur les zones rurales, il conviendra de rechercher à transformer l'agrément des SESSAD existant afin de permettre une polyvalence en ouvrant à « tout type de handicap » et de mieux répondre aux besoins hétérogènes des enfants en situation de handicap.

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP et fonctionnement en DITEP (Dispositif)

L'ensemble des ITEP de Savoie ont été transformés en DITEP. Les places d'internat ont diminué au profit de l'accueil de jour et du milieu ouvert, au regard des besoins et demandes des personnes identifiées (diminution de l'occupation de l'internat). A ce jour, la Savoie compte 60 places d'internat, 42 places d'accueil de jour et 26 places en milieu ouvert. Le taux d'équipement « ITEP » reste inférieur à la moyenne régionale (1.27 c/1.53) et ne répond pas pleinement aux besoins du territoire.

PERSPECTIVES

Il conviendra de poursuivre le plan d'actions partenarial départemental pour conforter les DITEP et adapter l'offre et les modalités d'accompagnement aux besoins non couverts.

Instituts médico-éducatifs – IME et fonctionnement en dispositif

Le taux d'équipement IME reste supérieur à la moyenne régionale (5.57 c/4.74).

L'offre de places d'internat a diminué au profit des places en milieu ouvert afin de mieux répondre aux besoins et à la demande (+ 36 places de SESSAD ; +22 places de SI ; -32 places d'internat).

Les places se libèrent peu avec un nombre important de jeunes en amendement Creton. Au 31/12/2022, 54 jeunes étaient en amendement Creton en Savoie (Données ViaTrajectoire PH). Par ailleurs, avec l'allongement de la vie, les places en [FAM/MAS](#) ou en EANM se libèrent très peu.

Afin de mieux répondre aux besoins et aux demandes de souplesse dans une logique de parcours, il convient de poursuivre la transformation de l'offre en dispositif, y compris pour les IME. Plusieurs IME sont déjà passés en DIME (3) et d'autres demandes émergent. Des besoins ont été identifiés sur :

- les jeunes 16-25 ans, afin de mieux travailler sur les projets professionnels et d'anticiper le passage au secteur adulte ;
- le répit le week-end.

Equipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation – EMAS

En 2020, deux EMAS ont ouvert : une à Albertville (Territoire : Vallées Tarentaise et Maurienne, Combe de Savoie) et une autre sur Aix les Bains (Territoire : Aix les Bains, Chambéry et l'Avant Pays savoyard). Leur but est de renforcer la scolarisation des élèves en situation de handicap en apportant l'expertise et les ressources existantes des ESMS au sein des établissements scolaires afin de sécuriser le parcours des élèves et constituer un soutien mobilisable pour les professionnels.

PERSPECTIVES

Il conviendra d'analyser leur réponse aux besoins, leur articulation avec les autres offres ressources (y compris celles de l'Education nationale), et de faire évoluer si nécessaire la couverture territoriale pour optimiser au mieux cette offre récente.

Pôles de compétences et de prestations externalisées – PCPE

Les PCPE se sont développés et répondent aux besoins de coordination et de réponse aux situations sans solutions et/ou complexes. Certains ont été renforcés en 2021 et 2023 afin de mieux répondre aux situations complexes.

Il conviendra d'élaborer une évaluation des quatre PCPE en vue d'uniformiser les pratiques et leur fonctionnement. Les PCPE devront aussi s'articuler

avec les autres dispositifs de coordination dont la Communauté 360° et la [RAPT](#).

Troubles sensoriels

La Savoie accueille un Institut National des Jeunes Sourds, dont l'actualisation du projet d'établissement est en cours. L'INJS s'inscrit dans les orientations du PRS, notamment pour ce qui concerne la recomposition de l'offre, par redéploiement de moyens des établissements vers les services.

Si l'INJS se positionne comme une structure à haute technicité, l'inscription dans le partenariat local, le maillage territorial (73 comme 74) et la réponse aux besoins (des personnes en situation de handicap, de leurs familles) identifiés sont indispensables.

La modularité dans les réponses possibles et le déploiement du fonctionnement en dispositif intégré sont attendus, de même que l'intensification du travail sur des logiques de file active.

Aide sociale à l'enfance (ASE) handicap

L'offre continue de se développer avec la création en 2023 d'un dispositif d'hébergement expérimental et d'accompagnement de 15 places, pour des jeunes de 12 à 21 ans, au sein de petites unités de vie, dans une approche de coopération et de complémentarités ASE/Handicap.

12.3.3 Offres pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

La problématique de l'insertion professionnelle pour certains jeunes en particulier entre 16 et 25 ans reste prégnante.

PERSPECTIVES

améliorer les réponses à cet enjeu en lien avec les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, notamment par un renfort de l'implication des opérateurs de l'enfance (not. IME, ITEP, SESSAD) dans le projet professionnel des jeunes et par une meilleure articulation avec les opérateurs du secteur adulte et les dispositifs de droit commun.

Emploi Accompagné

La plateforme départementale de l'Emploi accompagné en Savoie est reconnue depuis 2023, après un fonctionnement interdépartemental. Les enjeux de la plateforme sont les suivants : la couverture territoriale, l'ouverture à tout type de handicap, garantir l'efficacité des synergies partenariales, la mobilisation des

employeurs, garantir un bon niveau de réponse aux besoins.

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

Un ESAT fonctionne comme ESAT de transition et un autre bénéficie d'un atelier de transition. Hormis un ESAT, il n'y a pas de places dédiées « handicap psychique » dans les autres ESAT, mais leur accueil est effectif. En effet, on constate de plus en plus d'orientations de profils de personnes présentant un handicap psychique vers les ESAT. Il faudra poursuivre la formation des ESAT à l'accueil de ces publics et envisager des adaptations de projets d'établissement ou la requalification de places, pour répondre au plus près des besoins. Sur les ESAT, les tensions les plus fortes sont sur le Bassin chambérien et Albertville.

PERSPECTIVES

Il conviendra d'optimiser l'activité des ESAT et de développer les actions en faveur du parcours inclusif (emploi et formation) des travailleurs en situation de handicap, renforcer les droits des travailleurs et leur accès à la formation, développer les temps partiels et les modalités d'accompagnement du vieillissement et de la fatigabilité, dans le cadre du plan de transformation des ESAT.

Etablissement et service de réadaptation professionnelle – ESRP

Une antenne en Savoie d'un [ESRP](#) d'un autre département propose un service préparatoire à l'emploi. Deux dispositifs d'évaluation portés par deux ESAT permettent de conforter des orientations ESAT.

Un des enjeux réside en la nécessité de disposer pour ces dispositifs de places d'hébergement car les stagiaires viennent de tout le département.

Soutien à l'autonomie

Accès au logement

Deux projets d'habitats inclusif ont été déployés et poursuivis par le département. A échéance des conventions pluriannuelles de forfait habitat inclusif, la continuité a été assurée par le Département à travers l'Aide à la vie partagée (AVP). Une programmation a été arrêtée, prévoyant le déploiement des projets d'habitat inclusif en Savoie.

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH

Le département présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale, toutefois des besoins restent non couverts, notamment pour les personnes porteuses de TSA (délai d'attente de 9 à 12 mois).

Onze nouvelles places de SAMSAH ont ouvert en janvier 2022 sur les vallées Maurienne et Tarentaise.

Il conviendra en particulier d'envisager la couverture en SAMSAH toutes déficiences d'un territoire reste non couvert en Savoie : l'Avant pays savoyard.

Offres médicalisées avec hébergement

Actions pour la réduction du nombre de jeunes en aménagement Creton

Un plan d'actions partenarial, en lien avec le Département, à la suite d'étude menée par le CREAI, sera établi afin de proposer des pistes en vue d'améliorer la fluidité des parcours et de diminuer le nombre de jeunes en aménagements Creton.

Une réflexion est amorcée avec le Département afin de contribuer à la libération de places d'IME, via le RDAS, ainsi qu'avec la MDPH dans le cadre des renouvellements des aménagements Creton suite à des refus de places en structures adultes.

Maison d'accueil spécialisée – MAS Etablissement d'accueil médicalisé – EAM

Le bilan des aménagements Creton (cf supra) témoigne notamment du besoin de places d'EAM et de [MAS](#) afin de libérer des places d'IME. A ce titre, 6 places [FAM](#) PHV et une place d'AJ sont prévues pour une ouverture en 2024.

PERSPECTIVES

L'accueil des adultes en situation complexe est à renforcer, notamment par renfort de certaines MAS et par la création d'une unité de vie pour adultes TSA en situation très complexe, à couverture interdépartementale.

12.3.4 Aide à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants / répit

Aide à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir

L'auto-détermination et l'aide au pouvoir d'agir seront à développer, en lien avec la Communauté 360.

Pair-aidance

Le territoire compte actuellement cinq GEM. Dans le cadre du PTSM, un besoin de GEM « handicap psychique » dans les vallées est inscrit. Une expérimentation est en cours. Par ailleurs, on note une demande récurrente de création de GEM « cérébro-lésés ».

PCPE Adulte

Un PCPE « handicap psychique » sur le secteur d'Albertville a été créé et partiellement pérennisé.

Il conviendrait de conforter son fonctionnement et de l'étendre aux secteurs Chambéry-Aix les Bains.

On peut noter un besoin de créer un PCPE généraliste adulte afin de coordonner des situations complexes en attente de places et de proposer des solutions palliatives.

Aide aux aidants / Répit

Sur le champ de l'autisme, une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants a été créée en 2017 puis étendue à tout type de handicap et renforcée en 2021. En 2020, afin de répondre aux besoins de répit des familles, un IME a ouvert le week end (5 places).

PERSPECTIVES

Poursuivre la diversification des réponses apportées aux besoins de répit, par transformation d'offre et/ou par moyens nouveaux.

12.3.5 Territoires de parcours et coopération au service de la RAPT

S'agissant de la gestion des situations complexes :

- Le référent PAG est bien identifié par les acteurs du territoire ;
- Certaines situations sont gérées directement par les opérateurs, sans passage en GOS.

La Communauté 360 a été mise en place en 2021. Elle est co-portée par deux gestionnaires en Savoie organisés en GCSMS. Son organisation a été étayée par l'arrivée d'un pilote en 2023 qui vient encadrer les conseillers en parcours et développer le « niveau 3 » de la Communauté.

PERSPECTIVES

L'enjeu des prochaines années sera l'articulation avec la [RAPT](#) et la MDPH et une articulation avec l'ensemble des acteurs du territoire (droit commun et offres spécialisées, PCPE, ESMS...), et d'accompagner les opérateurs pour développer des modalités d'accueil pour les situations complexes.

Il conviendra également, en lien avec la MDPH, de prévenir les ruptures de parcours par validation et décision systématique de la CDA PH pour les fins de prise en charge en ESMS.

12.3.6 Prévention et accès aux soins

Un dispositif a été créé aux CHMS : deux infirmiers sont identifiées pour faciliter et accompagner les personnes en situation de handicap dans leurs soins.

Le centre hospitalier métropole Savoie dispose d'une unité d'accueil et de soins pour personnes sourdes (UASS).

Handiconsult au CHANGE est ouvert et accessible également pour les savoyards.

PERSPECTIVES

Développer les liens avec les dispositifs d'exercice coordonnés ([CPTS](#)) et de coordination ([DAC](#)).

A la lecture de pré projets et projets de santé des CPTS, apparaît un enjeu fort d'interconnaissance avec les ESMS du champ PH, pour sécuriser les parcours d'accès et de maintien des soins.

Les ESMS PH sont bien connus du dispositif d'appui à la coordination et réciproquement, le DAC est bien connu également. L'articulation est à trouver avec la communauté 360 et la [RAPT](#) dans le suivi des situations complexes.

13. [74] - DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-SAVOIE

13.1 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES ÂGÉES – HAUTE-SAVOIE

La population en 2021 de la Haute-Savoie est de 838 480 habitants. Le département a une croissance de 6 à 7 000 nouveaux habitants chaque année. En 2018, la répartition de la population âgée s'établissait ainsi à 180 :851 personnes de 60 ans et plus soit 22,1 % de la population totale et 62 141 personnes de 75 ans et plus soit 7.6 % pour une population totale de 816 699 habitants (INSEE 2018), contre 9,37 % pour la région Auvergne-Rhône-Alpes et 9.50 % pour la France Métropolitaine (part des PA de + de 75 ans).

On observe une tendance au vieillissement du département avec une augmentation de 30.58 % des personnes âgées de 75 ans et + de 2008 à 2018 (47 587 à 62 141 personnes âgées). Par ailleurs, les analyses prospectives confirment, à horizon 2030, une augmentation et un vieillissement de la population.

Le département se définit aussi par des caractéristiques géographiques particulières : zones montagneuses et rurales avec des difficultés de déplacement. Le département est aussi marqué par une activité touristique importante et une notion de saisonnalité qui impacte le système de santé.

Au niveau économique, la question de la cherté de la vie et la difficulté d'accéder à la propriété sont des freins au quotidien tout comme l'accès à la location avec un coût du foncier élevé et l'absence sur certains territoires de biens disponibles à la vente ou à la location.

Le département est en situation de plein emploi avec un très faible taux de chômage. Par conséquent, les difficultés de recrutement sont prégnantes pour tous les acteurs dont le secteur médico-social. D'autant plus qu'il est observé un phénomène d'aspiration vers la Suisse pour les plus bas niveaux de qualification avec un SMIC proche des 4 400 € mensuel.

Tel qu'indiqué auparavant, le foncier est aussi une limite au développement de l'offre. Le parc immobilier est majoritairement vieillissant voire vétuste avec des mises aux normes et travaux de rénovation nécessaires.

Sur le précédent schéma régional de santé, le département de la Haute-Savoie était identifié comme priori-

taire au regard du taux d'équipement. Il convient de souligner un élément spécifique pour le secteur gérontologique Haut Savoyard : les lits gelés et leurs incidences.

Ils sont au nombre de 659 en octobre 2022, contre 622 en mai 2022, soit 12 % des capacités autorisées. Du fait de cette situation et d'un taux d'équipement faible sur le département, les tensions sur le domicile sont majeures. L'occupation de l'entièreté des lits d'EHPAD autorisés et installés constitue l'enjeu majeur sur les prochaines années. Des perspectives d'évolution sont à tracer pour mobiliser les acteurs.

Les taux d'occupation des services varient également entre 50 et 80 % avec une variabilité importante selon les territoires. Ils sont également impactés par le manque de ressources humaines pour les raisons évoquées ci-dessus.

Tous les indicateurs démontrent le besoin d'offre à développer pour récupérer le retard pris en terme d'équipements et se projeter en perspective d'un vieillissement de la population qui engendrera des besoins d'accompagnement supplémentaire dans une volonté affichée de décorrélérer la situation actuelle et les besoins projetés pour les 10 à 20 ans à venir.

Ainsi, au titre du SRS 2023-2028, le département de la Haute Savoie sur le champ des personnes âgées reste un territoire identifié comme prioritaire au regard des données reprises ci-avant.

Les enjeux pour le territoire se structurent en 4 orientations :

- permettre de déployer l'ensemble de l'offre aujourd'hui autorisée mais non installée au regard des tensions sur les ressources humaines,
- mieux satisfaire les besoins en organisant une réponse à domicile et en établissement complémentaire pour répondre aux enjeux du territoire dans une visée transversale de notre système de santé, en poursuivant le rééquilibrage en terme de taux d'équipements notamment sur l'offre en EHPAD et en [SSIAD](#) en vue de la création des services autonomie,

- renforcer la structuration des filières gériatriques de territoire pour garantir la continuité de parcours de nos aînés les plus fragiles,
- veiller à la pleine articulation entre les dispositifs de ville, d'offre de soins dans ce souci de parfaite visibilité des complémentarités : Hospitalisation à domicile, Dispositif d'Appui à la Coordination, Filières gériatriques, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé...

13.1.1 Répondre aux besoins spécifiques

Pôles d'activités et de soins adaptés – PASA Equipes spécialisées Alzheimer – ESA

Lors du précédent SRS, 4 PASA ont été créés pour un total de 56 places :

- 2 PASA de 14 places en 2018 sur la commune de Chamonix et de Reignier,
- 1 PASA de 14 places en 2019 sur la commune de Gruffy,
- 1 PASA de 14 places en 2022 sur la commune de Marnaz.

Toutes les filières sont ainsi couvertes.

Le département compte 20 PASA pour 273 places autorisées, ce qui porte le taux d'équipement global en Haute Savoie à 4 PASA pour 1000 places autorisées.

Il s'agira de poursuivre le développement de l'offre PASA sur le territoire pour les EHPAD dont la capacité est supérieure à 80 lits et qui n'ont pas de PASA, puis porter la réflexion les établissements qui en disposent déjà. A ce titre, l'objectif est de consolider prioritairement la filière Mont Blanc pour atteindre le taux d'équipement régional à 3 PASA/1000 places autorisées.

Pendant la période 2018- 2022, le développement des ESA s'est poursuivi avec l'ouverture d'une ESA de 10 places rattachée au SSIAD du Faucigny à Scionzier, en 2018.

De surcroît, l'ESA du SSIAD ADMR Chablais à Bernex a été renforcée avec une extension capacitaire de 5 places.

Le territoire compte ainsi 5 ESA pour un nombre de 64 places autorisées. Une zone reste non couverte : filière Alpes Léman.

Il s'agira sur les prochaines années de poursuivre le développement des équipes spécialisées Alzheimer.

Unités de vie protégée – UVP / Unités pour personnes handicapées vieillissantes – PHV

Après évaluation exhaustive de l'offre existante, la poursuite du déploiement d'unités spécialisées en EHPAD pourra être envisagée.

Il s'agira sur la période du présent schéma de porter une réflexion sur le développement d'une offre en direction des personnes handicapées vieillissantes

Unités d'hébergement renforcé – UHR

Au titre du SRS précédent, une UHR de 12 places a été ouverte à l'EHPAD Le Praz de l'ARVE à Sallanches La Haute-Savoie compte désormais 2 UHR pour 26 places. 2 zones blanches sont identifiées sur les filières d'Annecy-Rumilly-Saint Julien en Genevois et celle du Chablais. Une évaluation des UHR sera lancée au niveau régional au titre du nouveau SRS.

Unités spécialisées

Au regard des besoins exprimés, il est envisagé de soutenir des projets de service pour l'accueil de jour spécifique aux personnes atteintes de maladie de Parkinson, notamment la réalisation d'un accueil de jour Parkinson.

Accueils de jour / Hébergements temporaires / Répit

Concernant l'accueil de jour, sur la période 2018 – 2022, plusieurs projets ont été mis en œuvre :

- 4 places d'accueil de nuit en 2021, après une phase d'expérimentation, FG CHANGE.
- 6 places par transformation de l'offre (HP/AJ) –FG Alpes Léman- mise en service janvier 2023.

L'offre existante se caractérise également par l'existence de 2 AJ autonomes (pour 24 places), ainsi que des accueils de jour itinérants. Une étude sur le fonctionnement des AJ existants est programmée au cours du 2nd semestre 2023. Une concertation avec le Département sera proposée en amont de cette étude.

S'agissant de l'hébergement temporaire, sur la période 2018 2022, 24 places d'hébergement temporaire ont été créées. En 2022, une revalorisation des places d'HT a permis de revaloriser les places existantes au coût moyen régional de 11 900 € par place.

Le département de Haute-Savoie figure parmi les départements les mieux dotés en HT de la région soit 152 places représentant un taux d'équipement de 152 places autorisées pour 1 000 personnes de + 75 (taux régional : 1,8).

Il est à noter que 6 places d'hébergement temporaire dédiées à la crise sont installées en Haute-Savoie :

- 4 places sur la FG Annecy-Rumilly-St Julien en Genevois,
- 2 places sur celle du Chablais.

Enfin, la Haute-Savoie dispose de 3 plateformes de répit ([PFR](#)). Pour la période 2023-2028, il est prévu d'effectuer une étude sur l'activité des PFR. L'enjeu porte sur la couverture de l'ensemble du territoire. Enfin il s'agira de coordonner les activités des PFR en lien avec les AJ, les acteurs du domicile et les filières gérontologiques.

13.1.2 Soutien à domicile

Il n'y a pas eu de création de places de [SSIAD](#) supplémentaires sur la période du SRS 2018 à 2023.

Le taux d'équipement en places de SSIAD se situe à 15,7 places autorisées pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, bien en deca du taux régional (19,5) soit 17 SSIAD pour 975 places.

Il est à noter que 2 [SPASAD](#) existent en Haute Savoie.

Soutien de psychologue en SSIAD

Dans le cadre d'une expérimentation un premier appel à candidatures en 2020 a permis de mettre en place un mi-temps de psychologue. Un second appel à candidatures en cours viendra conforter cette offre avec un second poste.

Centre de ressources territorial – CRT

Le centre de ressources territorial récemment attribué pour une structure de la Haute-Savoie devra être accompagné dans sa montée en charge. La poursuite de la dynamique de déploiement des CRT sur la région devrait permettre, en fonction des orientations et moyens alloués, d'étudier l'opportunité de créer un second CRT sur le territoire.

Réforme tarifaire des [SSIAD](#) et [SPASAD](#) / Mise en œuvre des services autonomie à domicile ([SAD](#))

Une étude sur le fonctionnement des SSIAD du département est prévue en vue de la réforme :

- du financement des SSIAD qui entrera en vigueur progressivement à compter du 1^{er} janvier 2023,
- des structures elles-mêmes avec la construction des services autonomies à domicile à déployer sur une période de deux ans de mi-2023 à mi-2025 en relation étroite avec le Département.

13.1.3 Reconfigurer et conforter les ressources gérontologiques du territoire

Le département de Haute-Savoie est identifié comme prioritaire eu égard à son taux d'équipement et la projection du vieillissement de la population. Sur la période 2018-2022, le département de la Haute-Savoie a vu se créer 62 places HP supplémentaires. Le territoire présente une offre de 66 EHPAD et 5185 places, soit un taux d'équipement de 83,4 pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, nettement inférieur à la moyenne régionale (100,4).

De nombreux financements places sont « gelés » en raison de l'impossibilité d'ouvrir les places correspondantes (travaux, difficultés de recrutement). Les crédits sont ainsi mis en réserve temporaire jusqu'à réouverture des lits.

4 997 lits sont actuellement installés en Haute-Savoie soit 96 % de la capacité autorisée.

Recomposition de l'offre

Plusieurs cessions d'autorisation sont intervenues sur le territoire ainsi que des conventions de direction commune :

- Cession autorisation de l'EHPAD de la Provenche à St Jorioz au profit de l'EHPAD « la maison de retraite de Faverges » à Faverges.
- Convention de direction commune entre l'EPISM du Bas Chablais et les Hôpitaux du Léman - février 2019. Extension de la direction commune avec les EHPAD du Haut-Chablais en Mars 2023.
- Cession autorisation de gestion des 4 EHPAD de l'EPI2A au profit du CIAS du Grand Annecy – Juin 2019.
- Convention de direction commune entre l'Hôpital départemental de Reignier-CHAL-fin 2020/début 2021.
- Convention de direction commune entre l'EHPAD de Cluses et les HPMB-Juillet 2021.
- Constitution du GCSMS Parcours S en 2018 avec transfert d'autorisation de 3 SSIAD : ASDAA Ambilly, ACOMESPA St Julien en Genevois, le Giffre Viuz en Sallaz.

Au titre du présent schéma, il s'agira de :

- Définir une stratégie départementale de recomposition de l'offre qui nécessitera une phase de travail avec le Département.
- Recomposer l'offre existante : transférer les capacités d'HP sous occupées au profit d'EHPAD

engagés dans une démarche de modernisation (question sur le devenir des lits inoccupés).

- Soutenir les établissements de faible capacité sur les territoires infra départementaux.
- Poursuivre et analyser la mise en place de nouvelles directions communes d'établissements
- Réhabiliter et humaniser les établissements.

Prévention

Sur la période du présent schéma, le développement des dispositifs de prévention en faveur des personnes âgées sera poursuivi, au premier titre sur les chutes mais aussi sur la dénutrition, la prévention des troubles comportementaux et en lien avec les acteurs du territoire.

13.1.4 Promouvoir les parcours coordonnés

Equipes mobiles gériatriques, Hospitalisation à domicile – HAD, Dispositifs d'appui à la coordination – DAC

Durant le précédent schéma, des dispositifs se sont déployés sur le territoire afin d'organiser, de structurer ou de renforcer les parcours de soins complexes. Ils sont amenés à se poursuivre au titre du présent schéma.

Le premier enjeu relève de l'articulation entre les acteurs de l'offre de soins de ville, hospitalier et du médico-social. Dans le cadre de la continuité des parcours de soins, plusieurs leviers sont à mobiliser pour les années à venir :

- Favoriser le recours au dispositif de l'[HAD](#) pour des interventions dans les EHPAD, afin de venir en appui des équipes soignantes, ou pour des interventions à domicile. Il s'agira également

d'identifier les leviers pour améliorer son attractivité.

- Evaluer le fonctionnement de l'appui des filières gériatriques dans la gestion de l'hospitalisation des personnes âgées, qu'elles vivent à domicile ou en établissement, et le retour dans leur lieu de vie.
- Soutenir, par filière gériatrique, l'intervention des équipes mobiles gériatriques extra hospitalières et les astreintes téléphoniques pour améliorer le parcours de la personne âgée et la pertinence des soins, que ce soit au domicile ou en EHPAD.
- Promouvoir l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les EHPAD.
- Positionner le dispositif d'appui à la coordination ([DAC](#)) comme acteur central des parcours de soins complexes dans le département.
- Accompagner le déploiement des services à l'autonomie dans le paysage organisationnel de notre système de santé pour les acteurs, sur les missions qui leur sont dévolues.

Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

Ce dispositif vise à anticiper et préparer les sorties d'hospitalisation afin d'éviter les ré hospitalisations et diminuer le risque de perte d'autonomie et ainsi fluidifier l'aval. Il offre également un répit thérapeutique et préventif pour la personne ou ses aidants.

L'enjeu porte sur l'organisation de l'Hébergement temporaire de crise (soutien au domicile), alternative à l'hospitalisation de la PA à domicile dont l'aidant ou l'environnement est brutalement défaillant.

Filières gérontologiques

Un audit régional des filières gérontologiques est en cours: il vise à réaliser un état des lieux du fonctionnement et de l'impact des Filières sur les départements de l'ex région Rhône-Alpes.

13.3 ÉTAT ET PERSPECTIVES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP – HAUTE-SAVOIE

13.3.1 Prévention, diagnostic et dépistage précoce

Centre médico-psycho-pédagogique – CMPP

Le cahier des charges régional [CMPP](#) a été partiellement appliqué.

PERSPECTIVES

conforter la mise en œuvre du cahier des charges dans toutes ses dimensions et mettre en œuvre les RBPP. Assurer un maillage territorial pour une meilleure réponse aux besoins et une bonne articulation avec les dispositifs et acteurs du territoire, notamment la PMI.

Centre d'action médico-sociale précoce – CAMSP

[PCO](#) 73/74 installée (0/6 ans), [PCO](#) 7/12 ans est programmée. Renfort effectif en 2022 des moyens financiers du [CAMSP](#) pour l'appuyer dans sa démarche qualité.

PERSPECTIVES

Développer l'activité (renfort accordé fin 2022) pour assurer une meilleure prise en compte des besoins et réduire les délais d'attente. Assurer un maillage territorial et une bonne articulation avec les acteurs et dispositifs du territoire.

Plateforme de coordination et d'orientation – PCO

[PCO](#) 73/74 installée (0/6 ans), avec un pilotage bi-départemental. La PCO est aujourd'hui bien identifiée sur le territoire.

PERSPECTIVES

Poursuivre la structuration de la PCO 0-6 ans sur le département et le maillage avec les acteurs du territoire (interconnaissance et relais). Et développer une PCO 7/12 ans.

PERSPECTIVES COMMUNES

Assurer le partenariat et la coordination territoriale, articulation des offres ; programmer une gouvernance ou des instances communes à cette fin.

Equipe mobile autisme

Une équipe mobile autisme adulte sur le département, portée par la [MAS](#) autisme. Les missions de l'équipe

mobile : sensibilisation, soutien aux aidants, prévention des ruptures de parcours, évaluation de la situation et diagnostic TSA.

PERSPECTIVES

renforcer l'offre ambulatoire en lien avec les différents dispositifs du département et structurer l'offre de niveau 1 et 2.

13.3.2 Offres pour les enfants en situation de handicap

Scolarisation

Externalisation des Unités d'enseignement

16 IME, disposant tous d'Unité d'enseignements internalisées (32 UEI), 10 IME proposent également une ou plusieurs unités d'enseignement externalisées (25.5), soit un taux d'UEE de 79,6 % (objectif de 80 %).

PERSPECTIVES

- Assurer le maillage territorial, développer les UEE et les parcours inclusifs toutes modalités.
- Développer le partenariat entre EN, ARS et ESMS et mettre en œuvre un pilotage de proximité. Poursuivre l'animation du Comité Départemental de suivi de l'Ecole inclusive (CDSEI).

Unités d'enseignement maternelles et élémentaires autisme (UEMA et UEEA) + Dispositifs d'auto-régulation

2 UEMA installées de 7 places chacune. 1 UEEA : 2020 - 10 places. Total : 31 places

PERSPECTIVES

Accompagner l'activité des UEM, mettre en lien avec le bilan réalisé par le CREAL, notamment sur les sorties et le taux de sortie en école ordinaire. Renforcer le partenariat avec l'Education Nationale.

Installer des Dispositifs d'auto régulation (DAR) et renforcer l'offre UEMA.

1 DAR sur le département et 1 UEMA supplémentaire programmées sur 2023.

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD

99 places SESSAD créées par MN ou redéploiement.

PERSPECTIVES

- Poursuivre le développement des places et d'une offre spécialisée (troubles DYS notamment).
- Développer les modes de fonctionnement en dispositif.
- Accompagner et suivre la mise en place des dispositifs.
- Assurer une bonne coordination des dispositifs avec les autres dispositifs mobiles (EMAS, PCPE...)

Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP et fonctionnement en DITEP (Dispositif)

Les 3 ITEP du département sont entrés dans le fonctionnement en dispositif.

PERSPECTIVES

- Poursuivre le déploiement des DITEP et accompagner un fonctionnement plus souple et décloisonné.
- Suivre la mise en place de la feuille de route départementale.

Instituts médico-éducatifs – IME et fonctionnement en dispositif

Pas de cadre juridique pour le DIME mais plusieurs IME fonctionnent en DIME.

PERSPECTIVES

Développer le fonctionnement DIME et modalités séquentielles, accompagner le passage en DIME selon déclinaison du cadre juridique à venir.

Autres établissements spécialisés pour enfants

Le département dispose d'une offre diversifiée (handicap moteur, polyhandicap, déficience sensorielle).

PERSPECTIVES

Développer leur fonction ressource et poursuivre la dynamique inclusive et créer une ou des unités d'enseignement externalisées pour enfants en situation de polyhandicap.

Equipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation – EMAS

2 EMAS créées sur le département, depuis la rentrée scolaire 2019. Celles-ci couvrent tout le territoire haut-savoyard.

PERSPECTIVES

Poursuivre le développement des EMAS notamment dans le secteur du Genevois où la demande est très forte.

Pôles de compétences et de prestations externalisées – PCPE

1 PCPE adulte créé en janvier 2022, portant l'offre à :

- 4 PCPE pour le secteur enfant,
- 1 PCPE pour le secteur adulte.

PERSPECTIVES

Accompagner le déploiement des PCPE et leur bonne articulation avec les autres dispositifs pour assurer un maillage territorial.

Aide sociale à l'enfance (ASE) handicap

Une équipe mobile mixte ASE/handicap sur le département ayant vocation à accompagner les jeunes relevant de l'ASE et en situation de handicap, soit pour des bilans, soit pour de la prise en charge sur les différents lieux de vie.

Le Contrat Départemental de protection de l'Enfance prévoit de développer une offre de répit et des modalités d'accompagnement renforcées.

PERSPECTIVES

- Evaluer et structurer l'équipe mobile au regard de l'évolution de l'offre et des besoins du territoire.
- Renforcer les moyens dédiés à l'accompagnement des jeunes en situation de handicap et relevant de la protection de l'enfance via les actions du Contrat Départemental de protection de l'enfance 2022/2024, qui prévoit de développer une offre de répit et des modalités d'accompagnement renforcées.

13.3.3 Offres pour les adultes en situation de handicap

Insertion professionnelle

Projets du secteur enfance

- Développement de modalités spécifiques d'accompagnement pour les jeunes adultes.
- SESSAD 16/25 sur le département.
- Organisation des IME / ITEP avec des unités pour adolescents, ex : travail sur l'autonomie (possibilité d'hébergement en studio) et sur le projet professionnel (stages en ESAT notamment)

Emploi Accompagné

Mise en fonctionnement de la plateforme départementale de l'emploi accompagné.

PERSPECTIVES

- Accompagner la mise en œuvre de la plateforme sur le département (connaissance, montée en charge, inscription territoriale).
- Mettre en place le Comité de suivi Départemental de l'emploi accompagné (ARS, DDETS, AGEFIPH, FIPH, SPE, MDPH).

Établissement et service d'aide par le travail – ESAT

Taux d'équipement départemental inférieur aux taux moyens n'ayant pas permis d'engager une transformation de places en ESAT de transition.

PERSPECTIVES

- Mettre en œuvre le plan de transformation des ESAT :
 - Renforcer les droits et le pouvoir d'agir des travailleurs en ESAT.
 - Favoriser une dynamique de parcours pour les travailleurs, à l'intérieur de l'ESAT, mais aussi de l'ESAT vers le milieu ordinaire pour ceux dont c'est le projet.
 - Accompagner le développement de l'activité de ESAT pour favoriser la montée en compétence et l'employabilité des travailleurs : soutien à l'investissement via le Fonds d'aide à la transformation des ESAT (FATESAT), lancé mi 2022.
- Sur le département : accompagner la coordination entre les différents acteurs et dispositifs d'emploi (DEA, [ESRP](#)/ESPO...).

Etablissement et service de réadaptation professionnelle – ESRP

Les [ESRP](#) sont en cours d'évolution de l'offre, ouverture effective aux jeunes de 16 à 25 ans et travail sur la logique de parcours : pré-orientation, adaptation des formations aux besoins des bassins d'emploi, suivi et accompagnement dans l'emploi pour sécuriser les parcours.

PERSPECTIVES

Accompagner la mise en place de la réforme ESRP et travailler avec la MDPH, le SPE, la DDETS, en vue d'une coordination territoriale.

Soutien à l'autonomie

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH

- 1 SAMSAH A3A (autisme) : 20 places
- 1 dispositif horizon (autisme) pour les adultes de 16 ans en vue de travailler l'autonomie et un projet d'insertion socio-professionnelle : 20 places
- 1 SAMSAH rétablissement ayant un objectif sur l'accès au logement (troubles psychiques) : 26 places.

Offres médicalisées avec hébergement

Maison d'accueil spécialisée – MAS

Etablissement d'accueil médicalisé – EAM

Création de places [MAS](#) :

- Création de 10 places pour adultes autistes à Sallanches + une équipe mobile autisme.
- Création de 5 places pour déficience intellectuelle à Thorens Glière.
- Création de places EAM :
 - 19 places de EAM pour adultes autistes.
 - 2 EAM :
 - EAM SEP en 2023 : EAM de 50 places + un centre ressources et un dispositif répit.
 - EAM Handicap psychique en 2024 : EAM de 50 places à Pers Jussy. Un dispositif mobile de 5 places est installé depuis 2021. L'EAM sera livré en 2024.

PERSPECTIVES

- Accompagner l'ouverture des places en lien avec la problématique d'attractivité sur ces structures.
- Accompagner l'évolution de l'offre pour développer des solutions de répit.

Actions spécifiques pour les Personnes handicapées vieillissantes - PHV

2 EAM identifiés PHV sur le département : 102 places

Inclusion d'actions spécifiques dans les CPOM en direction de ces publics.

PERSPECTIVES

Projet de création de places PHV sur la Vallée de l'Arve.

Mener la réflexion sur les besoins spécifiques sur la prise en charge et faciliter les collaborations et partenariats sur le champ de la prise en soins et de la gérontologie.

13.3.4 Aide à l'auto-détermination, au pouvoir d'agir et aide aux aidants / répit

Pair-aidance

Les 2 Clubs de Soutien Mutuel ont été requalifiés en GEM. 1 GEM autiste a été créé en 2020, portant l'offre à 7 GEM (3 pour le handicap psychique, 1 pour les traumatismes crâniens / cérébro-lésions acquises, 1 pour l'autisme, 2 toutes déficiences).

PERSPECTIVES

- Développement de la pair-aidance dans les CPOM des ESMS.
- poursuivre le développement des actions en faveur de l'autodétermination.

Aide aux aidants – Répit

1 plateforme d'accompagnement et de répit adultes. Plusieurs actions de recomposition de l'offre ont permis de renforcer les modalités de répit (AJ/HT).

PERSPECTIVES

- Poursuite de la recomposition de l'offre afin de développer les solutions diversifiées.
- Faire évoluer la plateforme de répit sur le secteur de l'enfance et sur toutes déficiences.
- Projet de création d'un accueil de jour itinérant sur le département.
- Un projet de répit sur le champ de l'enfance pour 2023, dans le cadre d'un appel à candidatures.

13.3.5 Territoires de parcours et coopération au service de la RAPT

Mise en place du [DAC](#) en 2022, installation de la Communauté 360 en cours pour 2023. La Communauté 360 aura une mission spécifique d'appui à la construction de solutions pour les situations complexes.

La [RAPT](#) est très mobilisée sur le département. Lien ARS/MDPH très soutenu pour assurer une veille des situations complexes et l'organisation d'instances de concertation. Intégration de la dynamique de recherche de solutions co-construites et participation à la RAPT dans tous les CPOM.

Tous les PCPE enfants sont sollicités pour prévenir les ruptures de parcours, ou pour apporter un appui aux situations complexes dans la construction de solutions adaptées.

13.3.6 Prévention et Accès aux soins

Le dispositif Handiconsult est implanté au Centre Hospitalier Annecy Genevois, sur le GHT sud et donc sur une partie du département. Il est très sollicité et apprécié par les ESMS. Des bilans somatiques y sont également proposés pour les personnes souffrant de TND. Une unité d'accueil et de soins pour personnes sourdes est également implantée au sein de cet établissement de santé.

Les besoins de relais en santé mentale et en pédopsychiatrie sont très sollicités (jeunes relevant de la protection de l'enfance, personnes en situation complexe, structures de relais pour les ESMS identifiés troubles psychiques ou autisme)

PERSPECTIVES

- Renforcer les liens entre l'offre de prévention, de santé mentale et les structures médico-sociales.
- Poursuivre les actions favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.



PARTIE 2

L'OFFRE SANITAIRE ORGANISÉE PAR ACTIVITÉ DE SOINS AUTORISÉES

1. MÉDECINE	127
2. CHIRURGIE	128
3. OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE-NÉONATOLOGIE-RÉANIMATION NÉONATALE	130
4. PSYCHIATRIE	132
5. SOINS MÉDICAUX ET RÉADAPTATION	136
6. MÉDECINE NUCLÉAIRE	140
7. UNITÉ DE SOINS LONGUE DURÉE	142
8. GREFFE	142
9. TRAITEMENT DES GRANDS BRULÉS	147
10. CHIRURGIE CARDIAQUE	148
11. ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN CARDIOLOGIE	149
12. NEUROCHIRURGIE	152
13. ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN NEURORADIOLOGIE	153
14. MÉDECINE D'URGENCE	155
15. SOINS CRITIQUES	159
16. INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE	163
17. ASSISTANCE MÉDICALE A LA PROCRÉATION – DIAGNOSTIC PRÉNATAL	166
18. TRAITEMENT DU CANCER	172
19. EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES	177
20. HOSPITALISATION À DOMICILE	178
21. ACTIVITÉ DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	179
22. ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS (IRM ET SCANNERS)	181
23. CAISSON HYPERBARE	183
24. CYCLOTRON À USAGE MÉDICAL	183

DÉFINITION & PÉRIMÈTRE

Traitant des enjeux et objectifs d'évolution du système de santé, le schéma régional de santé doit couvrir l'ensemble des activités de soins et équipements matériels lourds. Il doit identifier les besoins et fixer les objectifs qualitatifs et quantitatifs pour les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation énumérés aux articles R.6122-25 et R.6122-26 du code de la santé publique.

Par rapport au schéma 2018-2023, cette liste d'activité a été modifiée :

- à la suite de la publication de nouveaux décrets sur les conditions d'implantation et sur les conditions techniques de fonctionnement sur certaines activités de soins et équipements matériels lourds, liée à la réforme des autorisations sanitaires, créant ou modifiant certains activités.
- à la suppression du schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS) et de l'intégration des activités le composant dans le périmètre du schéma régional de santé.

Si l'offre de l'Hôpital d'Instruction des Armées situé dans le département du Rhône est bien prise en compte dans le cadre de la réponse aux besoins de la population et de son évolution, elle n'est pas incluse dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins. Elle est seulement précisée pour les activités de soins et équipements concernés.

La démarche d'élaboration de la partie offre de soins du schéma régional de santé

L'élaboration du schéma régional a reposé sur une vaste concertation de plus de 6 mois qui s'est organisée à la fois à travers des groupes de travail thématiques composés de représentants de l'ensemble des types d'établissements, des professionnels et des usagers. Ces groupes ont été complétés par une approche territoriale développée en lien étroit avec l'ARS. Enfin, la Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) a été informée et a pu débattre de manière continue de l'évolution des travaux à travers la présentation des groupes de travail notamment.

Ainsi, en vue de définir les objectifs qualitatifs et quantitatifs, l'ARS a élaboré des diagnostics, en lien avec l'Observatoire régional de santé (ORS) :

- [l'Atlas régional des données de santé](#) en Auvergne-Rhône-Alpes, visant à présenter les

caractéristiques de la population, son état de santé et la démographie de certains professionnels de santé et permettant d'identifier notre région par rapport au niveau national mais également d'appréhender les disparités infrarégionales pouvant exister.

- [l'État des lieux de l'offre de soins](#) décrivant les activités de soins et équipements matériels lourds autorisés au moment de l'adoption du schéma et la consommation de soins en Auvergne-Rhône-Alpes.

Le cadre réglementaire : présentation des objectifs quantifiés de l'offre de soins

Pour chaque activité de soins et équipements matériels lourds, des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) ont été déclinés par zones d'activités de soins, en bornes hautes et basses, définies par l'arrêté n°2023-17-0364 du directeur général de l'ARS en date du 17 juillet 2023. Cette détermination des zones d'activité de soins a introduit une simplification en ne conservant que deux types de zones, celles de la psychiatrie, et celles de l'ensemble des autres activités de soins.

Les objectifs transversaux de la stratégie régionale de santé

La stratégie régionale de santé qui a présidé l'élaboration du schéma régional de santé 2023-2028 a été guidée par plusieurs objectifs transversaux, auxquels les titulaires d'autorisation devront répondre :

1. Veiller à l'équité de l'accès aux soins

Le cadre d'orientation stratégique, défini pour la décennie 2018-2028, a fixé comme objectif de réduire les inégalités de santé afin d'assurer une équité des soins sur l'ensemble du territoire régional. Comme l'ont largement confirmé les préoccupations exprimées dans le cadre de la consultation sur ce schéma, les établissements de santé sont marqués par de fortes tensions sur les effectifs, tant médicaux que paramédicaux, pouvant se traduire par des difficultés pour mettre en œuvre leurs autorisations. Dans ce contexte, il convient de ne pas disperser ces ressources en ne multipliant pas les nouvelles implantations hormis dans les zones où elles sont strictement nécessaires pour réduire les inégalités d'accès. Ces zones ont été recensées dans un diagnostic régional de santé établi en préambule du SRS et figurant en

annexe du document (atlas régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2022 et état des lieux de l'offre de soins en Auvergne-Rhône-Alpes 2023). Un enjeu important sera la consolidation et la pérennisation des équipes assurant la permanence des soins en tenant compte des effectifs nécessaires pour faire face à la pénibilité de cette permanence de soins.

2. Garantir la qualité et la sécurité des soins

La garantie de la qualité et de la sécurité des soins est une mission qui s'impose à tous les établissements de santé ainsi qu'à tous les professionnels. Dans cette optique, la promotion de la culture qualité/gestion des risques est un axe important du SRS et passe par de nombreuses actions : la certification des établissements mise en place par la Haute Autorité de Santé, la promotion du signalement des événements indésirables graves associés aux soins et leur analyse par une direction dédiée à l'ARS, le Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), la coordination du Réseau régional de vigilances et d'appui (RREVA), l'apparition probable d'indicateurs de vigilance dans certaines activités soumises à autorisation, etc.

3. Organiser une gradation territoriale des soins

L'organisation d'une gradation territoriale des soins est un objectif important SRS d'autant plus que la réforme des autorisations accompagne et structure cette gradation par la création de mentions.

Les titulaires d'autorisation devront, en lien avec les acteurs de soins, s'assurer de la cohérence, de la fluidité et de la gradation des parcours de soins des patients notamment pour les filières aigues (cardiologie interventionnelle, neurologie interventionnelle, soins critiques notamment) ou de recours (cancérologie notamment). Le volet ressource humaine devra accompagner cette gradation en favorisant les coopérations de territoire (lien ville – hôpital, équipe de territoire, etc...) et garantir ainsi « le bon soin, au bon endroit, par le bon professionnel ».

4. Organiser des transferts dans le cadre de l'urgence

80 % du territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes est situé en zone de montagne ou moyenne montagne, avec des difficultés de transfert et des distances souvent mesurées en temps plus qu'en kilomètres compte tenu de la sinuosité du réseau routier, à quoi

s'ajoute une saisonnalité hivernale qui complique ces transferts dans certaines zones. Afin de garantir une équité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire régional aux techniques de recours et compte tenu du maillage des plateaux techniques, le sujet des transferts urgents, semi-urgents ou secondaires est un axe important du SRS. Cela impliquera de poursuivre – en lien avec le SAMU de zone et les différents SAMU – le développement de la stratégie régionale hélicoptérée et de préciser la doctrine d'engagement des différents vecteurs (hélicoptère, terrestre, transport infirmier interhospitalier – TIIH) pour les utiliser au mieux en fonction des territoires et des pathologies concernées.

5. Evaluation et suivi du SRS « activités autorisées »

Afin d'évaluer la mise en œuvre du schéma régional de santé, des indicateurs de suivi objectifs et simples ont été définis pour chaque activité autorisée. En sus des indicateurs déjà suivis, des indicateurs plus spécifiques à l'offre de soins seront suivis régulièrement et permettront de s'assurer notamment de l'amélioration de l'accès aux soins des populations quantifiées par le proxy des indices de recours.

L'adoption de ce schéma régional de santé Intervient à un moment charnière, alors que l'ensemble des textes révisant les activités de soins ne sont pas encore parus, ou toutes n'ont pas fait l'objet des instructions ministérielles, et dans le contexte de la mise en œuvre de la réforme des autorisations qui impactera fortement l'ensemble des activités. Dès lors, la rédaction du schéma et sa mise en œuvre devront s'adapter aux évolutions dans le cadre d'un dispositif souple recourant notamment à la possibilité d'une révision. Ainsi, l'activité de médecine d'urgence est concernée, les décrets sur les nouvelles conditions techniques de fonctionnement et d'implantation, liés en particulier à l'intégration des mesures de la mission Braun, étant toujours encore en attente de parution à ce stade.

Pour chaque activité de soins ou équipement matériel lourd, après un rappel du contexte (chiffres clés, situations et/ou problématiques relevées), des objectifs qualitatifs et quantitatifs sont déterminés pour répondre aux besoins de santé identifiés, avec l'identification d'indicateurs de suivi.

Il convient de signaler que, à la date de parution du présent schéma, un certain nombre de textes ou d'instructions sont attendus (Urgences, Imagerie interventionnelle, PDSES...), ce qui rendra nécessaire la mise en œuvre d'au moins une révision.

Cette révision permettra d'intégrer ces éléments et, le cas échéant, d'amender certains Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS).

La présentation des activités est faite dans le respect de l'ordre du code de la santé publique :

1. Médecine
2. Chirurgie
3. Obstétrique-gynécologie-néonatalogie-réanimation néonatale
4. Psychiatrie
5. Soins médicaux et réadaptation
6. Médecine nucléaire
7. Unité de soins longue durée
8. Greffe
9. Traitement des grands brûlés
10. Chirurgie cardiaque
11. Activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie
12. Neurochirurgie
13. Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie
14. Médecine d'urgence
15. Soins critiques
16. Insuffisance rénale chronique
17. Assistance médicale à la procréation – diagnostic prénatal
18. Traitement du cancer
19. Examen des caractéristiques génétiques
20. Hospitalisation à domicile
21. Activité de radiologie interventionnelle
22. Equipements matériels lourds (IRM et scanners)
23. Caisson hyperbare
24. Cyclotron à utilisation médicale

1. MÉDECINE

Auvergne-Rhône-Alpes compte 168 établissements autorisés en médecine adulte en hospitalisation complète (soit 14 550 lits déclarés dans la Statistique annuelle des établissements - SAE) et 105 autorisés en médecine à temps partiel. 36 établissements assurent une offre de 1 000 lits pédiatriques. La majorité de la population régionale se situe à moins de 30 minutes d'un service de médecine. L'indice de recours régional est inférieur à la France métropolitaine tant pour l'hospitalisation complète (-2 %) que l'hospitalisation à temps partiel (-6 %).

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Développer l'offre en hospitalisation à temps partiel.
- Favoriser les partenariats avec les services d'aide à domicile pour permettre le maintien à domicile et éviter et/ou retarder le recours à l'hospitalisation.
- Poursuivre l'adaptation de l'offre de médecine à la poly pathologie et au vieillissement.
- Poursuivre l'adaptation capacitaire au post-urgence.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	10	10
Zone Allier - Puy de Dôme	23	23
Zone Cantal	7	7
Zone Ardèche - Drôme	26	26
Zone Isère	12	12
Zone Loire	20	21
Zone Haute-Loire	7	7
Zone Rhône	47	48
Zone Savoie	10	11
Zone Haute-Savoie	14	15
TOTAL	176	180

INDICATEURS DE SUIVI

- Indice de recours à l'hospitalisation temps complet et temps partiel à la maille de la zone sanitaire de proximité.

3. CHIRURGIE

En Auvergne-Rhône-Alpes, plus d'une centaine d'établissements exercent une activité chirurgicale adulte et/ou pédiatrique. Le nombre de lits de chirurgie pour 100 000 habitants en 2019 est très proche de la moyenne nationale (94/100 000 hab) mais le nombre de places en chirurgie ambulatoire en est un peu inférieur (26,5 en ARS contre 28,6 en France).

L'activité de chirurgie a souffert de la crise sanitaire, pour autant le taux de chirurgie ambulatoire continue de progresser (53,8 % en 2016 61,5 % en 2021) dans le même tendancier que le national.

La chirurgie connaît de nombreuses transformations qui ont permis des progrès considérables en particulier vers des prises en charges de plus en plus ambulatoires. Pour autant la chirurgie doit aussi prendre en charge de patients aux âges extrêmes de la vie, et assurer les urgences.

Sur le plan des ressources humaines, et de façon variable selon les territoires et les spécialités, la démographie des chirurgiens semble légèrement plus favorable que d'autres spécialités.

L'hyperspécialisation croissante, la recherche d'une meilleure qualité de vie au travail avec un allègement de la charge de permanence des soins et le souhait de travailler dans des équipes numériquement importantes vont accentuer la concentration des ressources chirurgicales comme celles des anesthésistes.

L'activité est marquée par ailleurs par des tensions sur les ressources en Infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) qui pénalise l'activité de certains établissements.

Dans ce contexte le régime d'autorisation de chirurgie évolue et distingue les modalités de chirurgie adulte et pédiatrique en particulier selon la spécialité chirurgicale, l'âge du patient et le contexte programmé ou urgent. La chirurgie bariatrique fait désormais l'objet d'une autorisation d'activité avec des seuils d'activité. Les activités de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie et la chirurgie programmée du cancer font aussi l'objet d'autorisations particulières.

Ces nouvelles modalités d'autorisation voient se renforcer les exigences qualités par la mise en place de registres, d'indicateurs de vigilance et d'un dispositif spécifique régional en chirurgie pédiatrique.

La stratégie régionale consiste à poursuivre le soutien vers l'ambulatoire. Dans le même temps, il faut renforcer les plateaux techniques qui doivent s'adapter aux

évolutions technologiques majeures (chirurgie robot assistée, chirurgie hybride etc.). Concernant la chirurgie bariatrique, il existe un sur-recours régional mais avec des situations très tranchées entre l'Auvergne et le Rhône. Cette chirurgie pouvant faire l'objet de complications sévères les seuils d'activité et les conditions de fonctionnement sont des gages de qualité. L'ARS veillera à la bonne répartition de l'offre territoriale en particulier en Auvergne. La mise en place des autorisations de chirurgie pédiatrique devra combiner pratique régulière par des équipes formées- gage de qualité- et couverture territoriale.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Améliorer l'accessibilité aux soins par la coordination de l'offre chirurgicale : renforcer l'organisation de l'offre chirurgicale dans la région, dans le cadre de coopérations entre chirurgiens de différents établissements de santé (notamment au sein des [GHT](#)) et d'organisations médicales innovantes (type équipe médicale de territoire), avec des objectifs différenciés et complémentaires selon les établissements concernés.
- Développer des consultations spécialisées avancées dans les établissements de santé ne disposant pas d'un plateau technique de chirurgie.
- Maintenir une offre de prise en charge de proximité en chirurgie ambulatoire, ou dans les spécialités chirurgicales essentielles dans le cadre d'une coopération avec un établissement référent de proximité.
- Assurer la disponibilité de plateaux techniques chirurgicaux complets (HA et HC) dans des établissements de santé sur chaque territoire de proximité, dans le cadre de parcours de soins assurant au patient un suivi coordonné avec l'équipe médicale hospitalière ou libérale l'ayant adressé.
- Conforter les plateaux techniques de recours équipés des nouvelles technologies (robot notamment), en assurant leur accessibilité à tous les patients du territoire concerné ainsi que la possible coopération de chirurgiens d'autres établissements de santé et dans le cadre de parcours de soins assurant au patient un suivi coordonné avec l'équipe médicale hospitalière ou libérale l'ayant adressé.

- Poursuivre l'accompagnement du virage ambulatoire en chirurgie et la progression du taux de chirurgie ambulatoire.
- Veiller à la mise en place par les titulaires d'autorisation d'organisations permettant la prise en charge chirurgicale des patients qui leur sont adressés par les structures de médecine d'urgence (art D 6124-272).
- Assurer des parcours coordonnés pour les patients relevant de chirurgie pédiatrique. Demander l'intégration de ces réflexions dans les projets médicaux partagés des GHT.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

ZONES DE SANTÉ	Modalité ADULTES		Modalité PÉDIATRIQUE		Modalité BARIATRIQUE	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	4	4	2	3	3	3
Zone Allier - Puy de Dôme	16	16	7	11	4	4
Zone Cantal	3	3	1	2	0	0
Zone Ardèche - Drôme	11	11	3	8	4	4
Zone Isère	7	7	3	7	3	3
Zone Loire	13	13	5	8	3	3
Zone Haute-Loire	3	3	1	2	1	1
Zone Rhône	31	31	9	19	15	15
Zone Savoie	8	8	4	6	2	2
Zone Haute-Savoie	10	10	5	8	3	3
TOTAL	106	106	40	74	38	38

INDICATEURS DE SUIVI

- Indices de recours à la chirurgie en hospitalisation complète (HC) et ambulatoire adulte, à la chirurgie pédiatrique, à la chirurgie bariatrique par Zone de soins de proximité (ZSP).
- Taux de chirurgie ambulatoire par ZSP et par établissements. Potentiel de substitution.
- Indicateurs de vigilance par territoire.

4. OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE-NÉONATOLOGIE-RÉANIMATION NÉONATALE

Auvergne-Rhône-Alpes n'échappe pas à la baisse de la natalité constatée depuis 2010 au niveau national. Le nombre de naissances a baissé dans la région de 4,37 % entre 2018 et 2020. La région comptait 57 maternités en 2022, 16 centres périnataux de proximité et deux maisons de naissance. Parmi les maternités il y en avait 22 de niveau 1 ; 21 de niveau 2A (avec service de néonatalogie mais sans soins intensifs) ; 8 de niveau 2B (avec soins intensifs néonatalogie) et 6 de niveau 3 (avec réanimation néonatale).

Six maternités ont eu moins de 500 accouchements en 2019, 15 entre 500 et 999 ; 21 entre 1 000 et 2 000 et 15 maternités plus de 2 000 accouchements. Quelques maternités dépassent les 3 000 accouchements confirmant un phénomène de concentration des activités spécifiquement dans quelques métropoles avec regroupement d'établissements.

Le schéma régional de santé fixe des objectifs en lien avec la démarche nationale des 1 000 premiers jours en ce qui concerne :

- la coopération entre les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique,
- la néonatalogie et la réanimation néonatale,
- l'organisation en matière d'orientation de la femme enceinte préalablement à son accouchement en cas de risque décelé pour elle-même ou son enfant et en matière de transfert des enfants entre les unités mentionnées.

La stratégie régionale vise à préserver la bonne couverture territoriale associant gradation des soins et qualité.

Concernant la stratégie en périnatalité, il s'agit de :

- **Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge en périnatalité** en offrant un maillage territorial dans une gradation des parcours.
- **Améliorer la gouvernance de la politique de périnatalité** en missionnant les réseaux de santé en périnatalité sur des objectifs régionaux
- **Innover dans l'offre de soins en périnatalité**, notamment en expérimentant un maillage territorial de sages-femmes d'urgence périnatale, en structurant une offre de CPP H24, en confortant les maisons de naissance et en développant le « aller-vers ».
- **Favoriser l'attractivité des métiers de la périnatalité.**

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

1. L'activité de maternité

- Adapter l'offre à la baisse de la natalité et à l'inégale répartition des professionnels de santé qui fragilisent certaines maternités.
- Améliorer l'accès à la prévention, aux soins et mieux coordonner le parcours de soins des femmes en situation de vulnérabilité et/ou de précarité dès le début de grossesse.
- Structurer une offre de CPP H24 permettant de réaliser l'accueil et le suivi de grossesse (échographie, examens biologiques) et l'identification de facteur de risques permettant d'orienter et de préparer le transfert vers la maternité appropriée.
- Encourager l'orientation des femmes enceintes dès le début de grossesse dans un parcours gradué selon le niveau de risque médical, et psychosocial pendant la grossesse.
- Expérimenter un maillage territorial de sages-femmes d'urgence périnatale sur le modèle des Médecins correspondants SAMU ([MCS](#)), avec des prérequis.
- Conforter les maisons de naissance dans un cadre sécurisé.
- Développer le « aller-vers » sous la forme de structures itinérantes en obstétrique.
- Encourager la prise en charge en secteur ambulatoire avec la diminution des durées de séjour en maternité (sorties précoces) et les alternatives à l'hospitalisation en maternité (maisons de naissances) et en néonatalogie (expérimentation nationale équipes mobiles en néonatalogie).
- Renforcer la légitimité des réseaux de périnatalité face aux acteurs de périnatalité de la région en harmonisant les protocoles, en mutualisant certaines procédures et en améliorant la coordination régionale et l'articulation ville-hôpital. Inciter les Communautés professionnelles territoriales de santé ([CPTS](#)) à s'emparer de la thématique filière périnatale pour favoriser le lien ville-hôpital et le lien maternités-sages-femmes libérales.

2. L'activité de néonatalogie (unité d'hospitalisation, soins intensifs, réanimation néonatale)

- Assurer une gradation territoriale cohérente et fluide des prises en charge des soins critiques néonataux et poursuivre la structuration des transferts néonataux par les SMUR pédiatriques, les CHU étant en charge d'assurer la couverture des territoires des GHT en convention d'association.
- Harmoniser la prise en charge des transferts de nouveaux-nés (NN) grâce à l'intervention de la cellule de coordination désormais sur l'ensemble du territoire régional.
- Sécuriser les sorties précoces de maternité : formation des sages-femmes libérales, travail en réseau.
- Améliorer l'information des parturientes et la formation des professionnels de 1^{er} recours sur les pathologies bénignes du nourrisson pour éviter le recours aux urgences pédiatriques.
- Améliorer l'accompagnement des projets d'allaitement des mères afin qu'elles puissent le mener à son terme (formation adéquate des professionnels de santé (PS), organisation des soins, partenariats avec les PS

de ville et les associations compétentes dans ce domaine).

- Prévenir la rupture du lien mère enfant : éviter la séparation parents enfants lors d'une hospitalisation en néonatalogie (chambres mère ou parents/enfant dans unités nouvelles ou en restructuration, « maisons des parents »).

3. L'activité d'interruption volontaire de grossesse (IVG)

- Garantir une équité d'accès sur l'ensemble du territoire régional à l'accès à l'IVG.

4. La prise en charge de l'endométriose

- Poursuivre la structuration d'une offre de soins graduée via une filière dédiée à la prise en charge de l'endométriose.
- Informier le public via la création d'un annuaire ressources.
- Améliorer les pratiques professionnelles par la formation continue.
- Veiller à un maillage territorial des Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) communes et de recours pluridisciplinaires.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (maternités de niveau 1)			NÉONATOLOGIE SANS SOINS INTENSIFS (maternités de niveau 2A)		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	2	2	2	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	2	2	2	3	3	3
Zone Cantal	1	1	1	1	1	1
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	3	3	3
Zone Isère	2	2	2	2	2	2
Zone Loire	3	3	3	2	2	2
Zone Haute-Loire	0	0	0	1	1	1
Zone Rhône	5	5	5	5	5	5
Zone Savoie	3	3	3	1	1	1
Zone Haute-Savoie	3	3	3	3	2	2
TOTAL	21	21	21	21	20	20

Zones de santé	NÉONATOLOGIE AVEC SOINS INTENSIFS (maternités de niveau 2B)			RÉANIMATION NÉONATALE (maternité de niveau 3)		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	1	1	1	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	1	1	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	0	0	0	0	1
Zone Isère	0	0	0	1	1	1
Zone Loire	1	1	1	1	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Rhône	3	3	3	2	2	2
Zone Savoie	0	0	0	1	1	1
Zone Haute-Savoie	1	2	2	0	0	0
TOTAL	8	8	8	6	6	7

INDICATEURS DE SUIVI

- Indices de recours aux différents niveaux de maternité par territoire.
- Indices de recours aux CPP.
- Nombre de transferts gérés par la cellule de coordination.
- Progression du nombre d'entretien prénataux précoces.

5. PSYCHIATRIE

Pour rappel, le présent chapitre traite des objectifs qualitatifs de la mise en œuvre des autorisations de psychiatrie. Du fait de son opposabilité, il ne couvre pas l'ensemble de la thématique de la santé mentale. Il convient néanmoins de souligner la mobilisation forte des établissements dans cette thématique plus large, notamment à travers leur implication dans les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) de leurs territoires. En 2021, 66 établissements étaient autorisés en psychiatrie en Auvergne-Rhône-Alpes et ils ont pris en charge 241 727 patients dont 77,5 % exclusivement en ambulatoire.

Le secteur de la psychiatrie est caractérisé par une crise importante des ressources médicales hospitalières, en psychiatrie adulte mais aussi et surtout en pédopsychiatrie. Ces fortes tensions mettent en péril les capacités de prise en charge et conduisent les établissements à concentrer les ressources disponibles sur l'hospitalisation complète, au détriment des autres modes de prise en charge. Dans ce contexte, l'accès dans des délais rapides à un avis de psychiatre

et la mise en œuvre d'une gradation des soins permettant la prise en charge adaptée de l'ensemble des patients présentant des troubles mentaux, est un enjeu important dans de nombreux territoires. De même, la part des entrées dans les soins en provenance des urgences est élevée.

Il existe également un fort enjeu d'organisation de la continuité des soins notamment post-hospitalisation, ce qui confirme l'intérêt de la mobilisation importante des établissements de santé dans les dispositifs de coordination existants (PTSM, DAC, CPTS...). L'objectif est de limiter les ruptures de parcours et les ré-hospitalisations en soins sans consentement.

En parallèle, le taux d'hospitalisation au long cours reste élevé. Les visites à domicile pour les patients ayant des troubles mentaux les plus sévères sont devenues plus rares.

Le respect des droits des patients, le libre choix et l'autodétermination (« empowerment ») sont des

priorités. Les programmes d'aide aux aidants ne sont pas encore proposés sur tous les territoires.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

1. Préserver/maintenir l'offre existant tout en renforçant son déclouisonnement et sa gradation

Renforcer la gradation des soins en favorisant les alternatives à l'hospitalisation et l'ambulatoire, en incluant les soins intensifs à domicile.

L'hospitalisation à temps plein doit rester un temps limité du parcours de soins, en préparant les modalités de sortie du patient dès l'entrée en hospitalisation en tenant compte de ses demandes.

Il convient de renforcer la gradation des soins pour assurer dans les meilleures conditions la prise en charge des patients ayant les troubles les plus complexes comme ceux ayant des troubles mentaux légers ou présentant un premier épisode psychotique en utilisant toute la palette de dispositifs existants.

L'intensité des prises en charge a vocation à être modulée en fonction de la gravité des troubles tout au long du parcours en utilisant la télémédecine quand c'est opportun. Ces dispositifs ont une fonction de pivot et de coordination des acteurs pour la construction du plan de suivi individualisé.

Les Hôpitaux de jour (HDJ) assurent des soins polyvalents, individualisés et intensifs. Le nouveau régime des autorisations prévoit que chaque établissement propose lui-même ou par convention les trois modalités de soins (temps complet, temps partiel et ambulatoire). Cela permettra de rééquilibrer l'offre dans les territoires où les taux de recours à l'hospitalisation complète apparaissent particulièrement élevés, et où il existe un sous-recours aux alternatives.

Chaque établissement proposera la prise en charge ou l'accès à un parcours de soins adapté pour les patients présentant un épisode psychotique ou des troubles graves et invalidants.

Les unités dites de courte durée en psychiatrie intersectorielle permettent de profiter de la période d'observation des 72 heures prévue par la loi pour lever un certain nombre de mesures de soins sans consentement.

Les périls imminents doivent rester des mesures exceptionnelles et un travail de coordination avec les services d'accueil des urgences est à mener pour en

réduire le nombre, l'objectif étant en outre de les lever ou les transformer le plus rapidement possible (HL ou SDT) après l'entrée en hospitalisation.

limiter chaque fois que possible les ré-hospitalisations

Afin d'éviter les ré-hospitalisations, il est souhaitable de proposer à tout patient dès sa sortie d'hospitalisation un rendez-vous dans une structure ou auprès d'un professionnel dans le mois qui suit, en fonction de l'état clinique.

Des visites à domicile proactives et des rappels de rendez-vous seront organisés pour les patients qui ont de forts risques d'être non compliant aux soins.

Il convient de proposer pour chaque patient qui le nécessite la mise en oeuvre des directives anticipées en cas de crise.

Déployer les équipes mobiles de crise

Le développement d'équipes mobiles de crise qui permettent d'éviter des hospitalisations et les soins sans consentement sera poursuivi.

Offrir des soins de second recours rapidement accessibles et densifier ces interventions auprès des patients présentant les troubles mentaux les plus graves et les plus invalidants, en appui des professionnels de premier recours.

2. Favoriser la logique de parcours de prise en charge

Le titulaire d'autorisation organise l'accès aux soins non programmé dans un délai adapté à l'état clinique du patient, cet accès pouvant être organisé par convention avec un ou plusieurs autres détenteurs d'autorisation. Il répond aux demandes des médecins traitants dans des délais adaptés aux besoins des patients.

Orienter le patient dans le parcours de soins en fonction de ses besoins en mobilisant toutes les ressources du territoire (médecin traitant, mon parcours psy, association offrant des soutiens psychologiques, GEM, psychiatres libéraux, offre en établissements, etc.).

En ce qui concerne la pédopsychiatrie, limiter autant que possible les délais d'entretien de première intention (objectif d'organisation d'un rendez-vous pour un premier entretien dans un délai de quelques jours). Le développement des prises en charge en psychiatrie périnatale sera soutenu par la présence d'au moins un OQOS dans chaque territoire sectorisé.

Formaliser dans chaque territoire sectorisé, le parcours de prise en charge des crises et des urgences psychiatriques entre les partenaires par une convention.

Chaque territoire définira dans un protocole les modalités d'organisation de la continuité de prise en charge entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale pour les patients dont les soins doivent être poursuivis à l'âge adulte.

La coordination entre le sanitaire, le médico-social et le social est également une priorité, chaque patient ayant des troubles mentaux graves et invalidants devant pouvoir bénéficier d'un parcours de soins et de vie co construit entre les 3 secteurs et avec le patient.

Une attention particulière sera apportée à l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes précaires dont les détenus et les personnes sous-main de justice. Les établissements autorisés en pédopsychiatrie seront incités à passer des conventions avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE) pour faciliter l'accès aux soins de ces enfants, la pédopsychiatrie n'ayant cependant pas vocation à se substituer à l'ASE pour leur hébergement social.

Réduire les inégalités de moyens entre territoires dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du financement

3. Garantir l'accès aux soins somatiques pendant la durée de l'hospitalisation en psychiatrie

Cet accès est organisé par l'établissement autorisé en psychiatrie en lien avec les établissements MCO et le cas échéant les structures de prise en charge des addictions. L'établissement psychiatrique incite les patients à continuer la prise en charge somatique et addictologique à la sortie d'hospitalisation.

4. Continuer à renforcer le respect des droits des patients

Le respect des droits des patients est un enjeu majeur des prises en charge (mise en place de dispositifs et utilisation d'outils facilitant le consentement aux soins, limitation des soins sans consentement, mesures de restrictions des libertés individualisées et régulièrement réévaluées, limitation des mesures d'isolement et de contention au dernier recours, respect du droit d'aller et venir pour les patients en soins libres etc.).

5. Développer la réhabilitation psycho-sociale et l'aide aux aidants

L'objectif est de développer entre autres des pratiques orientées vers le rétablissement dans toute la région, dans un contexte de ressources humaines très tendu.

Chaque établissement concourt à l'accès aux patients à des soins de réhabilitation psycho-sociale (instruction N°DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019). Dans ce cadre, les programmes de soutien aux aidants doivent devenir accessibles dans toute la région.

Plus largement, le développement de la pair-aidance sera poursuivi en tenant compte des orientations nationales.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	Modalité Psychiatrie de l'adulte		Modalité Psychiatrie de l'enfant et adolescent	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	2	2	2	2
Zone Allier - Puy de Dôme	4	4	3	3
Zone Cantal	2	3	1	1
Zone Ardèche - Drôme	4	4	3	3
Zone Isère	8	8	4	5
Zone Loire	7	7	3	3
Zone Haute-Loire	1	1	1	1
Zone département du Puy de Dôme	6	7	3	4
Zone Rhône	20	20	6	6
Zone Savoie	2	2	1	1
Zone Haute-Savoie	6	6	4	4
TOTAL	62	64	31	33

Zones de santé	Modalité Psychiatrie périnatale		Modalité Soins sans consentement	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	1	1	1	1
Zone Allier - Puy de Dôme	3	3	3	3
Zone Cantal	1	1	2	2
Zone Ardèche - Drôme	2	2	3	3
Zone Isère	2	2	4	4
Zone Loire	3	3	3	3
Zone Haute-Loire	1	1	1	1
Zone département du Puy de Dôme	2	2	3	3
Zone Rhône	4	4	3	3
Zone Savoie	1	1	1	1
Zone Haute-Savoie	2	2	2	2
TOTAL	22	22	26	26

INDICATEURS DE SUIVI

- Suivi des files actives, des taux de recours en actes ou journées mais aussi en nombre de patients pour chaque modalité de soins.
- Suivi du taux de journées et de patients hospitalisés au long cours.
- Suivi du taux de recours aux SSC.
- Suivi des mesures d'isolement et de contention.

6. SOINS MÉDICAUX ET RÉADAPTATION

Soins médicaux de réadaptation (SMR ex-SSR)

En Auvergne-Rhône-Alpes, les 219 établissements exerçant une activité de SSR en 2019 ont accueilli 120 000 patients pour un total de 4 200 000 journées et venues. Un quart des patients a pu bénéficier d'une prise en charge en hôpital de jour, ce qui ne représente que 11 % de journées et venues.

Ces 219 établissements développent 799 activités différentes (toutes modalités et formes différentes). Pour le SSR adulte 212 établissements développent 671 autorisations d'activité dont 61 % en hospitalisation complète et 39 % en ambulatoire. La distribution de l'âge des patients confirme que la patientèle est globalement âgée avec la moitié des patients qui dépasse 75 ans. Pour les enfants, la région compte 23 structures pour la tranche d'âge 6-18 ans mais celles-ci développent 87 activités différentes, et 11 structures pour les moins de 6 ans (41 activités). Ces établissements pédiatriques d'adressent à 6 000 patients par an.

Structuration de l'activité

Depuis 2008, les établissements pouvaient, sur un socle polyvalent, développer 9 activités spécialisées selon leurs autorisations. L'activité connaît des difficultés de ressources humaines médicales et paramédicales.

La réforme des autorisations poursuit la structuration progressive du secteur et transforme l'appellation SSR en Soins médicaux de réadaptation (SMR). Elle renforce la médicalisation de la prise en charge et le nombre de séquences de prise en charge par les paramédicaux. Elle rend obligatoire de proposer, soit sur site soit par convention, l'hospitalisation conventionnelle et à temps partiel, signant la volonté d'augmenter les prises en charge ambulatoires. L'activité polyvalente devient une mention à part entière qui n'est plus le socle permettant l'exercice des autres activités. On note la création d'une mention spécifique à l'oncologie en plus de celle d'oncohématologie, et l'apparition d'une mention pédiatrique sous tendant des effectifs de pédiatres.

Enfin, cette activité fait l'objet d'une réforme de son financement avec une part de tarification à l'activité, mais aussi la reconnaissance de plateaux techniques voire dans certains cas d'activité d'expertise.

La stratégie régionale

Elle vise à soutenir la structuration de l'activité dans les filières, à adapter l'offre de proximité au vieillissement de la population, à pérenniser l'offre polyvalente indispensable aux filières d'aval des structures MCO, mais aussi à amplifier les prises en charge en hôpital de jour dont le bilan montre une grande variabilité territoriale. Le nouveau régime d'autorisation des soins médicaux de réadaptation permet de continuer à structurer les filières en reconnaissant des activités déjà réalisées dans les établissements par des mentions spécialisées et en convertissant une partie du capacitaire en place dans les établissements vers ces activités plus spécialisées. Dans un contexte de pénurie de ressource RH dans ce secteur le déploiement soutenu de l'offre en hospitalisation à temps partiel apparaît indispensable pour maintenir la réponse aux besoins populationnels. Les activités spécialisées ainsi que le développement de filières correspondant à l'augmentation des files actives dans certaines pathologies (oncologie, endocrinologie-obésité) sont confortées.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

Les nouvelles implantations spécialisées en hospitalisation complète seront prioritairement des requalifications de lits SMR déjà existants, en particulier de SMR polyvalents qui assureraient dans les faits déjà ces activités.

Une vigilance sera pour autant apportée au maintien de l'offre de SMR mention polyvalent afin d'assurer l'aval de l'offre MCO et de garantir la souplesse de fonctionnement des structures.

La mise en œuvre du virage ambulatoire est une priorité. Elle pourra être mise en œuvre notamment par rééquilibrage des capacités d'Hospitalisation complète (HC) et d'Hôpitaux de jour (HDJ). Il est nécessaire d'augmenter la prise en charge en HTP en particulier en SMR locomoteur et respiratoire ou il existe un sous-recours régional net à l'HTP.

Le SMR doit aussi s'envisager dans une prise en charge extra hospitalière à travers le déploiement de l'expertise SMR hors les murs, en s'appuyant sur les programmes PRADO et en mobilisant l'[HAD](#) de réadaptation.

Le développement de la télé réadaptation, par exemple en cardio-vasculaire, sera encouragé.

La relocalisation de l'offre existante sur des sites éloignés des zones les plus urbanisées en direction des secteurs insuffisamment dotés eu égard à l'importance de leur population, continuera à être accompagnée.

Le regroupement d'établissements permettant de répondre aux normes, aux impératifs de qualité et de sécurité, aux exigences des conditions techniques fonctionnelles ou au défaut d'attractivité médicale ou paramédicale sera envisagée. Renforcer et densifier les plateaux techniques pour répondre aux normes réglementaires et aux recommandations de bonnes pratiques, en soutenant le développement de la robotique et des assistances à la rééducation.

Poursuivre la structuration des filières spécifiques au sein du SMR neurologique (post AVC, pathologies médullaires, maladies dégénératives etc.).

Poursuivre le développement des services de réadaptation post réanimation (SRPR) notamment dans les CHU, et les filières de réadaptation post réanimation et post soins critiques dans les centres de soins médicaux de réadaptation. S'assurer en sens inverse des conventions nécessaires avec des secteurs de soins critiques pour les SMR neurologiques et respiratoires.

Structurer les filières d'éveil de coma ou d'état pauci-relationnels (Etat végétatif chronique – EVC état

pauci-relationnel (EPR) dans les filières de SMR polyvalent et neurologique qui souffrent d'une grande dispersion des structures, souvent de petites tailles, et qui rencontrent de nombreuses difficultés de fonctionnement.

Identifier des SMR dédiés à la prise en charge de l'obésité et quelques centres experts de SMR obésité en lien avec les CSO.

Identifier des SMR mention oncologie pour répondre à l'augmentation des files actives et veiller à la participation au dispositif spécifique régional du cancer.

Améliorer le monitoring des délais d'admission en SMR, en particulier par une meilleure utilisation des données issues du logiciel Trajectoire.

Poursuivre l'identification des centres ayant une activité d'expertise dans certaines modalités et en situation de répondre aux cahiers de charges nationaux.

Dans la mise en œuvre des OQOS, la possibilité pour les établissements de se positionner sur la mention polyvalent a été privilégiée, pour leur permettre d'assurer la continuité de leur activité en cas de difficultés pour mettre en œuvre les mentions spécialisées et pour construire une filière d'aval pour les établissements en tension.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Modalité ADULTES	Mention Polyvalent		Mention Gériatrie		Mention Locomoteur	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zones de santé						
Zone Ain	13	13	4	4	5	5
Zone Allier - Puy de Dôme	27	27	12	12	8	8
Zone Cantal	7	7	3	3	2	2
Zone Ardèche - Drôme	28	28	8	8	5	5
Zone Isère	16	16	9	9	4	4
Zone Loire	27	27	11	11	6	6
Zone Haute-Loire	8	8	3	3	1	1
Zone Rhône	53	53	19	19	13	13
Zone Savoie	13	13	4	4	5	5
Zone Haute-Savoie	15	15	10	10	6	6
TOTAL	207	207	83	83	55	55

Modalité ADULTES	Mention Système nerveux		Mention Cardio-vasculaire		Mention Pneumologie	
	Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum
Zone Ain	4	4	1	1	3	3
Zone Allier - Puy de Dôme	8	8	2	2	2	2
Zone Cantal	1	1	1	1	1	1
Zone Ardèche - Drôme	5	5	4	4	5	5
Zone Isère	5	5	2	2	2	2
Zone Loire	9	9	4	4	1	1
Zone Haute-Loire	1	1	1	1	1	1
Zone Rhône	15	15	7	7	5	5
Zone Savoie	3	3	1	1	2	2
Zone Haute-Savoie	6	6	4	4	3	3
TOTAL	57	57	27	27	25	25

Modalité ADULTES	Mention Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition		Mention Brûlés		Mention Conduites addictives	
	Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum
Zone Ain	1	1	0	0	1	1
Zone Allier - Puy de Dôme	2	2	1	1	2	2
Zone Cantal	0	0	0	0	1	1
Zone Ardèche - Drôme	2	2	0	0	2	2
Zone Isère	2	2	0	0	1	1
Zone Loire	1	1	0	0	1	1
Zone Haute-Loire	1	1	0	0	1	1
Zone Rhône	2	2	2	2	2	2
Zone Savoie	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1	1	1	1	1
TOTAL	12	12	4	4	12	12

Modalité PÉDIATRIE	Mention Enfants et adolescents		Mention Jeunes enfants, enfants et adolescents	
	Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum
Zone Ain	0	0	2	2
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	4	4
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1	0	0
Zone Isère	1	1	1	1
Zone Loire	0	0	2	2
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	4	4
Zone Savoie	1	1	3	3
Zone Haute-Savoie	0	0	2	2
TOTAL	4	4	18	18

Modalité CANCER	Mention Oncologie		Mention Oncologie et hématologie	
	Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum
Zone Ain	1	1	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	2	2
Zone Cantal	1	1	0	0
Zone Ardèche - Drôme	2	2	0	0
Zone Isère	2	2	2	2
Zone Loire	1	1	2	2
Zone Haute-Loire	1	1	0	0
Zone Rhône	3	3	1	1
Zone Savoie	2	2	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1	2	2
TOTAL	15	15	9	9

L'HIA Desgenettes dispose d'un service de rééducation qui a une orientation ortho-traumatologie essentiellement (suivi des blessés de guerre).

INDICATEURS DE SUIVI

- Indices de recours HC et HDJ par mentions et par territoire de DST/ZSP selon les mentions.
- Pourcentage d'HDJ par mentions spécialisées.
- Délais d'admission en centre de SMR par mention et par territoire.
- Nombre de centres développant la télé réadaptation cardiovasculaire en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Nombre de centres SRPR en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Nombre de centres ayant une mention oncologie en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Nombre des dispositifs d'expertise SMR hors les murs.

7. MÉDECINE NUCLÉAIRE

État des lieux

- Le taux d'équipement régional en scintigraphie est comparable à celui de la France métropolitaine (0,66 pour 100 000 habitants en Auvergne-Rhône-Alpes ; 0,68 pour 100 000 habitants en France métropolitaine). Il en est de même pour le taux d'équipement des tomographes à émission de positons comparable à celui de la France métropolitaine (0,36 pour 100 000 habitants en Auvergne-Rhône-Alpes ; 0,34 pour 100 000 habitants en France métropolitaine).
- On dénombre en région 53 caméras à scintillation autorisées et installées ; 29 tomographes à émission de positons sont autorisés dont 9 sont en attente de mise en service.
- 7,3 % (584 320 habitants) se situent à une heure et plus, en prenant en compte l'offre située, hors région, dans les départements limitrophes. La population la plus éloignée de cette offre se situe dans le département du Cantal, dans le sud de l'Ardèche, le sud-est de la Drôme, l'est de l'Isère et l'est de la Savoie.
- Pour la scintigraphie, les indices de recours les plus faibles sont observés dans les ZSP des départements de l'Ardèche, de la Drôme, et dans les ZSP de Vichy (Allier), de la Maurienne (Savoie) ou de Saint-Julien en Genevois (Ain). Dans ces ZSP, les taux de recours sont inférieurs d'au moins 25 % à celui de la région. Pour les PET Scanner, les indices les plus faibles sont observés dans les ZSP des départements de l'Allier, du Puy-de-Dôme, de la Drôme et de l'est de l'Ardèche et dans les ZSP de Maurienne (Savoie) ou de Saint-Julien en Genevois (Ain).

Perspectives

- La réforme des autorisations fait de la médecine nucléaire une activité de soins. Cette activité est

segmentée en une mention A qui comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses et en une mention B comprenant notamment les actes de thérapie pour les pathologies cancéreuses. A ce titre, l'extension des indications thérapeutiques du lutétium PMSA dans les néoplasies prostatiques sera à prendre en compte dans le futur SRS.

- La question des ressources humaines (médecin nucléaire, manipulateurs en électro radiologie médicale) est centrale d'autant plus que l'on constate une extension des indications d'imagerie nucléaire.
- Les Groupements d'intérêt économique (GIE), les Sociétés civiles de moyens (SCM) et Groupements de coopération sanitaire de moyen (GCS) actuellement titulaires d'autorisation d'installation d'Équipement et matériel lourd (EML) ne peuvent pas, en l'état des dispositions applicables, être titulaires d'autorisations d'activité de soins envisagées par la réforme du régime des autorisations. Les professionnels qui exercent leur activité grâce aux moyens mis en commun dans le cadre de SCM, GIE ou GCS de moyens devront donc, s'ils souhaitent continuer à exercer leur activité en partageant le matériel, se regrouper sous une nouvelle forme de structure juridique habilitée à recevoir une autorisation d'activité de soins

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Améliorer l'équité d'accès à l'imagerie nucléaire (scintigraphie et PET scan) et aux applications thérapeutiques.
- Améliorer le maillage territorial des implantations de médecine nucléaire.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Mention A		
Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de MRP en système clos		
Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	2	3
Zone Cantal	1	1
Zone Ardèche - Drôme	0	0
Zone Isère	1	2
Zone Loire	1	1
Zone Haute-Loire	1	1
Zone Rhône	5	5
Zone Savoie	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1
TOTAL	12	14

Mention B		
Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de MRP en système clos ouvert		
Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	1	1
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1
Zone Cantal	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1
Zone Isère	1	1
Zone Loire	2	2
Zone Haute-Loire	0	0
Zone Rhône	4	4
Zone Savoie	1	1
Zone Haute-Savoie	1	1
TOTAL	12	12

INDICATEURS DE SUIVI

- Indices de recours aux examens de médecine nucléaire diagnostic (scintigraphie/PET-scan) et thérapeutique.

8. UNITÉ DE SOINS LONGUE DURÉE

En 2022, 74 unités de soins de longue durée sont comptabilisées dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

En 2021, la région totalise ainsi 3 844 lits et 1 256 774 journées. Le taux d'occupation des Unités de soins de longue durée (USLD) en Auvergne-Rhône-Alpes est de 90 %.

La feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023 annonce la transformation USLD en Unités de soins prolongés

complexes (USPC), pour mieux accompagner les personnes hospitalisées de tous âges.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Améliorer l'accès aux unités de soins longue durée.
- Mise en place de la réforme des USLD.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	4	4	4
Zone Allier - Puy de Dôme	12	12	12
Zone Cantal	5	5	5
Zone Ardèche - Drôme	6	6	6
Zone Isère	6	6	6
Zone Loire	7	7	7
Zone Haute-Loire	5	5	5
Zone Rhône	16	16	16
Zone Savoie	5	5	5
Zone Haute-Savoie	8	8	8
TOTAL	74	74	74

9. GREFFE

État des lieux

Adulte

Les greffes d'organes plein ou les allogreffes de Cellules souches hématopoïétiques (CSH) sont réalisées exclusivement dans les 4 CHU de la région.

Pédiatrie

Les greffes d'organes pleins pédiatriques sont réalisées exclusivement par les hospices civils de Lyon. Les allogreffes pédiatriques sont réalisées également par le CHU Grenoble Alpes, le CHU de Clermont-Ferrand et l'Institut d'hématologie oncopédiatrique.

Activité de greffe en Auvergne-Rhône-Alpes (2021)

- 626 patients ont bénéficié d'une greffe d'organe plein. (Dont 405 d'une greffe de rein, 133 d'une greffe de foie, 36 d'une greffe de cœur, 33 d'une greffe de poumon et 19 d'une greffe de pancréas). 217 allogreffes de CSH ont été réalisées.
- En 2020, la crise sanitaire COVID a entraîné une baisse de la greffe d'organe de 23 % par rapport à 2019. L'activité a ré-augmenté en 2021 mais reste inférieure de 13 % par rapport à 2019.
- Les indices de recours à la greffe sont dans la moyenne nationale, mais avec une hétérogénéité régionale et des indices de recours plus faibles à l'ouest et au sud de la région ainsi que dans l'Ain.

Activité de prélèvement en Auvergne-Rhône-Alpes (2021)

- 834 prélèvements d'organes réalisés. En 2020, une diminution de 32 % des prélèvements a été constatée. L'activité a ré augmenté en 2021 mais demeure inférieure de 14 % à 2019.

Perspectives

Le prélèvement et de la greffe d'organes sont des activités de santé publique qui constituent « une priorité nationale ». Des plans ministériels pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus et pour le prélèvement et les greffes de cellules souches hématopoïétiques ont été définis pour les années 2022-2026. Ils sont pilotés par l'Agence de la biomédecine ([ABM](#)) avec un échelon régional représenté par les ARS.

Il a pour but de mettre en phase les mesures envisagées avec les spécificités de chaque région pour définir un plan d'action adapté aux spécificités locales, en lien avec l'Agence de la biomédecine et l'ensemble des parties prenantes. L'exécution de ce plan donnera lieu à une revue annuelle, sur la base d'indicateurs, qui permettra, le cas échéant, de décider de mesures correctrices. Enfin, dans cette même logique, des objectifs devront être définis dans chaque région, au titre de la déclinaison des objectifs nationaux.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Mettre en œuvre les dispositions du plan ministériel pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus et pour le prélèvement et la greffe de cellules souches hématopoïétiques 2022-2026.
- Maintenir un accès de qualité à l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques.
- Améliorer l'équité d'accès à la transplantation d'organes sur l'ensemble du territoire régional, notamment à l'ouest et au sud de la région ainsi que dans l'Ain. Développer les web Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour les zones les plus éloignées.
- Développer le recensement et le prélèvement d'organes sur donneurs décédés (notamment de la catégorie III de Maastricht).
- Promouvoir le prélèvement et la greffe à partir de donneurs vivants (objectif cible de proportion de greffes rénales réalisées à partir d'un donneur vivant à 20% en 2026).
- Réduire les durées d'ischémie froide moyenne pour la greffe rénale (objectif à 10 heures en 2026).
- Communiquer pour mobiliser le grand public et les professionnels.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Modalité REIN	Mention Adultes			Mention Enfants		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zones de santé						
Zone Ain	0	0	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	1	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0	0	0
Zone Isère	1	1	1	0	0	0
Zone Loire	1	1	1	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1	1	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4	4	4	1	1	1

Modalité PANCRÉAS	Mention Adultes			Mention Enfants		
Zones de santé	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	0	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0	0	0
Zone Isère	0	0	0	0	0	0
Zone Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1	1	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	1	1	1	1	1

Modalité FOIE	Mention Adultes			Mention Enfants		
Zones de santé	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	1	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0	0	0
Zone Isère	1	1	1	0	0	0
Zone Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1	1	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	3	1	1	1

Modalité INTESTIN	Mention Adultes			Mention Enfants		
Zones de santé	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	0	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0	0	0
Zone Isère	0	0	0	0	0	0
Zone Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1	0	0	1
Zone Savoie	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	1	1	0	0	1

Modalité CŒUR	Mention Adultes			Mention Enfants		
Zones de santé	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	1	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0	0	0
Zone Isère	1	1	1	0	0	0
Zone Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1	1	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	3	1	1	1

Modalité POUMON	Mention Adultes			Mention Enfants		
Zones de santé	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	1	1	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0	0	0
Zone Isère	0	1	1	0	0	0
Zone Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1	0	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	3	3	0	1	1

Modalité - CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES	Mention Adultes			Mention Enfants		
Zones de santé	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	1	1	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0	0	0
Zone Isère	1	1	1	1	1	1
Zone Loire	1	1	1	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1	1	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4	4	4	3	3	3

INDICATEURS DE SUIVI

- Indice de recours à la transplantation par organes à la maille de la zone de Dialogue stratégique territoriale (DST).
- Couloir de croissance (Nombre de prélèvements d'ici à 2026 sur donneur en état de mort encéphalique, nombre de greffes d'ici à 2026).

10. TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLÉS

Il s'agit d'une filière d'hyper-recours nécessitant des équipes particulièrement formées. Cette activité concerne peu de patients sur le plan régional et national mais qui nécessitent des prises en charge très lourdes et très longues. L'activité a fait l'objet de réorganisations lors des précédents SRS, en particulier sur la prise en charge aigue. La filière continue de structurer pour la prise en charge adulte et pédiatrique en particulier pour la filière de soins de réadaptation.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Accompagner la filière de prise en charge, en particulier dans le cadre de l'aval de la prise en charge aigue.
- Accompagner les efforts de formation médicale et paramédicale à la prise en charge initiale sur l'ensemble du territoire, en particulier dans le cadre du réseau des urgences URG-ARA.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLÉS - Adultes		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0
Zone Isère	0	0	0
Zone Loire	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1
Zone Savoie	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Zones de santé	TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLÉS - Enfants		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0
Zone Isère	0	0	0
Zone Loire	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1
Zone Savoie	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0
TOTAL	1	1	1

INDICATEURS DE SUIVI

- Indices de recours.
- Taux de transferts hors région Auvergne-Rhône-Alpes.

11. CHIRURGIE CARDIAQUE

La chirurgie cardiaque est une chirurgie hautement spécialisée, de recours, qui doit se pratiquer dans un environnement médico-chirurgical complexe. Elle faisait l'objet lors du précédent schéma régional d'une organisation interrégionale (SIOS) qui disparaît du fait des créations des grandes régions.

En Auvergne-Rhône-Alpes : 8 établissements ont une autorisation en chirurgie cardiaque adulte et 1 centre a une autorisation pédiatrique. Le taux d'équipement est conforme aux moyennes nationales. Les indices régionaux de recours à la chirurgie cardiaque sont inférieurs à la moyenne nationale pour les deux types de chirurgie emblématiques de la spécialité : -12 % pour la chirurgie cardiaque pour pontage coronaire, -18 % pour la chirurgie de remplacement valvulaire. Il atteint 25 % dans le nord de l'Allier, le Cantal et le sud Drôme Ardèche.

Les parcours des patients passent cependant souvent par la cardiologie médicale et interventionnelle. La région Auvergne-Rhône-Alpes est couverte par des plateaux de cardiologie interventionnelle qui constituent souvent une première étape dans de nombreux parcours. La chirurgie cardiaque coronarienne s'adresse – du fait des progrès de la cardiologie interventionnelle – à des patients de plus en plus complexes et avec comorbidités. La chirurgie cardiaque valvulaire voit aussi le développement très rapide des techniques de cardiologie percutanée ou hybride (TAVI...).

Des indications d'adressage direct en urgence à un centre de chirurgie cardiaque persistent. Les centres de chirurgie cardiaque sont, en particulier, liés aux pathologies de l'aorte thoracique ou à l'assistance circulatoire mécanique.

Les centres de chirurgie cardiaque sont soumis à des seuils d'activité.

Le nouveau régime des autorisations introduit la nécessité de disposer d'une salle opératoire hybride, mutualisable, dans les centres de chirurgie cardiaque, ainsi que des contraintes en terme de mentions d'autorisation en cardiologie interventionnelle en rythmologie et en niveau de soins critiques.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Améliorer l'équité d'accès à la chirurgie cardiaque par :
 - l'amélioration du maillage territorial des centres de chirurgie cardiaque,
 - le développement des consultations avancées de chirurgie cardiaque et de la télémédecine.
- Améliorer les parcours patients du Cantal, de l'Allier, de la Drôme et de l'Ardèche.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	Modalité ADULTE		Modalité PÉDIATRIQUE	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	0	0
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	1	0	0
Zone Isère	1	1	1	1
Zone Loire	1	1	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	4	4	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1	0	0
TOTAL	8	9	2	2

INDICATEURS DE SUIVI

- Indices de recours de recours de pontage et de remplacement valvulaire par ZSP.

12. ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN CARDIOLOGIE

Etat des lieux

Cardiologie interventionnelle

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 23 centres de cardiologie interventionnelle ; 8 % de la population (soit 647 000 personnes) sont à plus d'une heure d'un centre de cardiologie, principalement dans le nord du Cantal et dans le sud de l'Ardèche et le Sud de la Drôme.

L'indice de recours régional est inférieur à la France métropolitaine tant pour la coronarographie diagnostique (moins 13 %) que pour l'angioplastie (moins 10 %). Le sous recours est plus marqué (- 25 %) dans le nord de la Loire, le sud de l'Ardèche et la partie occidentale de la Savoie et de la Haute-Savoie.

Les délais de revascularisation dans la coronaropathie aiguë et la question connexe de la rapidité de mise en œuvre des transferts médicalisés sont des éléments importants pris en compte dans le SRS.

Rythmologie interventionnelle

La région compte 42 centres pratiquant la pose de stimulateurs cardiaques et 19 centres de rythmologie interventionnelle autorisés à la pose de défibrillateur et à l'ablation. Trois départements sont dépourvus de centres de rythmologie interventionnelle pratiquant les activités d'ablation droite et de pose de défibrillateurs. 10,5 % de la population régionale (soit 841 000 personnes) sont à plus d'une heure d'un centre de rythmologie interventionnelle. L'indice de recours régional aux actes de rythmologie interventionnelle est plus élevé que la moyenne nationale de 25 %.

Cardiopathies congénitales

La cardiologie interventionnelle pédiatrique se fait dans trois CHU : les Hospices civils de Lyon, le CHU Grenoble Alpes et le CHU de Clermont-Ferrand pour un volume d'acte de 190 par an

Perspectives

La cardiologie interventionnelle fait l'objet d'une réforme des autorisations. Des tensions existent sur les ressources médicales de cardiologues formés à la cardiologie interventionnelle ce qui rend difficile l'ouverture de nouveaux plateaux techniques. Ces tensions existent également pour les cardiologues généralistes pouvant répondre aux situations cliniques cardiologiques fréquentes. Ainsi l'organisation de la gradation territoriale des soins de cardiologiques, invasifs ou non invasifs est un axe important à renforcer, en incluant la question des transferts pour la filière cardiologique urgente.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Améliorer l'équité d'accès à des soins sécurisés et de qualité pour les actes de cardiologie invasive et non invasive.
- Fluidifier le parcours patient notamment dans le cadre de la pathologie coronaire aiguë (syndrome coronaire aigu à haut risque) et optimiser les temps de transfert des transports (médicalisés ou non) vers les centres de cardiologie interventionnelle lors des prises en charge urgentes (infarctus notamment).
- Poursuivre le maillage territorial des centres de rythmologie interventionnelle pratiquant les activités d'ablation droite et de pose de défibrillateurs.
- Favoriser la participation au registre de cardiologie interventionnelle dans une optique d'amélioration et la qualité et de la sécurité des pratiques.
- Améliorer l'accès à la réadaptation cardio vasculaire après un évènement cardiovasculaire (cf. Fiche SMR).

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Modalité RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE	Mention A Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde		Mention B Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrilla- teurs et de stimulateurs multisites	
	Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum
Zone Ain	1	1	1	1
Zone Allier - Puy de Dôme	3	3	0	1
Zone Cantal	1	1	0	0
Zone Ardèche - Drôme	3	3	0	0
Zone Isère	2	2	0	0
Zone Loire	2	2	0	1
Zone Haute-Loire	0	0	1	1
Zone Rhône	2	2	1	1
Zone Savoie	1	1	0	0
Zone Haute-Savoie	2	2	0	0
TOTAL	17	17	3	5

Modalité RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE	Mention C Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe.		Mention D Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	
	Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1	0	0
Zone Isère	1	1	1	1
Zone Loire	1	1	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	2	3	4	4
Zone Savoie	1	1	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	1	1
TOTAL	7	8	8	8

Modalité CARDIOPATHIES CONGÉNITALES HORS RYTHMOLOGIE	Mention A Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme dia- gnostique des cardiopathies congénitales		Mention B Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	
	Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0
Zone Isère	0	0	1	1
Zone Loire	1	1	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	0	3	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1	0	0
TOTAL	2	5	3	3

Zones de santé	Modalité CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES ET STRUCTURELLES DE L'ADULTE	
	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	2	2
Zone Allier - Puy de Dôme	4	4
Zone Cantal	1	1
Zone Ardèche - Drôme	1	1
Zone Isère	3	3
Zone Loire	2	2
Zone Haute-Loire	1	1
Zone Rhône	7	7
Zone Savoie	1	1
Zone Haute-Savoie	1	1
TOTAL	23	23

INDICATEURS DE SUIVI

- Indice de recours pour les activités techniques soumises à seuil (angioplastie, actes de rythmologie par mention, actes de cardiopathie congénitale) à la maille du bassin de vie.
- Suivi des délais de revascularisation dans le syndrome coronaire aigu avec sus décalage du segment **ST**.

13. NEUROCHIRURGIE

En 2022, Auvergne-Rhône-Alpes possède 6 établissements disposant d'une autorisation en neurochirurgie adulte et 4 établissements (CHU) pour la neurochirurgie pédiatrique, en hospitalisation complète ou en ambulatoire, répartis sur 5 départements.

Cette autorisation spécifique d'activité concerne essentiellement la neurochirurgie crânio-encéphalique adulte et pédiatrique. Il s'agit d'une activité de recours soumise à seuil d'activité.

Il n'y a globalement pas de sous recours en particulier en territoire Rhône-alpin, et un léger sous recours en territoire Auvergnat.

L'activité est marquée par une très forte activité saisonnière en territoire alpin liée à la traumatologie des sports de montagne, mais aussi par de nombreuses prises en charge programmées innovantes que ce soit en neurochirurgie-oncologique, en neurochirurgie fonctionnelle ou dans des pathologies comme le parkinson ou l'épilepsie pharmaco-résistante.

Concernant la neurochirurgie, il y a dans la région un nombre de centres par million d'habitants adultes

identique à la moyenne nationale, l'ARS accompagnera les centres de neurochirurgie existants pour répondre aux files actives en neurochirurgie oncologique et neurochirurgie fonctionnelle.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Conforter les plateaux techniques de recours équipés des nouvelles technologies, en assurant leur accessibilité à tous les patients du territoire concerné.
- Identifier les parcours de recours à vocation régionale voir nationale (chirurgie du parkinson, chirurgie de l'épilepsie pharmacorésistante, neurochirurgie fonctionnelle).
- Veiller au maintien du capacitaire dans les centres de recours (trauma centres niveau I), en particulier dans le cadre des activités saisonnières.
- Mettre en place les indicateurs de vigilance en neurochirurgie.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	Modalité SOCLE		Modalité RADIOCHIRURGIE INTRACRÂNIENNE ET EXTRACRÂNIENNE EN CONDITIONS STÉRÉOTAXIQUES	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	1	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1	0	0
Zone Isère	1	1	0	1
Zone Loire	0	1	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	2	2	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1	0	0
TOTAL	5	7	3	4

Zones de santé	Modalité NEUROCHIRURGIE PÉDIATRIQUE		Modalité NEUROCHIRURGIE FONCTIONNELLE CÉRÉBRALE	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0
Zone Isère	1	1	0	1
Zone Loire	1	1	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	0	1
Zone Savoie	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0
TOTAL	4	4	2	4

INDICATEURS DE SUIVI

- Indices de recours à la neurochirurgie adulte et pédiatrique.

14. ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN NEURORADIOLOGIE

L'activité de neuro-radiologie interventionnelle (NRI) regroupe deux grands types d'activités : la thrombectomie mécanique (qui est indiquée dans le cadre de la prise en charge en urgence de l'accident vasculaire ischémique, en complément des traitements médicamenteux et de la thrombolyse) et l'activité de NRI hors thrombectomie qui comprend des activités de diagnostic et de traitement interventionnel de lésions cérébrales et de la moelle épinière.

1. Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral ischémique

L'accident vasculaire cérébral ischémique est une préoccupation de santé publique car responsable de décès, de handicap et de démence. En Auvergne-Rhône-Alpes, on compte environ 11 000 AVC ischémique par an (+2 %/an) et 3 100 AVC hémorragique.

Moins d'un patient sur deux (46 %) victime d'AVC est admis en UNV (contre un taux national de 53 %) avec une hétérogénéité territoriale marquée puisque

certains territoires ont des indices de recours inférieurs de 50 % au taux national, notamment une partie de l'Auvergne, le sud Ardèche et le sud Drôme. La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 18 unités neuro-vasculaires (UNV) dont 16 avec des soins intensifs neuro vasculaire pour un volume de 312 lits dont 91 lits de soins intensifs. 428 000 personnes (soit 5,4 %) sont situées à plus d'une heure d'une UNV (principalement dans le Cantal, en sud Ardèche et en sud Drôme).

À noter qu'en 2021, le taux de recours à la thrombolyse en région concerne un volume de 1 343 patients soit 12,2 % des AVC ischémiques.

La poursuite de l'amélioration des prises en charge des AVC tant dans leur phase aiguë que chronique est un élément important de ce SRS.

2. L'activité de neuro radiologie interventionnelle

- La thrombectomie mécanique est réalisée par les 4 CHU. Deux nouvelles autorisations ont été accordées en 2022 au profit du CH Annecy Genevois et du CH de Valence. 16 % de la population régionale soit 1,3 million d'habitants restent à plus d'une heure d'un centre de thrombectomie (principalement le Cantal, le sud Ardèche et le sud Drôme et le Nord de l'Allier).

En 2021, l'activité de thrombectomie mécanique est de 753 actes (+ 33 % depuis 2018), et concerne 6,8 % des AVC ischémiques. Le volume d'activité pourrait doubler d'ici 2028 pour atteindre 1 200 à 1 600 thrombectomies mécaniques.

Afin d'assurer une équité d'accès aux soins à cette technique, notamment pour les zones les plus éloignées d'un centre de thrombectomie, il conviendra de poursuivre l'amélioration des parcours patients en fluidifiant les liens entre les SAU d'accueil et les centres de TM, et organisation des transferts médicalisés.

- L'activité de NRI hors thrombectomie est réalisée, dans les 4 CHU pour un volume annuel de plus de 1 000 actes en 2021 (+ 14 % depuis 2018) dont 40 % réalisé par le CHU de Lyon.
- A noter enfin que la démographie de neuroradiologues actuellement en activité se limite à une douzaine de personnes. Ce chiffre pourrait augmenter sensiblement dans les 5 ans pour atteindre une vingtaine au terme du schéma mais ce nombre restreint de professionnels médicaux ultra spécialisés rendra difficile l'ouverture de nouveaux sites.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Consolider l'offre existante de sites autorisés à la NRI (renforcement des ressources médicales existantes et consolidation de la permanence des soins).
- Favoriser l'équité d'accès à des soins sécurisés et de qualité de neurologie interventionnelle, afin d'éviter des pertes de chance, en permettant notamment :
 - Amélioration du taux de recours à la NRI hors thrombectomie.
 - Amélioration du taux de recours en UNV.
 - Amélioration du taux de recours à la thrombolyse (y compris par le recours au télé AVC).
 - Amélioration du taux de recours à la thrombectomie mécanique.
- Réduire les délais de prise en charge des AVC en fluidifiant les parcours AVC par une bonne coordination entre les unités neuro vasculaires, les unités de réanimation, les services de neurochirurgie, les services d'accueil des urgences, les régulations et vecteur de transfert.
- Favoriser l'utilisation de la télémédecine dans les zones dépourvues de ressources neurologiques.
- Améliorer la prise en charge multi disciplinaire des patients après la phase aigüe d'un AVC (consultation post AVC, lien avec le SMR) en mobilisant notamment les neufs filières territoriales AVC.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	Mention A Thrombectomie mécanique		Mention B Ensemble des activités de NRI	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1	0	0
Zone Isère	0	0	1	1
Zone Loire	0	0	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	0	0	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1	0	0
TOTAL	2	2	4	4

INDICATEURS DE SUIVI

Suivi à la maille des zones sanitaires de proximité du :

- Taux de recours à la NRI hors thrombectomie
- Taux d'accès à l'UNV
- Taux de recours à la thrombolyse y compris par le recours au télé AVC
- Taux de recours à la thrombectomie mécanique

15. MÉDECINE D'URGENCE

En Auvergne-Rhône-Alpes, 13 SAMU ont géré 2 235 000 dossiers de régulation en 2021.

55 SMUR, dont huit antennes, ont été recensés dans la région.

En 2022, 81 300 sorties de SMUR ont été recensées en Auvergne-Rhône-Alpes dont 80 % de sorties primaires. Il y a 79 structures d'accueil des urgences et 2 572 000 passages en 2022.

La progression annuelle moyenne est de 50 000 passages entre 2016 et 2022. Les 338 médecins correspondants de SAMU, en avant-coureur du SMUR, viennent renforcer la prise en charge de l'Aide médicale urgente et ont réalisé 3 340 interventions.

Si la période de pandémie a été marquée par une baisse très significative de la fréquentation des services d'accueil des urgences, l'année 2022 semble

faire état d'une reprise de la fréquentation dans un contexte de tensions majeures sur les ressources humaines – en particulier de médecins urgentistes – mais aussi paramédicales et un développement du recours à l'intérim.

Dans ce contexte, l'Agence apporte un soutien majeur à tous les dispositifs travaillant sur l'amont et l'aval des urgences et permettant d'éviter le recours inadapté aux urgences, en permanence de soins ou non, en utilisant, entre autres, tous les outils et moyens installés par la « mission flash Braun » de 2022.

Le Service d'accès aux soins (SAS), initialement déployé dans trois départements, sera généralisé à tous les départements de la région d'ici début 2024.

Les effectifs d'Assistants de régulation médicale (ARM) via les Centres de formation ont été renforcés

pour permettre une meilleure réponse des centres 15. De nombreuses mesures permettant un plus grand recours aux régulateurs libéraux et la prise en charge par la médecine de ville de patients adressés par le SAS sont pérennisées.

Le recours à la téléconsultation est aussi un acquis de la période de pandémie et peut éviter un recours inadapté aux urgences. Même si son recours n'est pas encore généralisé, elle participe au dispositif amont.

L'ARS continue par ailleurs de soutenir les dispositifs dont elle a été précurseur : les médecins correspondants de SAMU (MCS) et les cabinets de montagne.

La création d'équipes paramédicales de médecine d'urgence a été initiée par la mission flash. Celles-ci seront développées sur l'ensemble du territoire et permettront d'optimiser la réponse des SMUR.

En Auvergne-Rhône-Alpes une stratégie de transports hélicoptérés a été mise en place. Elle répond à des difficultés d'accès dans des zones montagneuses et/ou isolées et contribue aussi au recours équitable aux plateaux techniques dans l'ensemble du territoire. Sur ce point et au vu des moyens engagés, une évaluation devra être menée pour avoir une réelle couverture 24h/24, 365 jours / an de l'ensemble du territoire régional et éviter une multiplication d'implantations partiellement fonctionnelles, faute de ressources humaines. L'efficacité de la couverture hélicoptérée nocturne devra également être évaluée.

Enfin il convient de soutenir les filières d'admission directes et les parcours spécialisés permettant d'éviter le passage dans les services d'accueil des urgences.

L'ARS exerce une vigilance importante sur les filières d'aval post-urgence dans les dialogues stratégiques avec les établissements de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), d'Hospitalisation à domicile ([HAD](#)) ou de Soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Enfin, l'unification des réseaux de médecine d'urgence avec la création du GCS Urg'Ara en 2022 doit permettre de mieux coordonner les acteurs par le biais de travaux scientifiques et par la création d'outils statistiques.

Concernant le régime d'autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence, la mise à jour des décrets a dû tenir compte des acquis des nouvelles mesures retardant la sortie des textes qui feront l'objet d'une révision du SRS.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

1. Les SAMU-centre 15

- Soutenir la formation des ARM (Assistant de régulation médicale) par le biais des CFARM.
- Favoriser l'innovation permettant de traiter les flux d'appels.
- Soutenir les initiatives concernant les nouveaux Systèmes d'Information améliorant les interopérabilités entre les services ville/hôpital.
- Améliorer, par les Systèmes d'Information le déclenchement des MCS dans les centres de régulation.
- Finaliser l'optimisation de la répartition des sites sur le territoire.
- Soutenir la régulation médicale libérale de médecine générale en centre 15.
- Déployer des SAS dans tous les départements et poursuivre les actions de communication et de sensibilisation du grand public.
- Favoriser les alternatives au recours aux urgences en développant notamment les consultations non programmées de spécialité et en poursuivant les actions de sensibilisation du grand public.

2. Concernant les SMUR

- Généraliser le déploiement des équipes paramédicales de médecine d'urgence à l'ensemble du territoire régional.
- Généraliser les équipes de TIH (transport infirmier inter-hospitalier) à l'ensemble du territoire régional pour éviter le recours inadapté aux équipes SMUR.
- Avoir une stratégie hélicoptérée permettant la réponse territoriale 24/24 et 365/365, quand les conditions le permettent, afin d'assurer une couverture efficace du territoire régional en intervention primaire et en intervention secondaire pour les transferts. Evaluer les capacités de couverture en vol nocturne du territoire régional.
- Poursuivre le regroupement des équipes de SMUR et de SAU, y compris géographiquement à l'occasion de travaux immobiliers soutenus par l'Agence, afin d'augmenter la mutualisation des ressources.

- Poursuivre l'organisation des transports néonataux et pédiatriques, permettant en particulier d'assurer une couverture de toutes les maternités de la région, à partir des CHU.
 - Renforcer dans chaque territoire les filières d'admission directe en particulier pour les filières déjà connues (cardiologie, neuro-vasculaire, traumatologie grave, soins critiques) mais surtout développer de nouvelles filières (personnes âgées, traumatologie simple, psychiatrie..), en particulier à l'occasion des nouveaux projets médicaux partagés de GHT.
 - Poursuivre l'accompagnement et la promotion des Médecins Correspondants du Samu dans les départements où le dispositif n'est pas déployé (Loire et Rhône).
 - Evaluer, recenser les besoins en antennes de médecine d'urgence adossée à un SMUR.
- 3. Concernant les services d'accueil des urgences**
- Poursuivre le développement des structures de consultation non programmées, dans le périmètre d'une labellisation nationale
 - Développer encore les maisons médicales de garde, notamment à proximité des SAU,
- les centres de soins non programmés et les centres de santé allant dans ce sens.
 - Encourager les initiatives de réorientation à l'entrée de urgences par les Infirmiers organisateur de l'accueil (IOA) et poursuivre le déploiement des Infirmiers de pratique avancée (IPA) en structure de médecine d'urgence .
 - Poursuivre la mise en place des équipes médicales de territoire en particulier dans les nouveaux projets médicaux partagés de GHT et en s'appuyant sur les dispositifs incitatifs tels que la PST.
 - Veiller au bon remplissage du Recueil des passages aux urgences (RPU).
 - Généraliser le monitoring du besoin journalier de lits dans les ETS et les gestionnaires de lits.
 - Là où c'est opportun, développer les services post-urgences.
 - Là où c'est opportun, poursuivre la conversion d'une partie des capacités hospitalières vers des services post-urgence et de médecine polyvalente post-urgence.
 - Poursuivre les actions de communication grand public de bonne utilisation des urgences.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	SAMU			SMUR		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	1	1	1	3	3	3
Zone Allier - Puy de Dôme	2	2	2	8	8	8
Zone Cantal	1	1	1	3	3	3
Zone Ardèche - Drôme	2	2	2	6	6	6
Zone Isère	1	1	1	2	2	2
Zone Loire	2	1	1	5	5	5
Zone Haute-Loire	1	1	1	2	2	2
Zone Rhône	1	1	1	7	7	7
Zone Savoie	1	1	1	6	6	6
Zone Haute-Savoie	1	1	1	5	5	5
TOTAL	13	12	12	47	47	47

Zones de santé	SMUR antenne			Structures urgences adultes		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	4	4	4
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	0	9	9	9
Zone Cantal	0	0	0	3	3	3
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	9	9	9
Zone Isère	2	2	2	6	6	6
Zone Loire	0	0	0	10	10	10
Zone Haute-Loire	0	0	0	2	2	2
Zone Rhône	1	1	1	18	18	18
Zone Savoie	3	3	3	7	7	7
Zone Haute-Savoie	2	2	2	7	7	7
TOTAL	8	8	8	75	75	75

Zones de santé	Structures urgences pédiatriques		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	1
Zone Cantal	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0
Zone Isère	1	1	1
Zone Loire	1	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1
Zone Savoie	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0
TOTAL	4	4	4

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'appels aux centres 15
- Nombre de réorientation SAS
- Indices de recours par territoire
- Nombre de Maisons médicales de garde (MMG)
- Nombre de séjours CCMU1 dans les SAU
- Nombre de médecins correspondant de SAMU
- Nombre de cabinets de montagne
- Nombre d'ARM formé
- Nombre de passage aux urgences
- Nombre de sortie SMUR terrestre et hélicopté (soins primaires/secondaires)

16. SOINS CRITIQUES

1. Réanimation

L'activité de réanimation était la seule soumise à régime d'autorisation depuis un décret de 2002. Activité très technique, nécessitant une expertise et des moyens importants, elle est concentrée sur 34 sites hospitaliers avec autorisation pérenne de réanimation adulte. Cinq sites hospitalo-universitaires ont une activité de réanimation pédiatrique. L'activité qui répond à des conditions d'implantation et de fonctionnement strictes, est normée en termes de personnels paramédicaux.

En Auvergne-Rhône-Alpes, le recours à la réanimation était de 4,6 séjours/1 000 adultes contre 4,7 en France métropolitaine, soit sensiblement proche de la moyenne nationale.

2. Soins intensifs

Les soins intensifs sont historiquement dédiés à l'activité d'une spécialité médicale (soins intensifs cardiologiques, hématologiques ou neuro-vasculaires) et ne peuvent prendre qu'une défaillance en lien avec la spécialité. La région compte 43 établissements ayant au moins une unité de soins intensifs et 602 lits, dont la majorité de soins intensifs cardiologiques, puis hématologiques et neuro-vasculaires.

En Auvergne-Rhône-Alpes, il y a 0,30 séjours pour 1 000 adultes en USI hémato identique au taux national, en USINV 1,43 contre 1,70 séjour/ 1 000 adultes au national et enUSIC 4,8 contre 5.3. Le sous recours en USINV est apparu particulièrement important en Auvergne et en sud-Drôme Ardèche.

3. Surveillance continue

Apparues après les décrets de réanimation les unités de surveillance continue sont polyvalentes mais n'ont pas vocation à prendre des patients souffrant de plusieurs défaillances viscérales. Elles bénéficient d'une reconnaissance contractuelle par l'ARS. Elles ont connu un fort développement. 87 sites hospitaliers ont une Unité de soins continus (USC) adulte ou pédiatrique. On dénombre 765 lits adultes et environ 110 lits pédiatriques (avec des variations saisonnières). 52 USC sont implantées dans des établissements sans réanimation.

En Auvergne-Rhône-Alpes, il y a 8,4 séjours en USC pour 1 000 adultes versus 8,6 au national.

4. Crise Covid-19

L'activité de réanimation a été particulièrement sollicitée pendant la crise sanitaire, et a su faire preuve d'une capacité d'adaptation tout à fait exceptionnelle. Les capacités régionales de réanimation ont pu être doublées passant de 556 lits à 1 235 lits au pic de la première vague, notamment en up gradant certaines unités de surveillance continue ou de soins intensifs. Pour autant, les surveillances continues sont apparues hétérogènes allant d'unités isolées à des unités bien plus importantes adossées à des réanimations lourdes.

La réforme des autorisations d'activité de ce secteur a tenu compte des nombreux retours d'expériences. L'autorisation de soins critiques concerne désormais en modalité adulte et pédiatrique les réanimations, les unités de soins intensifs polyvalents (contiguës à une réanimation, ou dérogatoire sans réanimation sur le site) et les soins intensifs de spécialités (cardiologiques, neuro-vasculaires, hématologiques, et si l'activité du site le justifie néphrologique, respiratoire ou hépato-gastro-entérologique). Une partie des unités de surveillance continue, répondant aux exigences en termes de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement, devraient être requalifiées en unités de soins intensifs, les autres devraient perdurer en dehors du régime d'autorisation de soins critiques.

5. Stratégie régionale

La stratégie régionale s'inscrit dans cette dynamique de la feuille de route soins critiques et de la réforme du régime d'autorisation. Elle vise à bien mailler le territoire en unités de soins critiques, avec une gradation des soins pour permettre un égal accès à des soins de qualité. En matière de soins critiques le délai de prise en charge peut être déterminant. L'objectif est donc de renforcer si possible les territoires déficitaires avec de nouvelles implantations et non les métropoles pour lesquelles le nombre d'implantations semble suffisant et dont l'offre peut être adaptée en modulant le capacitaire. Pour autant, l'équilibre doit être trouvé dans un contexte de ressources humaines rares.

La stratégie s'appuie donc sur les enseignements de la crise sanitaire en :

- Accordant des autorisations pérennes sur certains sites qui ont montré leur intérêt durant la crise tout en n'affaiblissant pas la ressource.

- Prévoyant des unités de soins intensifs polyvalent – adultes ou pédiatriques – en situation d’augmenter le capacitaire de réanimation si besoin et/ou de stabiliser dans un établissement un plateau de soins critique auparavant émietté en trop peu de lits spécialisés pour être viable.
- Veillant à la pérennité de l’offre d’USC par le biais des reconnaissances contractuelles.
- Renforçant les capacités des USIC dans les centres disposant des mentions de cardiologie interventionnelle et de rythmologie interventionnelle.
- Renforçant les capacités d’USINV dans les centres existants et notamment ceux disposant d’une autorisation de thrombectomie mécanique et en poursuivant le maillage du territoire par de nouvelles implantations.

Enfin, quand l’offre n’est pas disponible en proximité, il s’agit d’assurer sur l’ensemble du territoire le recours aux équipes spécialisées de soins critiques en organisant les transferts sanitaires en s’appuyant en particulier sur les équipes SMUR, sur la stratégie ambitieuse de couverture hélicoptérée du territoire régional et le renforcement de l’offre de recours (exemple plateaux de soins intensifs neuro-vasculaires des centres de thrombectomie mécanique).

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Mettre en œuvre les dispositions de la feuille de route soins critiques 2022-2025.
- Maintenir la filière de soins critiques mise en place au décours de la crise sanitaire basée sur :
 - Une filière territoriale associant tous les acteurs, coordonnée notamment en cas de crise dans chaque territoire de GHT par l’établissement support du GHT, avec un recours de CHU dans chaque zone de convention d’association de GHT,
 - Un Dispositif spécifique régional sous l’égide de l’ARS,
 - Un pilotage par l’Agence.
- Stabiliser dans quelques établissements un plateau de soins critiques auparavant émietté en trop peu de lits spécialisés (USIC, USINV et/ou USC) pour être viable, en favorisant l’évolution vers des soins intensifs polyvalents.
- Renforcer les systèmes d’information de pilotage de la filière de tous les soins critiques (ex. répertoire opérationnel des ressources).
- Adapter l’offre de soins critiques pour répondre à l’évolution prévisible des besoins, rendue nécessaire par le vieillissement, et à l’aval de réanimation pour permettre une fluidité des parcours de prise en charge.
- Corriger l’inéquité d’accès aux soins à l’USI neuro-vasculaire et densifier l’offre de soins intensifs neuro-vasculaires des centres autorisés de thrombectomie mécanique.
- Pour l’offre d’USIC il s’agit de densifier l’offre autour des centres disposant des mentions adaptées de cardiologie et de rythmologie interventionnelle.
- Identifier des soins intensifs polyvalents pédiatriques permettant d’augmenter l’offre de soins en particulier en période épidémique.
- Développer les filières de SMR et les services de réadaptation post réanimation en proximité des réanimations lourdes, en priorité dans les 4 Centres Hospitaliers Universitaires de la région, dans le but d’obtenir des unités ayant la taille critique et l’expertise au profit de chaque zone de convention d’association des GHT avec les CHU.
- Améliorer la déclaration et le suivi des Evènements indésirables graves (EIG) du fait de la sous déclaration constatée en soins critiques.
- S’assurer que les établissements se dotent d’un plan de montée en charge du nombre de lits de soins critiques permettant de connaître à l’avance les différents paliers d’augmentation des capacités aux niveaux régional et national en cas de situation sanitaire exceptionnelle.
- Veiller à ce que des réserves médicales et paramédicales en soins critiques soient constituées et entretenues dans chaque territoire en mettant en place un plan de formation professionnelle adapté par GHT ou par établissement.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Modalité ADULTES	Mention Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant		Mention Soins intensifs polyvalents dérogatoires		Mention Soins intensifs de cardiologie	
	Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum
Zone Ain	2	2	0	0	2	2
Zone Allier - Puy de Dôme	6	6	1	1	5	5
Zone Cantal	1	1	1	1	1	1
Zone Ardèche - Drôme	4	4	1	1	2	2
Zone Isère	2	2	2	2	3	3
Zone Loire	6	6	1	1	3	3
Zone Haute-Loire	1	1	0	0	1	1
Zone Rhône	11	11	4	4	9	9
Zone Savoie	1	1	1	1	1	1
Zone Haute-Savoie	3	3	2	2	2	2
TOTAL	37	37	13	13	29	29

Modalité ADULTES	Mention Soins intensifs de neurologie vasculaire		Mention Soins intensifs d'hématologie	
	Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum
Zone Ain	1	1	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	3	3	0	1
Zone Cantal	1	1	0	0
Zone Ardèche - Drôme	2	2	0	0
Zone Isère	1	1	1	1
Zone Loire	2	2	1	2
Zone Haute-Loire	1	1	0	0
Zone Rhône	3	3	2	2
Zone Savoie	1	1	1	1
Zone Haute-Savoie	2	2	1	1
TOTAL	17	17	6	8

Modalité PÉDIATRIQUE	Mention Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant		Mention Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	
	Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0
Zone Isère	1	1	0	0
Zone Loire	0	0	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	2	2	0	0
Zone Savoie	1	1	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0
TOTAL	4	4	2	2

Modalité PÉDIATRIQUE	Mention Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires		Mention Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	
	Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum
Zone Ain	1	1	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1	0	0
Zone Isère	0	0	1	1
Zone Loire	1	1	1	1
Zone Haute-Loire	1	1	0	0
Zone Rhône	1	1	2	2
Zone Savoie	1	1	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1	0	0
TOTAL	8	8	5	5

INDICATEURS DE SUIVI

- Indices de recours aux différents soins critiques par territoire à la maille de la zone sanitaire de proximité.
- Mise en place de registre de refus par territoires, suivi des refus et des transferts de soins critiques entre territoires (DSR soins critiques).

17. INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2019, près de 5 700 patients atteints d'Insuffisance Rénale Chronique ont été pris en charge en dialyse soit plus de 600 000 séances. (+3 % d'augmentation par an depuis 2016 en rapport notamment avec la hausse du diabète et de l'hypertension artérielle). En moyenne, les assurés résident à 18 km du service de dialyse le plus proche. Il existe un ratio de 1 à 3 entre le département où la distance moyenne est la plus faible (Rhône avec 10,2 Km en moyenne) et celui où elle est la plus élevée (Ain avec 30 km).

Auvergne-Rhône-Alpes compte 35 sites d'hémodialyse adultes et 2 sites d'hémodialyse enfants et 46 unités de dialyse médicalisée. La part des hémodialyses réalisées en centre reste majoritaire et concerne 48 % des patients, suivie de la dialyse en unité de dialyse médicalisée pour 30 % et 12 % pour l'auto-dialyse assistée. La dialyse péritonéale représente 9 % de l'ensemble des dialyses.

L'indice de recours régional est inférieur de 15 % à la France métropolitaine toutes modalités de dialyse confondues. Ce sous recours est plus marqué dans des zones géographiques éloignées des centres ou unités de dialyse : sud et ouest de l'Ardèche, sud de la

Drôme, sud de l'Isère, est de l'Ain, centre de la Loire, est du Puy-de-Dôme, nord et ouest de la Haute Loire, nord de la Haute-Savoie, nord du Cantal et est de la Savoie.

Les tensions sur la démographie des néphrologues sont une difficulté identifiée dans le parcours du patient insuffisant rénal.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Retarder la progression et la survenue de l'insuffisance rénale.
- Diminuer le nombre de patients dialysés en urgence.
- Conforter l'équité d'accès aux différentes modalités de dialyse.
- Améliorer l'accès à l'expertise néphrologique par la mise en place de réunions de concertations pluri disciplinaires dématérialisées pour permettre d'améliorer l'accès à la dialyse et à la transplantation rénale (WEB RCP) en ciblant leur utilisation dans les territoires où la ressource néphrologique est la moins dense.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

La structuration de cette activité dans le code de la santé publique conduit à restructurer les OQOS sans impact sur les autorisations délivrées.

Zones de santé	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	4	4	4
Zone Allier - Puy de Dôme	9	9	9
Zone Cantal	1	2	3
Zone Ardèche - Drôme	7	7	7
Zone Isère	4	4	4
Zone Loire	5	5	6
Zone Haute-Loire	2	2	2
Zone Rhône	10	10	10
Zone Savoie	4	4	4
Zone Haute-Savoie	4	4	4
TOTAL	50	51	53

Hémodialyse en centre			
Zones de santé	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	1	1	1
Zone Allier - Puy de Dôme	6	6	6
Zone Cantal	1	1	1
Zone Ardèche - Drôme	4	4	4
Zone Isère	3	3	3
Zone Loire	4	4	4
Zone Haute-Loire	1	1	1
Zone Rhône	11	11	11
Zone Savoie	2	2	2
Zone Haute-Savoie	4	4	4
TOTAL	37	37	37

Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée			
Zones de santé	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	5	5	5
Zone Allier - Puy de Dôme	18	18	18
Zone Cantal	4	4	4
Zone Ardèche - Drôme	12	12	12
Zone Isère	6	6	6
Zone Loire	10	10	10
Zone Haute-Loire	7	7	7
Zone Rhône	18	18	18
Zone Savoie	11	11	11
Zone Haute-Savoie	8	8	8
TOTAL	99	99	99

Zones de santé	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	2	2	3
Zone Allier - Puy de Dôme	9	9	9
Zone Cantal	2	2	2
Zone Ardèche - Drôme	4	4	4
Zone Isère	2	2	2
Zone Loire	5	4	4
Zone Haute-Loire	3	3	3
Zone Rhône	12	13	14
Zone Savoie	3	3	4
Zone Haute-Savoie	4	4	4
TOTAL	46	46	49

INDICATEURS DE SUIVI

- Indice de recours toutes modalités de dialyse confondues et par modalités, à la maille de la zone sanitaire de proximité.
- Répartition du nombre de patients en fonction des différentes modalités de dialyse de prise en charge

18. ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION DIAGNOSTIC PRÉNATAL

1. Assistance médicale à la procréation (AMP)

Cette activité clinico-biologique est répartie en région Auvergne-Rhône-Alpes en 18 centres qui pratiquent l'insémination artificielle, 12 centres qui font de la fécondation in vitro, 3 centres hospitalo-universitaires qui organisent le don d'ovocytes, de sperme et l'accueil d'embryons. Par ailleurs 5 centres organisent la préservation médicale de la fertilité (indiquée souvent en cas de prise en charge thérapeutique de pathologie cancéreuse). Deux centres sont situés dans le territoire auvergnat, les autres en Rhône-Alpes.

L'activité est impactée par les dispositions de la loi de Bioéthique du 2 août 2021 et ses décrets qui donnent accès à l'AMP à tout couple formé d'un homme et d'une femme, de deux femmes ou toute femme non mariée dans un cadre médical précis et en particulier des conditions d'âge. Le plan ministériel pour la procréation, l'embryologie et la génétique humaine 2022-2026 vise à soutenir ces nouveaux parcours.

2. Diagnostic prénatal

Les diagnostics anté-nataux reposent sur différents types d'activités réalisant la médecine fœtale allant du diagnostic prénatal au diagnostic préimplantatoire.

Sur le plan biologique 13 laboratoires réalisent différentes analyses en Auvergne-Rhône-Alpes, sur le plan radiologique 97 000 échographies de dépistages ont été réalisées en 2020 par différents professionnels. La région compte 6 Centres pluridisciplinaire de diagnostic pré natal (CPDPN) et bénéficie de l'un des rares centre de diagnostic pré-implantatoire (DPI) en France (CHU Grenoble-Alpes).

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

1. Assistance médicale à la procréation (AMP)

- Mettre en œuvre les objectifs du plan ministériel pour la procréation, l'embryologie et la génétique humaine 2022-2026.
- Réduire les délais d'attente à l'AMP en renforçant les centres existants en priorité, ou en créant de nouveaux centres en cas de besoin populationnel avéré.
- Promouvoir l'équité d'accès à l'AMP sur l'ensemble du territoire régional, notamment en développant la télémédecine dans les parcours.
- Exercer une vigilance sur les temps de psychologue. Assurer une prise en charge par des psychologues adaptés à la population accueillie dans les établissements de santé pour accompagner les patients dans ces parcours complexe.
- Favoriser le don et l'autoconservation d'ovocytes. Faciliter les parcours en augmentant le nombre de centres proposant ces activités.
- Développer des actions de sensibilisation, en ce qui concerne la préservation médicale de la fertilité, auprès des équipes soignantes prenant en charge ces patients et faciliter l'accès aux centres.

2. Diagnostic prénatal – DPN, Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal – CPDPN et Diagnostic préimplantatoire – DPI

- Favoriser la lisibilité de l'offre de DPN, telle que l'accès à l'échographie obstétricale et de DPN, la cartographie des professionnels de santé réalisant ces échographies. Il pourrait être envisagé de mettre ces missions dans le cahier des charges du réseau régional de périnatalité.
- Favoriser l'accès régional au centre de DPI par des actions de communication ciblées auprès des centres situés à distance.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

1. AMP Bio

Zones de santé	Modalité Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation		Modalité Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	2	2	2	2
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1	1	1
Zone Isère	2	2	2	2
Zone Loire	2	2	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	4	4	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1	1	1
TOTAL	12	12	8	8

Zones de santé	Modalité Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		Modalité Conservation des embryons en vue d'un projet parental	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	2	2
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1	1	1
Zone Isère	1	1	2	2
Zone Loire	1	1	2	2
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	4	4
Zone Savoie	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1	1	1
TOTAL	6	6	12	12

Zones de santé	Modalité Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle		Modalité Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	1	1	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	2	2	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1	1	1
Zone Isère	2	2	1	1
Zone Loire	2	2	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	7	7	1	1
Zone Savoie	1	1	0	0
Zone Haute-Savoie	2	2	0	0
TOTAL	18	18	5	5

Zones de santé	Modalité Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		Modalité Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	1	1
Zone Isère	1	1	2	2
Zone Loire	1	1	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	1	1
TOTAL	4	4	7	7

2. AMP clinique

Zones de santé	Modalité Mise en œuvre de l'accueil des embryons		Modalité Prélèvement de spermatozoïdes	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	2	2
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1	1	1
Zone Isère	1	1	2	2
Zone Loire	1	1	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	4	4
Zone Savoie	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	1	1
TOTAL	5	5	11	11

Zones de santé	Modalité Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		Modalité Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	2	2
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1	1	1
Zone Isère	1	1	2	2
Zone Loire	1	1	2	2
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	1	1	4	4
Zone Savoie	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1	1	1
TOTAL	6	6	12	12

Zones de santé	Modalité Transfert des embryons en vue de leur implantation		Modalité Prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	2	2	1	1
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	1	1	1	1
Zone Isère	2	2	1	1
Zone Loire	2	2	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	4	4	1	1
Zone Savoie	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	1	1	1	1
TOTAL	12	12	6	6

3. Diagnostic prénatal – DPN

Zones de santé	Modalité Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique		Modalité Examens de génétique moléculaire	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	2	2	2	2
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0
Zone Isère	1	1	1	1
Zone Loire	1	1	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	3	3	3	3
Zone Savoie	1	1	1	1
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0
TOTAL	8	8	8	8

Zones de santé	Modalité Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses		Modalité Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	2	2
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	1	1
Zone Isère	1	1	1	1
Zone Loire	1	1	2	2
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	2	2	3	3
Zone Savoie	0	0	1	1
Zone Haute-Savoie	0	0	1	1
TOTAL	5	5	11	11

Zones de santé	Modalité Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique		Modalité Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel (dépistage)	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	2	2
Zone Cantal	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0
Zone Isère	1	1	1	1
Zone Loire	0	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	3	3	3	3
Zone Savoie	1	1	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0
TOTAL	6	6	6	6

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de fécondation in vitro/10 000 femmes en âge de procréer en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Nombre d'insémination artificielles/10 000 femmes en âge de procréer en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Activité régionale de tentatives avec don (ovocytes/spermatozoïdes)/10 000 femmes en âge de procréer en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Activités de conservation de gamètes, de tissus germinaux et d'embryons.
- Nombre de demandes émanant de la région Auvergne-Rhône-Alpes en AMP au Centre national des soins à l'étranger (CNSE).

19. TRAITEMENT DU CANCER

Les indicateurs d'état de santé de la population régionale sont globalement favorables en comparaison aux valeurs nationales. La région bénéficie ainsi d'une sous-mortalité marquée tant pour les cancers que pour les maladies de l'appareil circulatoire. Les cancers sont la première cause de décès avant 65 ans chez les femmes (près d'un décès prématuré sur deux). Ils sont la cause de 28 % des décès dans la région. La région comptabilise 11,1 % des nouveaux cas en France.

Toutefois, les disparités territoriales restent marquées avec des indicateurs moins favorables dans un « **arc de défaveur cancers** » touchant l'Ex-Auvergne, le sud de l'Ardèche et le Sud de la Drôme.

On note par ailleurs des disparités selon les localisations cancéreuses : 22,2 % de cancers de mauvais pronostic diagnostiqués (contre 22 % national).

Concernant l'**offre de soins hospitalière**, on dénombre en Auvergne Rhône-Alpes **278 autorisations de chirurgie carcinologique** ; 80 établissements de santé portent ces autorisations.

L'indice de recours est supérieur à la moyenne nationale pour la chirurgie carcinologique mammaire (+2 %), digestive (+4 %), thoracique (+4 %), ORL maxillo-faciale (+8 %) urologique (+4 %), identique pour la chirurgie onco-pédiatrique (<18 ans). L'indice de recours est inférieur à la moyenne nationale pour la chirurgie carcinologique gynécologique (-4 %), la chimiothérapie adulte (-2 %) et la chimiothérapie anticancéreuse pédiatrique (-6 %).

On constate une population majoritairement à moins d'une heure d'un site de prise en charge pour la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie adulte, à un moindre degré pour la chirurgie carcinologique thoracique.

La réforme des autorisations du traitement du cancer, la fusion des Organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique (OIR),

l'émergence des dispositifs d'appui à la coordination ([DAC](#)), le développement des communautés professionnelles territoriales de santé ([CPTS](#)), l'arrivée en postes des infirmiers de pratique avancée (IPA), le futur référentiel des missions des centres de coordination en cancérologie (3C), le référentiel organisationnel des SOS... auront nécessairement un impact sur l'organisation de l'offre de soins et la prise en charge des patients atteints de cancer.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

La feuille de route de la stratégie Cancers Auvergne-Rhône-Alpes 2022-2025, déclinaison de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 a permis d'identifier 5 priorités d'actions dont :

- Favoriser des parcours cancer personnalisés, fluides et coordonnés HP-Ville avec les acteurs de santé et le secteur médico-social (sein, colon, col de l'utérus, prostate, LBP) : conforter le virage ambulatoire.
- Mieux prendre en compte les parcours complexes des personnes âgées, des enfants-Adultes et jeunes adultes, des personnes vulnérables et pour les cancers du poumon, ovaire, pancréas.
- Faciliter l'accès de tous les patients aux innovations thérapeutiques, organisationnelles, technologies de pointe et d'excellence, notamment via la e-santé.

Il s'agit de mettre en œuvre les actions de la feuille de route de la stratégie régionale cancer et tout particulièrement la réforme des autorisations de traitement du cancer.

L'ARS s'appuiera pour ce faire sur de nombreux opérateurs en co-pilotage des actions régionales ou territoriales ont le DSRC, l'OIR, les dispositifs Adolescents et jeunes adultes (AJA) et les Unités de coordination et antennes d'oncogériatrie (UCOG), les URPS, les établissements de santé, les centres de coordination en cancérologie (3C), les [CPTS/MSP](#), etc.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

1. Modalité – Chirurgie oncologique

Zones de santé	Mention A1 Chirurgie oncologique viscérale et digestive		Mention B1 Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe		Mention A2 Chirurgie oncologique thoracique	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	1	1	2	2	1	1
Zone Allier - Puy de Dôme	5	5	6	6	0	0
Zone Cantal	2	2	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	3	3	3	3	0	0
Zone Isère	1	1	4	4	0	0
Zone Loire	5	5	5	5	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	1	1	0	0
Zone Rhône	4	4	15	15	1	1
Zone Savoie	0	0	3	3	0	0
Zone Haute-Savoie	3	3	4	4	1	1
TOTAL	24	24	43	43	3	3

Zones de santé	Mention B2 Chirurgie oncologique thora- cique complexe		Mention A3 Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo- faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde		Mention B3 Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo- faciale complexe	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	1	1	1	1
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1	2	2	3	3
Zone Cantal	0	0	0	0	1	1
Zone Ardèche - Drôme	1	1	2	2	2	2
Zone Isère	2	2	1	1	1	1
Zone Loire	2	2	2	2	2	2
Zone Haute-Loire	0	0	0	0	1	1
Zone Rhône	4	4	1	1	6	6
Zone Savoie	1	1	0	0	2	2
Zone Haute-Savoie	1	1	0	0	2	2
TOTAL	12	12	9	9	21	21

Zones de santé	Mention A4 Chirurgie oncologique urologique		Mention B4 Chirurgie oncologique urologique complexe		Mention A5 Chirurgie oncologique gynécologique	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	1	1	1	1	1	1
Zone Allier - Puy de Dôme	2	2	4	4	2	2
Zone Cantal	1	1	0	0	1	1
Zone Ardèche - Drôme	4	4	2	2	3	3
Zone Isère	0	0	4	4	2	2
Zone Loire	2	2	4	4	2	2
Zone Haute-Loire	0	0	1	1	0	0
Zone Rhône	5	5	11	11	7	7
Zone Savoie	0	0	2	2	0	0
Zone Haute-Savoie	4	4	3	3	4	4
TOTAL	19	19	32	32	22	22

Zones de santé	Mention B5 Chirurgie oncologique gynécologique complexe		Mention A6 Chirurgie oncologique mammaire		Mention A7 Chirurgie oncologique indifférenciée	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	2	2	3	3
Zone Allier - Puy de Dôme	2	2	6	6	13	13
Zone Cantal	0	0	2	2	2	2
Zone Ardèche - Drôme	1	1	4	4	9	9
Zone Isère	2	2	5	5	6	6
Zone Loire	2	2	6	6	10	10
Zone Haute-Loire	0	0	1	1	2	2
Zone Rhône	6	6	17	17	25	25
Zone Savoie	2	2	2	2	4	4
Zone Haute-Savoie	1	1	7	7	7	7
TOTAL	16	16	52	52	81	81

Zones de santé	Mention C Chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de 18 ans	
	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	1	1
Zone Cantal	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0
Zone Isère	1	1
Zone Loire	1	1
Zone Haute-Loire	0	0
Zone Rhône	3	3
Zone Savoie	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0
TOTAL	6	6

2. Modalité – Radiothérapie externe, curiethérapie

Zones de santé	Mention A Radiothérapie externe chez l'adulte		Mention B Curiethérapie chez l'adulte		Mention C Radiothérapie externe chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte)	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	1	1	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	3	3	1	1	0	0
Zone Cantal	1	1	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	2	2	0	0	0	0
Zone Isère	1	2	1	1	0	1
Zone Loire	2	2	1	1	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Rhône	6	6	2	2	1	2
Zone Savoie	1	1	0	0	0	0
Zone Haute-Savoie	3	3	0	0	0	0
TOTAL	20	21	5	5	1	3

Zones de santé	Mention C Curiethérapie chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte)	
	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0
Zone Cantal	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0
Zone Isère	0	0
Zone Loire	0	0
Zone Haute-Loire	0	0
Zone Rhône	0	0
Zone Savoie	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0
TOTAL	0	0

3. Modalité - Traitements médicamenteux systémiques du cancer

Zones de santé	Mention A TMSC chez l'adulte		Mention B TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours		Mention C TMSC chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	2	2	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	10	10	1	1	1	1
Zone Cantal	2	2	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	5	5	0	0	0	0
Zone Isère	2	2	1	1	1	1
Zone Loire	3	4	1	2	1	1
Zone Haute-Loire	1	1	0	0	0	0
Zone Rhône	17	17	2	2	2	2
Zone Savoie	2	2	1	1	0	0
Zone Haute-Savoie	5	5	1	1	0	0
TOTAL	49	50	7	8	5	5

INDICATEURS DE SUIVI

En sus des indicateurs déjà inscrits dans la feuille de route de la stratégie cancers Auvergne-Rhône-Alpes, se rajoute cet indicateur spécifique au traitement du cancer.

- Indices de recours par modalité et par localisation de cancer à la maille ZSP.

20. EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES

La région compte 26 laboratoires de génétique moléculaire et 8 laboratoires de cytogénétique. Elle dispose également de la plateforme de séquençage haut débit AURAGEN issu du plan France Génomique 2025.

- Soutenir les centres hospitaliers universitaires dans la formation de généticiens.
- Augmenter l'accès à des psychologues spécialisés en établissement de santé

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Accompagner le développement du recours aux examens de génétique.
- Exercer une vigilance sur le nombre de conseillers en génétique et/ou les consultations avancées apparaît comme l'axe prioritaire.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	Analyses de cytogénétique (en nombre de laboratoires)			Analyses de génétique moléculaire (en nombre de laboratoires)		
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	2	2	2	3	3	3
Zone Cantal	0	0	0	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0	0	0	0
Zone Isère	1	1	1	4	4	4
Zone Loire	1	1	1	2	2	2
Zone Haute-Loire	0	0	0	0	0	0
Zone Rhône	4	4	4	15	15	15
Zone Savoie	1	1	1	1	1	1
Zone Haute-Savoie	0	0	0	0	0	0
TOTAL	9	9	9	25	25	25

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de praticiens agréés aux examens génétiques en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Nombre de conseillers en génétique en Auvergne-Rhône-Alpes.

21. HOSPITALISATION À DOMICILE

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 29 services d'Hospitalisation à domicile (HAD). Les établissements sont assez largement répartis sur les territoires, puisque chaque zone DST bénéficie d'au moins une structure d'HAD. Toutefois, certaines zones sanitaires de proximité, bien qu'appartenant au périmètre d'intervention d'une HAD semblent moins bien desservies (souvent du fait d'un éloignement important). Ce nouveau schéma régional de santé est l'occasion de s'assurer que chaque titulaire d'autorisation assure ses missions sur l'intégralité de son aire géographique.

Les deux motifs principaux de prise en charge sont les soins palliatifs et les pansements complexes et soins spécifiques. 60 % des patients ont plus de 65 ans.

En 2021, 18 400 patients ont été pris en charge dans un service HAD avec une activité qui a diminué de 2.5 % entre 2020 et 2021. Un sous recours régional de 8 % par rapport au niveau national est constaté aussi bien en termes de patients qu'en termes de journées d'hospitalisation. Un sous recours en terme de journée à l'HAD est constaté de façon plus prononcée en Haute Loire, dans le cantal et une partie de l'Isère.

Il existe une feuille de route stratégique 2021-2026 pour l'HAD.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Mettre en œuvre les dispositions de la feuille de route stratégique HAD 2021-2026.
- Renforcer le recours à l'HAD.
- Assurer une équité d'accès à des soins d'hospitalisation à domicile en vérifiant notamment que le titulaire de l'autorisation assure l'ensemble de ses missions sur l'intégralité de son aire géographique d'intervention.
- Renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale sanitaire et développer son articulation avec le secteur social, médicosocial.
- Renforcer l'articulation avec les équipes mobiles et les dispositifs d'appui à la coordination.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	Mention Socle		Mention Réadaptation		Mention Ante et post partum		Mention Enfants de moins de trois ans	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	2	2	1	2	1	2	1	2
Zone Allier - Puy de Dôme	6	6	1	6	1	6	1	6
Zone Cantal	1	1	1	1	1	1	1	1
Zone Ardèche - Drôme	3	3	1	3	1	3	1	3
Zone Isère	2	2	1	2	1	2	1	2
Zone Loire	3	3	1	3	1	3	1	3
Zone Haute-Loire	1	1	1	1	1	1	1	1
Zone Rhône	3	3	1	3	1	3	1	3
Zone Savoie	3	3	1	3	1	3	1	3
Zone Haute-Savoie	5	5	1	5	1	5	1	5
TOTAL	29	29	10	29	10	29	10	29

INDICATEURS DE SUIVI

- Indice de recours à l'[HAD](#) à la maille de la zone sanitaire de proximité.

22. ACTIVITÉ DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

La réforme des autorisations d'imagerie

Elle a pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, une meilleure adaptation à l'innovation en santé et une plus grande territorialisation de l'offre de soin.

Pour la radiologie interventionnelle, l'activité n'était jusqu'à présent pas soumise à autorisation. L'essentiel de la réforme consiste à reconnaître la radiologie interventionnelle comme activité de soins autorisée et à y associer les exigences de qualité et de sécurité des soins nécessaires. Le décret instaure une logique globale de gradation de l'offre de radiologie interventionnelle en 4 Mentions A, B, C et D.

- La mention A comporte les actes « courants » de radiologie interventionnelle par voie intraveineuse, percutanée ou transcrânienne comme les infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages.
- La mention B comporte un spectre large d'actes par voie endoveineuse profonde ou intra-artérielle dont des actes complexes.
- La mention C est relative aux actes thérapeutiques du cancer.
- La mention D comprend l'ensemble des actes y compris ceux assurés en permanence pour la prise en charge de l'urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales et requiert un plateau de réanimation sur site.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

ATTENTION : compte-tenu de l'absence d'instruction publiée au moment de la diffusion du présent schéma, les mentions de radiologie interventionnelle sont susceptibles d'évoluer. Le tableau ne mentionne que les données extrapolées des détenteurs d'autorisations connus.

La stratégie régionale

En matière d'imagerie interventionnelle la mention A doit permettre un accès large à des gestes courants. La mention D sera à l'inverse restreinte à des centres ayant la capacité à mettre en œuvre cette permanence lourde avec des capacités de réanimation, dans un contexte de rareté de la ressource en radiologues interventionnels, avec l'objectif d'au moins un centre par territoire de convention d'association GHT-CHU et quand c'est possible par zone de santé.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Avoir dans chaque zone de convention d'association de GHT/ CHU au moins un acteur avec une mention C.
- Avoir dans chaque zone de convention d'association de GHT/ CHU au moins un acteur avec une mention D.
- Identifier dans chaque zone de convention d'association de GHT au moins un acteur pouvant réaliser les actes thérapeutiques spécifiques portant sur l'aorte thoracique (mention B).

1. Radiologie interventionnelle

Zones de santé	Mention A Actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D		Mention B En sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	3	3	4	4
Zone Allier - Puy de Dôme	9	9	4	4
Zone Cantal	2	2	1	1
Zone Ardèche - Drôme	10	10	2	2
Zone Isère	5	5	4	4
Zone Loire	6	6	5	5
Zone Haute-Loire	2	2	1	1
Zone Rhône	15	15	12	12
Zone Savoie	7	7	0	0
Zone Haute-Savoie	9	9	5	5
TOTAL	68	68	38	38

Zones de santé	Mention C En sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle		Mention D Ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostasie des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	
	OQOS minimum	OQOS maximum	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	2	2	1	1
Zone Cantal	0	0	1	1
Zone Ardèche - Drôme	0	0	1	1
Zone Isère	0	0	1	1
Zone Loire	1	1	1	1
Zone Haute-Loire	0	0	0	0
Zone Rhône	5	5	4	6
Zone Savoie	2	2	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	1	1
TOTAL	10	10	10	12

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'EML dédiés à l'interventionnel
- Nombres d'actes et indices de recours en mention C
- Nombres d'actes et indices de recours en mention D

23. ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS (IRM ET SCANNERS)

Chiffres clés

- En 2022, 154 Imageries par résonance magnétique (IRM) et 173 scanners implantés en Auvergne-Rhône-Alpes. Une révision exceptionnelle du SRS a eu lieu en 2021 pour répondre aux besoins populationnels.
- Accessibilité au scanner ou tomodensitomètre (TDM) : 2,2 scanners pour 100 000 habitants en Auvergne-Rhône-Alpes, des disparités de densité entre les DST. 90 % de la population se situe à moins de 30 minutes d'un scanner. Un recours relativement homogène au sein des DST et des ZSP de la région.
- Accessibilité à l'Imagerie à résonance magnétique : 1,9 IRM pour 100 000 habitants en Auvergne-Rhône-Alpes. 85 % de la population se situe à moins de 30 minutes d'un IRM.

Ce secteur d'activité est marqué par la raréfaction de la ressource en radiologues salariés en établissement de santé (données atlas régional de santé) mais aussi en manipulateurs en radiologie ce qui peut menacer la permanence des soins. Dans ce contexte, un recours à la télé-radiologie s'est développé ces dernières années.

La réforme des autorisations d'imagerie

Elle a pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, une meilleure adaptation à l'innovation en santé et une plus grande territorialisation de l'offre de soin.

Pour la radiologie diagnostique : la réforme maintient l'autorisation par site d'implantation pour les EML mais elle allège la procédure concernant le nombre d'équipements en dessous d'un seuil de 3 EML par site d'implantation. Les OQOS par EML sont supprimés, seuls les OQOS par implantation sont maintenus. En dehors des règles qui s'imposent aux établissements de santé, en cas de besoin sur la zone identifiée, le DG de l'ARS propose au titulaire de participer à la permanence des soins. La prise en charge des soins radiologiques par télé radiologie s'inscrit dans une organisation territoriale et respecte l'ensemble des exigences de qualité et des étapes de prise en charge médicale radiologique d'un patient.

La stratégie régionale

En matière d'imagerie diagnostique le bilan du précédent SRS fait apparaître de très nombreuses implantations avec un seuil d'EML inférieur à 3, mais de façon variable selon les territoires. La possibilité d'inflation du nombre de machines est très importante, ce qui peut avoir un effet bénéfique sur la réduction des délais d'accès à l'imagerie mais aussi un effet délétère par une déstabilisation brutale de la ressource humaine pouvant compromettre l'offre voire la permanence des soins. L'ARS ne souhaite donc pas privilégier de nouvelles implantations, hormis dans des zones rurales éloignées des implantations actuelles, et veillera à la participation à la permanence des soins et / ou la territorialisation de cette permanence. Pour favoriser la coopération entre les structures, la création de Plateaux d'imagerie médicale partagée (PIMM) pourra être accompagnée.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Poursuivre l'amélioration de la pertinence des prescriptions et renforcer l'accès direct aux examens en coupe non irradiants (IRM).
- Poursuivre le déploiement des EML pour répondre à la croissance des besoins et réduire les délais d'attente permise par l'allègement des contraintes en dessous du seuil de 3EML par site.
- Ne pas multiplier les nouveaux sites d'implantation (à l'exception éventuelle de territoires déficitaires) du fait de l'inflation potentielle du nombre de machines par l'effet d'atteinte du seuil de 3EML par site dans un contexte de tensions RH majeures sur les manipulateurs en électroradiologie et médecins radiologues, pouvant entraîner des ruptures dans la permanence des soins.
- Identifier dans chaque zone de santé un nombre de sites – publics ou privés – participant à la permanence des soins ou pouvant mutualiser la permanence sur un territoire en liant l'autorisation à une proposition de participation à la permanence des soins pour l'imagerie diagnostique TomoDensitoMétrie (TDM) et/ou IRM.
- Développer la permanence des soins communes à plusieurs sites en lien avec la révision du schéma de PDSES.

- S'assurer du fait que secondairement à la demande du Directeur général de l'ARS le titulaire d'autorisation disposant d'au moins 3 EML garantit la possibilité de réaliser les examens et d'en interpréter les résultats, sur plage de 12h les jours ouvrables.
- Accompagner le développement et la sécurisation de la télé imagerie pour renforcer l'accès aux soins, la permanence des soins et les possibilités de référence, en tenant compte de la répartition territoriale des ressources médicales et de son évolution, mais aussi des nouveaux éléments apportés par la réforme des autorisations.
- Accompagner la possible création de PIMM sur le territoire régional.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

ATTENTION : compte-tenu de l'attente de publication de l'instruction ministérielle, ces données sont susceptibles d'être modifiées. La fourchette haute présentée correspond aux entités géographiques actuelles.

1. Imagerie médicale

Zones de santé	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	4	6
Zone Allier - Puy de Dôme	16	19
Zone Cantal	4	4
Zone Ardèche - Drôme	13	16
Zone Isère	13	17
Zone Loire	14	21
Zone Haute-Loire	3	5
Zone Rhône	37	51
Zone Savoie	9	14
Zone Haute-Savoie	16	21
TOTAL	129	174

INDICATEURS DE SUIVI

- Taux d'équipement en TDM et IRM des ZSP et DST.
- Nombre de sites avec proposition de participation à la PDS.

24. CAISSON HYPERBARE

Le caisson hyperbare est une installation médicotechnique étanche au sein de laquelle un ou plusieurs patients peuvent être exposés à une pression supérieure à la pression atmosphérique, ce qui permet principalement d'accroître l'oxygénation des tissus.

La région Auvergne-Rhône-Alpes dispose d'un caisson hyperbare situé à Lyon, aux HCL. Un OQOS était par

ailleurs ouvert pour l'ex-zone de Clermont-Ferrand mais n'a pas fait l'objet de demande d'autorisation.

OBJECTIFS QUALITATIFS POUR 2028

- Permettre l'accès aux patients relevant de prescription pour oxygénothérapie.

OBJECTIFS QUANTITATIFS

Zones de santé	En nombre d'implantations		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0
Zone Isère	0	0	0
Zone Loire	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1
Zone Savoie	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0
TOTAL	1	1	1

Zones de santé	En nombre d'appareils		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0
Zone Isère	0	0	0
Zone Loire	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0
Zone Rhône	1	1	1
Zone Savoie	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0
TOTAL	1	1	1

INDICATEURS DE SUIVI

- Accès à l'équipement au bénéfice de l'ensemble du territoire.

25. CYCLOTRON À UTILISATION MÉDICALE

Aucun cyclotron à usage médical n'est autorisé dans la région Auvergne Rhône Alpes. Il n'existe d'OQOS pour aucune des zones de santé d'activités de soins et d'équipement et matériel lourd. Toutefois, une réflexion existe, potentiellement liée à un programme de recherche, elle pourrait conduire à envisager la mise en œuvre d'un OQOS dans le cadre d'une révision.

Zones de santé	En nombre d'implantations		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0
Zone Isère	0	0	0
Zone Loire	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0
Zone Rhône	0	0	0
Zone Savoie	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0
TOTAL	0	0	0

Zones de santé	En nombre d'appareils		
	Situation existante	OQOS minimum	OQOS maximum
Zone Ain	0	0	0
Zone Allier - Puy de Dôme	0	0	0
Zone Cantal	0	0	0
Zone Ardèche - Drôme	0	0	0
Zone Isère	0	0	0
Zone Loire	0	0	0
Zone Haute-Loire	0	0	0
Zone Rhône	0	0	0
Zone Savoie	0	0	0
Zone Haute-Savoie	0	0	0
TOTAL	0	0	0

GLOSSAIRE

AAH	Allocation adulte handicapé
AAP	Appel à projets
ACT	Appartements de coordination thérapeutique
AEEH	Allocation d'Éducation 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'efficacité 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)
<u>CSS</u>	Complémentaire santé solidaire
COSCOM	Contrat de stabilisation et de coordination médecin
<u>COS</u>	Cadre d'orientation stratégique
<u>COSSIS</u>	Comité d'orientation stratégique des systèmes d'information de santé
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
<u>CPIAS</u>	Centre d'appui à la prévention des infections associées aux soins
<u>CPOM</u>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS	Compétences psychosociales
<u>CPTS</u>	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRA	Centre ressources autisme Auvergne et Rhône-Alpes
<u>CRAtb</u>	Centre régional en antibiothérapie
<u>Creton</u>	Amendement Creton
<u>CRCDC</u>	Centre régional de coordination du dépistage des cancers
<u>CREAI</u>	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CRPA	Conseil régional des personnes accueillies
<u>CRSA</u>	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
<u>CRT</u>	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
<u>CSO</u>	Centre spécialisé obésité
CSP	Code de santé Publique
<u>CTS</u>	Conseil territorial de santé (un par département en Auvergne-Rhône-Alpes)
CTSM	Contrat territorial de santé mentale
CV	Centre de vaccination
<u>DAC</u>	Dispositif d'appui à la coordination
<u>DAPAP</u>	Dispositif d'appui à la prescription d'activité physique adaptée
<u>DCC</u>	Dossier communicant de cancérologie
<u>DGCS</u>	Direction générale de la cohésion sociale
<u>DGOS</u>	Direction générale de l'offre de soins
<u>DIA</u>	Délégation interministérielle à l'autisme
<u>DIHAL</u>	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
<u>DIRECCTE</u>	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
<u>DRAC</u>	Direction régionale des affaires culturelles
<u>DRAD</u>	Dispositif renforcé de soutien à domicile
<u>DRDFE</u>	Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité
<u>DREES</u>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<u>DREETS</u>	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, dysorthographe, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie
EAM	Etablissement d'accueil médicalisé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Événement indésirable grave
EIGS	Événement 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
<u>EPCI</u>	Etablissement public de coopération intercommunale
<u>ESA</u>	Equipes spécialisés Alzheimer (à domicile)
<u>ESAT</u>	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
<u>ESRP</u>	Etablissement et service de réadaptation professionnelle
ESS	Equipe de suivi de scolarisation
ESSI	Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité
<u>ETP</u>	Education thérapeutique du patient
ETP	Equivalent temps plein
<u>FAM</u>	Foyer d'accueil médicalisé
<u>FIR</u>	Fond d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
<u>GCS SARA</u>	Groupement de coopération sanitaire système d'information santé en Auvergne-Rhône-Alpes
<u>GEM</u>	Groupement d'entraide mutuelle
<u>GHT</u>	Groupement hospitalier de territoire
GPEC	Gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences
<u>GRADeS</u>	Groupement régional d'appui au développement de la e-Santé
<u>HAD</u>	Hospitalisation à domicile
<u>HAS</u>	Haute autorité de santé
<u>HCL</u>	Hospices civils de Lyon
HLM	Hors les murs
HP	Hébergement permanent
<u>HPST</u>	Hôpital, patients, santé et territoire (loi de 2009)
HPV	Papillomavirus humain
HT	Hébergement temporaire
HTSH	Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
<u>IAE</u>	Insertion par l'activité économique
<u>ICAPS</u>	Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité
IDE	Infirmier diplômé d'état
IEM	Institut d'éducation motrice
<u>IFAS</u>	Instituts de formation d'aide-soignants
IFSI	Instituts de formation en soins infirmiers
IFTS	Instituts de formation des travailleurs sociaux
<u>IGAS</u>	Inspection générale des affaires sociales
<u>IHAB</u>	Initiative hôpital ami des bébés
IMC	Indice de masse corporelle
IME	Institut médico-éducatif
<u>INS</u>	Identité nationale de santé
<u>INSEE</u>	Institut national de la statistique et des études Economiques
IST	Infections sexuellement transmissibles
<u>IPA</u>	Infirmier en pratique avancée
<u>IREPS</u>	Instance régionale d'éducation et de promotion santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISEMA	Internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LHSS	Lits halte soins santé
<u>MAIA</u>	Maison pour l'Apprentissage et l'Intégration des enfants porteurs d'Autisme
<u>MAS</u>	Maison d'accueil spécialisée
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
<u>MCS</u>	Médecin correspondant du SAMU

MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
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	Observatoire 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
PDSSES	Permanence des soins en établissement de santé
PFR	Plateforme de répit
PH/PSG	Personne handicapée / Personne en situation de handicap
PMI	Protection maternelle et infantile (service du Département)
PMP	Projet médical partagé
PNNS	Plan national nutrition santé
PPAC	Programme personnalisé après cancer
PPS	Projet/Programme personnalisé de soins
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 prioritaires 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

<u>SAD</u>	Service autonomie à domicile
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
<u>SAMSAH</u>	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
<u>SAS</u>	Service d'accès aux soins
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
<u>SMAEC</u>	Service mobile d'accompagnement d'évaluation et de coordination
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
<u>SOS</u>	Soins oncologiques de support
<u>SPASAD</u>	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SRS	Schéma régional de santé
<u>SSIAD</u>	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
<u>UCSD</u>	Un chez soi d'abord
<u>UEE</u>	Unités d'enseignement externalisées
UEEA	Unités d'enseignement élémentaire autisme
UEMA	Unités d'enseignement maternelle autisme
<u>UHR</u>	Unités d'hébergement renforcé
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
<u>URPS</u>	Union régionale des professionnels de santé
UMD	Unité de malades difficiles
<u>USLD</u>	Unité de soins de longue durée
USMP	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire
USPC	Unités de soins prolongés complexes
<u>UTEP</u>	Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient
UVP	Unité de vie protégée
VAE	Validation d'acquis d'expérience
ZSP	Zone de soins de proximité

ARRÊTÉ n° 200 – 2023 du 29 septembre 2023

**portant modification de la composition du conseil
de la caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme**

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 211-2, R. 211-1, R. 121-5 à R. 121-7, et D. 231-1 à D. 231-4 ;

Vu l'arrêté du 28 octobre 2009 modifié relatif aux institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et siégeant au sein du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Vu l'arrêté du 7 décembre 2021 relatif à la répartition des sièges des représentants des assurés sociaux et des employeurs au sein des organismes de sécurité sociale du régime général et du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,

Vu l'arrêté n° 44-2022 du 28 avril 2022 portant nomination des membres du conseil de la caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme,

Vu les arrêtés modificatifs n° 51-2022 du 3 mai 2022 et n° 165-2023 du 12 avril 2023,

Vu la proposition de la Confédération des Petites et Moyennes Entreprises (CPME) en date du 22 septembre 2023,

A R R Ê T É

Article 1

La composition du conseil de la caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme est modifiée comme suit :

Parmi les représentants des employeurs désignés par la Confédération des Petites et Moyennes Entreprises (CPME) :

- Mme VALLES VIDAL Véronique est nommée en tant que titulaire sur siège vacant.

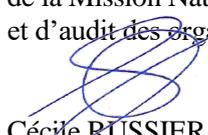
Article 2

La cheffe d'antenne de Lyon de la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne Rhône Alpes et à celui de la préfecture du département de la Drôme.

Fait à Lyon, le 29 septembre 2023

Le ministre de la santé et de la prévention,
Pour le ministre et par délégation,

La cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale


Cécile RUSSIER



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction
de la sécurité sociale**

Mission Nationale de Contrôle
Et d'audit des organismes
De sécurité sociale
Antenne de Lyon

ARRÊTÉ n° 201 - 2023 du 29 septembre 2023

**Portant modification de la composition du conseil d'administration
de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Isère**

Le ministre de la Santé et de la Prévention et la ministre des Solidarités et des Familles,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 215-2, R. 121-5 à R. 121-7, et D. 231-1 à D.231-4 ;

Vu l'arrêté du 7 décembre 2021 relatif à la répartition des sièges des représentants des assurés sociaux et des employeurs au sein des organismes de sécurité sociale du régime général et du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,

Vu l'arrêté n° 33-2022 du 4 avril 2022 portant nomination des membres du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Isère,

Vu les arrêtés modificatifs n° 83-2022, n° 124-2022, n° 176-2023, n° 189-2023 et n° 199-2023 du 7 septembre 2023,

Vu la proposition de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) du 18 septembre 2023,

A R R Ê T E N T

Article 1

La composition du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales **de l'Isère** est modifiée comme suit :

En tant que représentants de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) :

- Le siège occupé par M. BRUNEAU Guillaume, suppléant, est déclaré vacant.

Article 2

La cheffe d'antenne de Lyon de la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne Rhône Alpes et à celui de la préfecture du département de l'Isère.

Fait à Lyon, le 29 septembre 2023

Le ministre de la Santé et de la Prévention,
Pour le ministre et par délégation,

La Cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale



Cécile RUSSIER

La ministre des Solidarités et des Familles,
Pour la ministre et par délégation,

La Cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale



Cécile RUSSIER



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction
de la sécurité sociale**

Mission Nationale de Contrôle
Et d'audit des organismes
De sécurité sociale
Antenne de Lyon

ARRETE n° 202 - 2023 du 5 octobre 2023

portant modification de la composition du conseil de l'union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) Rhône-Alpes

Le ministre de la santé et de la prévention et le ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 216-1, L. 216-3 et D. 231-1 à D. 231-4 ;

Vu l'arrêté du 29 décembre 2004 fixant les statuts types des Unions pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie et notamment l'article 2,

Vu l'arrêté du 7 décembre 2021 relatif à la répartition des sièges des représentants des assurés sociaux et des employeurs au sein des organismes de sécurité sociale du régime général et du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,

Vu l'arrêté n° 69-2022 du 17 juin 2022 portant nomination des membres du conseil de l'Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM) Rhône-Alpes,

Vu les arrêtés modificatifs n° 73-2022, 86-2022, 105-2022, n° 167-2023 et n° 186-2023 du 16 juin 2023,

Vu la proposition du Mouvement des Entreprises de France (MEDEF) en date 2 octobre 2023,

A R R Ê T E N T

Article 1

La composition du conseil de l'Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM) est modifiée comme suit :

Parmi les représentants des employeurs désignés par le Mouvement des Entreprises de France (MEDEF) :

- M. REBECCHI Grégoire est nommé en tant que suppléant sur siège vacant.

Article 2

La cheffe d'antenne de Lyon de la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne Rhône Alpes.

Fait à Lyon, le 5 octobre 2023

Le ministre de la santé et de la prévention,
Pour le ministre et par délégation,

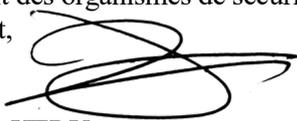
Pour la cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,



Geoffrey HERY

Le ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion,
Pour le ministre et par délégation,

Pour la cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,



Geoffrey HERY

ARRETE n° 203 - 2023 du 19 octobre 2023

**Portant modification de la composition du conseil d'administration
de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Ain**

Le ministre de la santé et de la prévention et la ministre des solidarités et des familles,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 215-2, R. 121-5 à R. 121-7, et D. 231-1 à D.231-4 ;

Vu l'arrêté du 7 décembre 2021 relatif à la répartition des sièges des représentants des assurés sociaux et des employeurs au sein des organismes de sécurité sociale du régime général et du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,

Vu l'arrêté n° 13 - 2022 du 17 mars 2022 portant nomination des membres du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Ain,

Vu les arrêtés modificatifs n° 57-2022, n° 108-2022, n° 135-2023 et n° 185-2023 du 8 juin 2023,

Vu la proposition de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) en date du 18 octobre 2023,

A R R Ê T E N T

Article 1

La composition du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Ain est modifiée comme suit :

Parmi les représentants des associations familiales désignés par l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) :

- Mme DANJEAN Claire est nommée en tant que titulaire en remplacement de Mme GROSGOJAT Charline.

Article 2

La cheffe d'antenne de Lyon de la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne Rhône Alpes et à celui de la préfecture du département de l'Ain.

Fait à Lyon, le 19 octobre 2023

Le ministre de la Santé et de la Prévention,
Pour le ministre et par délégation,

Pour la Cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,



Geoffrey HERY

La ministre des Solidarités et des Familles,
Pour la ministre et par délégation,

Pour la Cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,



Geoffrey HERY

ARRETE n° 204 - 2023 du 19 octobre 2023

**Portant modification de la composition du conseil d'administration
de l'Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales Rhône Alpes**

**Le ministre de la santé et de la prévention et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des
finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics,**

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 213-2, R. 121-5 à R. 121-7 et D. 231-1 à D. 231-4 ;

Vu l'arrêté du 7 décembre 2021 relatif à la répartition des sièges des représentants des assurés sociaux et des employeurs au sein des organismes de sécurité sociale du régime général et du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,

Vu l'arrêté n° 15-2022 du 21 mars 2022 portant nomination des membres du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales Rhône Alpes,

Vu les arrêtés modificatifs n° 43-2022, n° 78-2022, n° 93-2022, n° 116-2022, n° 168-2023, n° 177-2023 et n° 180-2023 du 2 juin 2023,

Vu la proposition du Mouvement des Entreprises de France (MEDEF) en date du 18 octobre 2023,

A R R Ê T E N T

Article 1

La composition du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales Rhône Alpes est modifiée comme suit :

Parmi les représentants des employeurs désignés par le Mouvement des Entreprises de France (MEDEF) :

- Le siège de titulaire occupé par M. POISSON Marc est déclaré vacant.

Article 2

La cheffe d'antenne de Lyon de la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne Rhône Alpes.

Fait à Lyon, le 19 octobre 2023

Le ministre de la santé et de la prévention,
Pour le ministre et par délégation,

Pour la Cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,



Geoffrey HERY

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie,
des finances et de la souveraineté industrielle et numérique,
chargé des comptes publics,
Pour le ministre et par délégation,

Pour la Cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,



Geoffrey HERY

ARRETE n° 205 - 2023 du 19 octobre 2023

**Portant modification de la composition du conseil d'administration
de la Caisse d'Allocations Familiales de la Loire**

Le ministre de la Santé et de la Prévention et la ministre des Solidarités et des Familles,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 215-2, R. 121-5 à R. 121-7, et D. 231-1 à D.231-4 ;

Vu l'arrêté du 7 décembre 2021 relatif à la répartition des sièges des représentants des assurés sociaux et des employeurs au sein des organismes de sécurité sociale du régime général et du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,

Vu l'arrêté n° 7 - 2022 du 8 mars 2022 portant nomination des membres du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales de la Loire,

Vu les arrêtés modificatifs n° 72-2022, n° 89-2022, n° 118-2022, n° 143-2023, n° 161-2023 et n° 169-2023 du 30 avril 2023,

Vu la proposition de la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC) en date du 18 septembre 2023,

A R R Ê T E N T

Article 1

La composition du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales de la Loire est modifiée comme suit :

Parmi les représentants des assurés sociaux désignés par la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC) :

- M. JUBAN Daniel est nommé en tant que suppléant en remplacement de M. FILLIERE Alain.

Article 2

La cheffe d'antenne de Lyon de la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne Rhône Alpes et à celui de la préfecture du département de la Loire.

Fait à Lyon, le 19 octobre 2023

Le ministre de la Santé et de la Prévention,
Pour le ministre et par délégation,

Pour la Cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,



Geoffrey HERY

La ministre des Solidarités et des Familles,
Pour la ministre et par délégation,

Pour la Cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,



Geoffrey HERY

ARRETE n° 206 – 2023 du 27 octobre 2023

**portant modification de la composition du conseil
de la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Loire**

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 211-2, R. 211-1, R. 121-5 à R. 121-7, et D. 231-1 à D. 231-4 ;

Vu l'arrêté du 28 octobre 2009 modifié relatif aux institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et siégeant au sein du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Vu l'arrêté du 7 décembre 2021 relatif à la répartition des sièges des représentants des assurés sociaux et des employeurs au sein des organismes de sécurité sociale du régime général et du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,

Vu l'arrêté n° 54-2022 du 9 mai 2022 portant nomination des membres du conseil de la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Loire,

Vu les arrêtés modificatifs n° 104-2022 du 27 septembre 2022 et n° 133-2023 du 3 janvier 2023,

Vu la proposition de l'Union Nationale des associations agréées du système de santé (UNAASS) en date du 12 octobre 2023,

A R R Ê T E

Article 1

La composition du conseil de la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Loire est modifiée comme suit :

Parmi les représentants d'Institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie, désignés par l'Union Nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) :

- M. BLOT Christophe est nommé en tant que suppléant sur siège vacant.

Article 2

La cheffe d'antenne de Lyon de la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne Rhône Alpes et à celui de la préfecture du département de la Haute-Loire.

Fait à Lyon, le 27 octobre 2023

Le ministre de la santé et de la prévention,
Pour le ministre et par délégation,

Pour la cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,


Geoffrey HERY

ARRETE n° 207 – 2023 du 27 octobre 2023

**portant modification de la composition du conseil
du centre de traitement informatique (CTI) de Saint-Etienne**

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 211-2, R. 211-1, R. 121-5 à R. 121-7, et D. 231-1 à D. 231-4 ;

Vu l'arrêté du 23 juillet 2015 fixant le modèle de statuts des centres de traitement informatique des organismes de la branche maladie ;

Vu l'arrêté du 7 décembre 2021 relatif à la répartition des sièges des représentants des assurés sociaux et des employeurs au sein des organismes de sécurité sociale du régime général et du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;

Vu l'arrêté n° 74-2022 du 1^{er} juillet 2022 portant nomination des membres du conseil du centre de traitement informatique (CTI) de Saint-Etienne ;

Vu les arrêtés modificatifs n° 85-2022 du 28 juillet 2022 et n° 127-2022 du 8 décembre 2022 ;

Vu la proposition de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH) en date du 24 octobre 2023 ;

A R R Ê T E

Article 1

La composition du conseil du centre de traitement informatique (CTI) de Saint-Etienne est modifiée comme suit :

Parmi les représentants des institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie désignés par la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH) :

- Mme MOULIN Denise est nommée en tant que suppléante sur siège vacant.

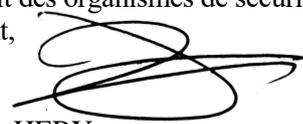
Article 2

La cheffe d'antenne de Lyon de la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne Rhône Alpes et à celui de la préfecture du département de la Loire.

Fait à Lyon, le 27 octobre 2023

Le ministre de la santé et de la prévention,
Pour le ministre et par délégation,

Pour la cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,


Geoffrey HERY

ARRETE n° 208 - 2023 du 27 octobre 2023

**Portant modification de la composition du conseil d'administration
de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Isère**

Le ministre de la Santé et de la Prévention et la ministre des Solidarités et des Familles,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 215-2, R. 121-5 à R. 121-7, et D. 231-1 à D.231-4 ;

Vu l'arrêté du 7 décembre 2021 relatif à la répartition des sièges des représentants des assurés sociaux et des employeurs au sein des organismes de sécurité sociale du régime général et du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,

Vu l'arrêté n° 33-2022 du 4 avril 2022 portant nomination des membres du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales de l'Isère,

Vu les arrêtés modificatifs n° 83-2022, n° 124-2022, n° 176-2023, n° 189-2023, n° 199-2023 et n° 201-2023 du 29 septembre 2023,

Vu la proposition de la Confédération Générale du Travail (CGT) du 24 octobre 2023,

A R R Ê T E N T

Article 1

La composition du conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales **de l'Isère** est modifiée comme suit :

En tant que représentants des assurés sociaux désignés par la Confédération Générale du Travail (CGT) :

- Le siège de titulaire occupé par M. UGHETTO-MONFRIN Bernard est déclaré vacant.

Article 2

La cheffe d'antenne de Lyon de la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Auvergne Rhône Alpes et à celui de la préfecture du département de l'Isère.

Fait à Lyon, le 27 octobre 2023

Le ministre de la Santé et de la Prévention,
Pour le ministre et par délégation,

Pour la Cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,



Geoffrey HERY

La ministre des Solidarités et des Familles,
Pour la ministre et par délégation,

Pour la Cheffe d'antenne de Lyon
de la Mission Nationale de Contrôle
et d'audit des organismes de sécurité sociale
l'Adjoint,



Geoffrey HERY

Arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_18_33 relatif à la composition du jury du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la Direction départementale de la sécurité publique de la Savoie (DDSP 73)

La Préfète de la Région Auvergne-Rhône-Alpes,
Préfète de la Zone de défense et de sécurité sud-est, Préfète du Rhône,
Officier de la Légion d'Honneur, Commandeur de l'Ordre National du Mérite,

Vu le code général de la fonction publique ;

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'État ;

Vu Ordonnance n°2005-901 du 2 août 2005 relative aux conditions d'âge dans la fonction publique et instituant un nouveau parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique de l'État (PACTE) ;

Vu le décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'État pris pour l'application de l'article 7 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 susvisée ;

Vu le décret n°2003-20 du 6 janvier 2003 relatif à l'ouverture de certains corps et emplois de fonctionnaires de l'État aux ressortissants des États membres de la communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen autres que la France ;

Vu le décret n°2004-1105 du 19 octobre 2004 relatif à l'ouverture des procédures de recrutement dans la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2005-902 du 2 août 2005 pris pour l'application de l'article 22 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2005-1055 du 29 août 2005 relatif à l'exonération des cotisations sociales des contrats dénommés "parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'État" pris en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 2005-901 du 2 août 2005 ;

Vu le décret n°2016-580 du 11 mai 2016 relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2006-1760 du 23 décembre 2006 relatif aux dispositions statutaires communes applicables aux corps d'adjoints administratifs des administrations de l'État ;

Vu le décret n°2006-1780 portant délégation de pouvoir en matière de recrutement et de gestion de certains personnels relevant du ministère de l'Intérieur ;

Vu l'arrêté ministériel du 29 décembre 2022 autorisant au titre de l'année 2023 l'ouverture de recrutements par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer ;

Vu l'arrêté ministériel du 13 mars 2023 fixant le nombre et la répartition géographique des postes offerts au titre de l'année 2023 au recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) pour le recrutement d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer ;

Vu l'arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_17_32 relatif à l'ouverture de recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la Direction départementale de la sécurité publique de la Savoie (DDSP 73) ;

Sur la proposition de la Préfète, Secrétaire Générale de la Préfecture du Rhône, Préfète déléguée pour l'égalité des chances ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La commission de sélection du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la Direction Départementale de Sécurité Publique de la Savoie (DDSP 73) pour un poste d'Agent polyvalent au bureau de l'immobilier et de la logistique est composée comme suit :

- Karine MASSON – Cheffe du Bureau de pilotage des effectifs, du recrutement et des rémunérations – Direction des Ressources Humaines – SGC du Rhône (Titulaire)
- Séverine APARISI – Adjointe à Cheffe du Bureau de pilotage des effectifs, du recrutement et des rémunérations - Direction des Ressources Humaines – SGC du Rhône (Suppléante)
- Eric TUGNOLI – Chef du Bureau de l'immobilier et de la logistique (Titulaire)
- Vincent BUCCI – Adjoint au Chef du Bureau de l'immobilier et de la Logistique (Suppléant)
- Pauline DUMAS – Conseillère Relations Entreprise – Pôle emploi Lyon Part Dieu (Titulaire)
- Constanza RIOLFI - Conseillère Relations Entreprise – Pôle emploi Lyon Part Dieu (Suppléante)

Article 2 : L'examen des candidatures se déroulera à partir de la semaine 47. Seuls les candidats dont le dossier de candidature aura été sélectionné par la commission seront convoqués à un entretien.

Les entretiens des candidats sélectionnés auront lieu à partir de la semaine 50.

Article 3 : La Préfète, Secrétaire Générale de la préfecture du Rhône, Préfète déléguée pour l'égalité des chances et les autorités compétentes sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Lyon, le 18/10/2023

La préfète
Secrétaire générale
Préfète déléguée pour l'égalité des chances

Vanina NICOLI

Délais et voies de recours :

Conformément à l'article R.421-1 du code de justice administrative, la présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux, dans le délai de deux mois à compter de sa notification, devant le tribunal administratif de Lyon (184, rue Duguesclin – 69 433 Lyon Cedex 03, ou sur l'application www.telerecours.fr). Elle peut également faire l'objet d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Préfet du Rhône. Cette démarche interrompt le délai de recours contentieux, ce dernier devant être introduit dans le délai de deux mois suivant une décision implicite ou explicite de l'autorité compétente (le silence de l'administration pendant un délai de deux mois valant décision implicite de rejet).

Arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_17_30 relatif à la liste des candidats admissibles au recrutement sans concours d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 pour le Secrétariat Général pour l'Administration du Ministère de l'Intérieur (SGAMI SUD-EST)

La Préfète de la Région Auvergne-Rhône-Alpes,
Préfète de la Zone de défense et de sécurité sud-est, Préfète du Rhône,
Officier de la Légion d'Honneur, Commandeur de l'Ordre National du Mérite,

- VU** le Code général de la fonction publique ;
- VU** la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- VU** la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'État ;
- VU** la loi n°2005-102 du 11 février 2005 modifiée pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- VU** le décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'État pris pour l'application de l'article 7 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 susvisée ;
- VU** le décret n° 2003-20 du 6 janvier 2003 relatif à l'ouverture de certains corps et emplois de fonctionnaires de l'État aux ressortissants des États membres de la communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen autres que la France ;
- VU** le décret n°2004-1105 du 19 octobre 2004 relatif à l'ouverture des procédures de recrutement dans la fonction publique de l'État ;
- VU** le décret n°2006-1760 du 23 décembre 2006 relatif aux dispositions statutaires communes applicables aux corps d'adjoints administratifs des administrations de l'État ;
- VU** le décret n°2016-580 du 11 mai 2016 relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique de l'État ;
- VU** l'arrêté du 28 décembre 2017 portant délégation de pouvoir en matière de recrutement et de gestion des personnels administratifs du ministère de l'Intérieur ;
- VU** l'arrêté ministériel du 29 décembre 2022 autorisant au titre de l'année 2023 l'ouverture de recrutements sans concours d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer ;
- VU** l'arrêté du 08 mars 2023 fixant au titre de l'année 2023 le nombre et la répartition géographique des postes offerts au recrutement sans concours d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer ;
- VU** le message ministériel du 28 février 2023 portant autorisation de recrutement pour le corps des adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer dans le cadre du plan de charge initial 2023;
- VU** l'Arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_07_21_19 portant ouverture d'un recrutement sans concours d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 pour le Secrétariat Général pour l'Administration du Ministère de l'Intérieur (SGAMI SUD-EST)

VU Arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_09_13_26 relatif à la composition des jurys des recrutements sans concours d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 pour le Secrétariat Général pour l'Administration du Ministère de l'Intérieur (SGAMI SUD-EST) ;

SUR la proposition de la Préfète, Secrétaire Générale de la Préfecture du Rhône, Préfète déléguée pour l'égalité des chances ;

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} : Les membres des commissions de sélection du recrutement sans concours pour l'accès au grade d'adjoint administratif de l'Intérieur et de l'outre-mer pour le Secrétariat Général pour l'Administration du Ministère de l'Intérieur (SGAMI Sud-Est) session 2023, se sont réunis le 16 octobre 2023.

ARTICLE 2 : Les listes des candidats pré-sélectionnés pour chacun des sept postes offerts au recrutement sans concours figurent ci-dessous (par ordre alphabétique) :

- Pour les 2 postes de Gestionnaires des dépenses et des recettes au CSP CHORUS (DAGF)
 - BERNABE nom d'usage DUPONT Stéphanie
 - DUVAL Christelle
 - LACROIX nom d'usage FONTAINE Chrystelle
 - MANCUSO Stella
 - PAQUIEN Sylvie
 - SEVERIN Marguerite
 - VACHER Noémie
 - ZOIOUI Malika

- Pour le poste de Gestionnaire de paye au Bureau des rémunérations (DRH)
 - AHAMADA nom d'usage RIGAILL Zaya
 - AMBROISE-ADELAIDE Lyonel
 - BOUDJEMA Ouafa
 - BOUSLAMTI Farah
 - CHAUSSARD nom d'usage BERNARD Tiphaine
 - GRANDMAN Loïc
 - HUBERT nom d'usage MEDJOUJ Sandra
 - PATRICK Logane
 - PERRICHON Ophélie
 - SEVERIN Marguerite
 - YACOUBI Léa
 - ZERARI Djalila

- Pour le poste de Gestionnaire des concours et examens professionnels au Bureau zonal du recrutement (DRH)
 - BOUDJEMA Ouafa
 - DUPONT Cléopée
 - HARPON nom d'usage HARPON-LATRA Cynthia
 - POLLET Célia
 - TOMA nom d'usage BURNICHON Stéphanie

- Pour le poste de Gestionnaire instructeur administratif chargé de l'instruction des demandes de paiement des chantiers immobilier au Bureau de la programmation immobilière (DI)
 - AHAMADA nom d'usage RIGAILL Zaya
 - AMBROISE-ADELAIDE Lyonel
 - BENABDI Linda
 - BILGIN Kubilay
 - BOUDJEMA Ouafa
 - HARPON nom d'usage HARPON-LATRA Cynthia
 - PAQUIEN Sylvie
 - POLLET Célia
 - SAVOYE Gauthier
 - YACOUBI Léa

- Pour le poste de Gestionnaire administratif du parc auto au Bureau des moyens et de la logistique (DEL)
 - BARTOLOME David
 - BEGHIDJA Amel
 - GILBERT Solène
 - POLAK nom d'usage CURIEL Alexandra
 - SACCO Fabrizio

- 1 poste de Secrétaire et gestionnaire RH de proximité au Bureau de gestion et de coordination (DEL)
 - AUBRAS nom d'usage RIZZO Gaëlle
 - BENABDI Linda
 - BOUSLAMTI Farah
 - DIALLO Habye
 - GUIGUET Cindy

ARTICLE 3 : Les entretiens de recrutement des candidats dont le dossier a été sélectionné par les commissions de sélection auront lieu du lundi 06 novembre au vendredi 10 novembre 2023.

ARTICLE 4 : La Préfète, Secrétaire Générale de la Préfecture du Rhône, Préfète déléguée pour l'égalité des chances ; et les autorités compétentes sont chargées, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lyon, le 17/10/2023

La préfète

Secrétaire générale

Préfète déléguée pour l'égalité des chances

Vanina NICOLI

Arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_18_36 relatif à la composition du jury du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la Direction départementale de la sécurité publique de l'Ardèche (DDSP 07)

La Préfète de la Région Auvergne-Rhône-Alpes,
Préfète de la Zone de défense et de sécurité sud-est, Préfète du Rhône,
Officier de la Légion d'Honneur, Commandeur de l'Ordre National du Mérite,

Vu le code général de la fonction publique ;

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'État ;

Vu Ordonnance n°2005-901 du 2 août 2005 relative aux conditions d'âge dans la fonction publique et instituant un nouveau parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique de l'État (PACTE) ;

Vu le décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'État pris pour l'application de l'article 7 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 susvisée ;

Vu le décret n°2003-20 du 6 janvier 2003 relatif à l'ouverture de certains corps et emplois de fonctionnaires de l'État aux ressortissants des États membres de la communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen autres que la France ;

Vu le décret n°2004-1105 du 19 octobre 2004 relatif à l'ouverture des procédures de recrutement dans la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2005-902 du 2 août 2005 pris pour l'application de l'article 22 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2005-1055 du 29 août 2005 relatif à l'exonération des cotisations sociales des contrats dénommés "parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'État" pris en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 2005-901 du 2 août 2005 ;

Vu le décret n°2016-580 du 11 mai 2016 relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2006-1760 du 23 décembre 2006 relatif aux dispositions statutaires communes applicables aux corps d'adjoints administratifs des administrations de l'État ;

Vu le décret n°2006-1780 portant délégation de pouvoir en matière de recrutement et de gestion de certains personnels relevant du ministère de l'Intérieur ;

Vu l'arrêté ministériel du 29 décembre 2022 autorisant au titre de l'année 2023 l'ouverture de recrutements par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer ;

Vu l'arrêté ministériel du 13 mars 2023 2022 fixant le nombre et la répartition géographique des postes offerts au titre de l'année 2023 au recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) pour le recrutement d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer ;

Vu l'Arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_09_12_26 relatif à l'ouverture de recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la Direction départementale de la sécurité publique de l'Ardèche (DDSP 07) ;

Sur la proposition de la Préfète, Secrétaire Générale de la Préfecture du Rhône, Préfète déléguée pour l'égalité des chances ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La commission de sélection du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la Direction Départementale de Sécurité Publique de l'Ardèche (DDSP 07) pour un poste d'Agent en charge du courrier est composée comme suit :

- Karine MASSON – Cheffe du Bureau de pilotage des effectifs, du recrutement et des rémunérations – Direction des Ressources Humaines – SGC du Rhône (Titulaire)
- Séverine APARISI – Adjointe à Cheffe du Bureau de pilotage des effectifs, du recrutement et des rémunérations - Direction des Ressources Humaines – SGC du Rhône (Suppléante)
- Benoît KIELINSKI – Chef de service gestion opérationnelle (Titulaire)
- Yohann SUREST – Adjoint au chef de service gestion opérationnelle (Suppléant)
- Pauline DUMAS – Conseillère Relations Entreprise – Pôle emploi Lyon Part Dieu (Titulaire)
- Constanza RIOLFI - Conseillère Relations Entreprise – Pôle emploi Lyon Part Dieu (Suppléante)

Article 2 : L'examen des candidatures se déroulera à partir de la semaine 46. Seuls les candidats dont le dossier de candidature aura été sélectionné par la commission seront convoqués à un entretien.

Les entretiens des candidats sélectionnés auront lieu à partir de la semaine 48.

Article 3 : La Préfète, Secrétaire Générale de la préfecture du Rhône, Préfète déléguée pour l'égalité des chances et les autorités compétentes sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Lyon, 18/10/2023

La préfète
Secrétaire générale
Préfète déléguée pour l'égalité des chances

Vanina NICOLI

Délais et voies de recours :

Conformément à l'article R.421-1 du code de justice administrative, la présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux, dans le délai de deux mois à compter de sa notification, devant le tribunal administratif de Lyon (184, rue Duguesclin – 69 433 Lyon Cedex 03, ou sur l'application www.telerecours.fr). Elle peut également faire l'objet d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Préfet du Rhône. Cette démarche interrompt le délai de recours contentieux, ce dernier devant être introduit dans le délai de deux mois suivant une décision implicite ou explicite de l'autorité compétente (le silence de l'administration pendant un délai de deux mois valant décision implicite de rejet).

Arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_18_34 relatif à la composition du jury du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la Direction départementale de la sécurité publique du Rhône (DDSP 69)

La Préfète de la Région Auvergne-Rhône-Alpes,
Préfète de la Zone de défense et de sécurité sud-est, Préfète du Rhône,
Officier de la Légion d'Honneur, Commandeur de l'Ordre National du Mérite,

Vu le code général de la fonction publique ;

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'État ;

Vu Ordonnance n°2005-901 du 2 août 2005 relative aux conditions d'âge dans la fonction publique et instituant un nouveau parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique de l'État (PACTE) ;

Vu le décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'État pris pour l'application de l'article 7 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 susvisée ;

Vu le décret n°2003-20 du 6 janvier 2003 relatif à l'ouverture de certains corps et emplois de fonctionnaires de l'État aux ressortissants des États membres de la communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen autres que la France ;

Vu le décret n°2004-1105 du 19 octobre 2004 relatif à l'ouverture des procédures de recrutement dans la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2005-902 du 2 août 2005 pris pour l'application de l'article 22 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2005-1055 du 29 août 2005 relatif à l'exonération des cotisations sociales des contrats dénommés "parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'État" pris en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 2005-901 du 2 août 2005 ;

Vu le décret n°2016-580 du 11 mai 2016 relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2006-1760 du 23 décembre 2006 relatif aux dispositions statutaires communes applicables aux corps d'adjoints administratifs des administrations de l'État ;

Vu le décret n°2006-1780 portant délégation de pouvoir en matière de recrutement et de gestion de certains personnels relevant du ministère de l'Intérieur ;

Vu l'arrêté ministériel du 29 décembre 2022 autorisant au titre de l'année 2023 l'ouverture de recrutements par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer ;

Vu l'arrêté ministériel du 13 mars 2023 fixant le nombre et la répartition géographique des postes offerts au titre de l'année 2023 au recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) pour le recrutement d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer ;

Vu l'arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_17_31 relatif à l'ouverture de recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la Direction départementale de la sécurité publique du Rhône (DDSP 69) ;

Sur la proposition de la Préfète, Secrétaire Générale de la Préfecture du Rhône, Préfète déléguée pour l'égalité des chances ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La commission de sélection du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la – Direction Départementale de Sécurité Publique du Rhône (DDSP 69) pour un poste d'Agent d'accueil et d'informations comme suit :

- Karine MASSON – Cheffe du Bureau de pilotage des effectifs, du recrutement et des rémunérations – Direction des Ressources Humaines – SGC du Rhône (Titulaire)
- Séverine APARISI – Adjointe à Cheffe du Bureau de pilotage des effectifs, du recrutement et des rémunérations - Direction des Ressources Humaines – SGC du Rhône (Suppléante)
- Romuald LORO – Chef Etat-major par intérim Division Ouest (Titulaire)
- Sabrina PAYRAULT – Cheffe BLS Divisionnaire Ouest (Suppléante)
- Pauline DUMAS – Conseillère Relations Entreprise – Pôle emploi Lyon Part Dieu (Titulaire)
- Constanza RIOLFI - Conseillère Relations Entreprise – Pôle emploi Lyon Part Dieu (Suppléante)

Article 2 : L'examen des candidatures se déroulera à partir de la semaine 47. Seuls les candidats dont le dossier de candidature aura été sélectionné par la commission seront convoqués à un entretien.

Les entretiens des candidats sélectionnés auront lieu à partir de la semaine 50.

Article 3 : La Préfète, Secrétaire Générale de la préfecture du Rhône, Préfète déléguée pour l'égalité des chances et les autorités compétentes sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Lyon, le 18/10/2023

La préfète
Secrétaire générale
Préfète déléguée pour l'égalité des chances

Vanina NICOLI

Délais et voies de recours :

Conformément à l'article R.421-1 du code de justice administrative, la présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux, dans le délai de deux mois à compter de sa notification, devant le tribunal administratif de Lyon (184, rue Duguesclin – 69 433 Lyon Cedex 03, ou sur l'application www.telerecours.fr). Elle peut également faire l'objet d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Préfet du Rhône. Cette démarche interrompt le délai de recours contentieux, ce dernier devant être introduit dans le délai de deux mois suivant une décision implicite ou explicite de l'autorité compétente (le silence de l'administration pendant un délai de deux mois valant décision implicite de rejet).

Arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_18_35 relatif à la composition du jury du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la Direction départementale de la sécurité publique de la Drôme (DDSP 26)

La Préfète de la Région Auvergne-Rhône-Alpes,
Préfète de la Zone de défense et de sécurité sud-est, Préfète du Rhône,
Officier de la Légion d'Honneur, Commandeur de l'Ordre National du Mérite,

Vu le code général de la fonction publique ;

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'État ;

Vu Ordonnance n°2005-901 du 2 août 2005 relative aux conditions d'âge dans la fonction publique et instituant un nouveau parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique de l'État (PACTE) ;

Vu le décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'État pris pour l'application de l'article 7 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 susvisée ;

Vu le décret n°2003-20 du 6 janvier 2003 relatif à l'ouverture de certains corps et emplois de fonctionnaires de l'État aux ressortissants des États membres de la communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen autres que la France ;

Vu le décret n°2004-1105 du 19 octobre 2004 relatif à l'ouverture des procédures de recrutement dans la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2005-902 du 2 août 2005 pris pour l'application de l'article 22 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2005-1055 du 29 août 2005 relatif à l'exonération des cotisations sociales des contrats dénommés "parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'État" pris en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 2005-901 du 2 août 2005 ;

Vu le décret n°2016-580 du 11 mai 2016 relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique de l'État ;

Vu le décret n°2006-1760 du 23 décembre 2006 relatif aux dispositions statutaires communes applicables aux corps d'adjoints administratifs des administrations de l'État ;

Vu le décret n°2006-1780 portant délégation de pouvoir en matière de recrutement et de gestion de certains personnels relevant du ministère de l'Intérieur ;

Vu l'arrêté ministériel du 29 décembre 2022 autorisant au titre de l'année 2023 l'ouverture de recrutements par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer ;

Vu l'arrêté ministériel du 13 mars 2023 fixant le nombre et la répartition géographique des postes offerts au titre de l'année 2023 au recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) pour le recrutement d'adjoints administratifs de l'intérieur et de l'outre-mer ;

Vu l'Arrêté préfectoral n° SGCD_DRH_BPE2R_2023_10_09_29 relatif à l'ouverture de recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la Direction départementale de la sécurité publique de la Drôme (DDSP 26) ;

Sur la proposition de la Préfète, Secrétaire Générale de la Préfecture du Rhône, Préfète déléguée pour l'égalité des chances ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La commission de sélection du recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état (PACTE) d'adjoint administratif de l'intérieur et de l'outre-mer au titre de l'année 2023 au sein de la Direction Départementale de Sécurité Publique de la Drôme (DDSP 26) pour un poste d'Assistant d'administration générale est composée comme suit :

- Karine MASSON – Cheffe du Bureau de pilotage des effectifs, du recrutement et des rémunérations – Direction des Ressources Humaines – SGC du Rhône (Titulaire)
- Séverine APARISI – Adjointe à Cheffe du Bureau de pilotage des effectifs, du recrutement et des rémunérations - Direction des Ressources Humaines – SGC du Rhône (Suppléante)
- Patrice MAILLOT – Commandant divisionnaire fonctionnel – Chef de la circonscription de la sécurité publique de Montélimar (Titulaire)
- Caroline MYSLIK – Commandante – Adjointe au Chef de la circonscription de la sécurité publique de Montélimar (Suppléant)
- Pauline DUMAS – Conseillère Relations Entreprise – Pôle emploi Lyon Part Dieu (Titulaire)
- Constanza RIOLFI - Conseillère Relations Entreprise – Pôle emploi Lyon Part Dieu (Suppléante)

Article 2 : L'examen des candidatures se déroulera à partir de la semaine 46. Seuls les candidats dont le dossier de candidature aura été sélectionné par la commission seront convoqués à un entretien.

Les entretiens des candidats sélectionnés auront lieu à partir de la semaine 49.

Article 3 : La Préfète, Secrétaire Générale de la préfecture du Rhône, Préfète déléguée pour l'égalité des chances et les autorités compétentes sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Lyon, le 18/10/2023

La préfète
Secrétaire générale
Préfète déléguée pour l'égalité des chances

Vanina NICOLI

Délais et voies de recours :

Conformément à l'article R.421-1 du code de justice administrative, la présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux, dans le délai de deux mois à compter de sa notification, devant le tribunal administratif de Lyon (184, rue Duguesclin – 69 433 Lyon Cedex 03, ou sur l'application www.telerecours.fr). Elle peut également faire l'objet d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Préfet du Rhône. Cette démarche interrompt le délai de recours contentieux, ce dernier devant être introduit dans le délai de deux mois suivant une décision implicite ou explicite de l'autorité compétente (le silence de l'administration pendant un délai de deux mois valant décision implicite de rejet).